

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

placere patienter i risikogrupper, og fra visse synspunkter, måske forsikringsmæssige, er alt, hvad der er nødvendigt at kende, den andel af hver gruppe, som på hvert givet tidspunkt vil overleve. En forskel mellem grupper på f.eks. 10% pr. år i overlevelsessandsynlighed kan i sådanne tilfælde være overordentlig vigtig. Men for den individuelle patient er vores synspunkt, at en sådan forskel mellem grupper er lille i forhold til variabiliteten i levetid selv mellem patienter med ens karakteristika.

Hvilket svar skal klinikerer nu give på den kritisk syge patients ønske om information? Som fremhævet mere generelt af *Hollnagel* [7] er det vigtigt at informere patienter om individuel usikkerhed, mens man samtidig meddeler populationsbaseret viden og erfaring. For levetider betyder det, at man må opgive at anvende et enkelt tal til at karakterisere en sandsynlighedsfordeling, om det så er en punktforudsigelse, et prognostisk indeks, en relativ risiko eller en sandsynlighed for at overleve et givent stykke tid. Prædiktionsintervaller, som vist i Tabel 2, er som regel for brede til at være nyttige til at forudsige overlevelsestider med. En anden mulighed er at give tre tidsintervaller med samme sandsynlighed og parafrasere *Hollnagels* teknik til at kommunikere information i et klart og relevant sprog. For medianrisikopatienten i Tabel 2 ville det være:

»Hvis man følger en gruppe på 90 patienter som dig, viser forskningen, at 30 vil dø inden fire måneder, 30 vil dø mellem

fire måneder og 11 måneder fra nu, og 30 vil dø efter mere end 11 måneder. Jeg ved ikke hvilken gruppe, du tilhører«.

At kommunikere sådan information effektivt ville måske være det bedste kompromis mellem at skaffe patienten præcis information og undgå det ubegrundede indtryk af præcision, som ofte vil ligge i forudsigelser i et enkelt tal.

Korrespondance: *Niels Keiding*, Biostatistisk Afdeling, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, Blegdamsvej 3, DK-2200 København N. E-mail: N.Keiding@biostat.ku.dk

Antaget: 30. september 2004
Interessekonflikter: Ingen angivet

Taksigelse: Vi takker *Margaret Jones* for adgang til lungekræftdata.

Litteratur

1. Christakis NA, Lamont EB. Extent and determinants of error in doctors' prognoses in terminally ill patients: prospective cohort study. *BMJ* 2000;320:469-73.
2. Glare P, Virik K, Jones M et al. A systematic review of physicians' survival predictions in terminally ill cancer patients. *BMJ* 2003;327:196-8.
3. Parkes CM. Prognoses should be based on proved indices not intuition. *BMJ* 2000;320:473.
4. Von Eyben B. Erstatning for »loss of chance«? I: Blomberg RG, Espersson C, Hellbacher U et al, eds. Patient- og läkemedelsforsäkringarna vid ett vägsäl - Vänbok till Carl E. Sturkel. Stockholm, 1999:79-102.
5. Muers MF, Shevlin P, Brown J. Prognosis in lung cancer: physicians' opinions compared with outcome and a predictive model. *Thorax* 1996;51:894-902.
6. Henderson R, Jones M, Stare J. Accuracy of point predictions in survival analysis. *Stat Med* 2001;20:3083-96.
7. Hollnagel H. Explaining risk factors to patients during a general practice consultation: conveying group-based epidemiological knowledge to individual patients. *Scand J Prim Health Care* 1999;17:3-5.

Forebyggelse på danske sygehuse

Overlæge Henri Goldstein & overlæge Hanne Tønnesen

Roskilde Amts Sygehus, Køge, Afdelingen for Forebyggelse, og H:S Bispebjerg Hospital, Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse

Forebyggelse har igennem årtier været en vigtig del af skole-sundhedstjenesten og den alment praktiserendes læges arbejde. Dette har været en bevidst strategi. Sygehusloven [1] blev i 1995 ændret, så de offentlige sygehuse også deltager i det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde. Dermed blev sygehuse forpligtet til at varetage mere inden for denne sundhedsfaglige funktion. Som et eksempel kan nævnes forebyggende foranstaltninger på alle operationsgange for at undgå sårinfektioner, isolation af særlig smitsomme patienter og undervisning af patienter før udskrivelsen fra såvel medicinske som kirurgiske afdelinger for at forebygge genind-

læggelse. Forebyggelse er også inkluderet i den nye lov om patienters retsstilling [2].

I 1989 udsendte regeringen det første forebyggelsesprogram [3], og siden har Sundhedsministeriet med en række andre ministerier i 1999 [4] og i 2002 [5] udsendt programmer for folkesundheden. Hovedtemaet i disse programmer har været forebyggelse i almindelighed og livsstilssygdomme i særdeleshed. En række af disse sygdomme har medført øget morbiditet og mortalitet, hvorfor sygehuse har fået en placering i den patientrelaterede forebyggelse.

Definition af klinisk forebyggelse

På samfundsniveau skelnes der ofte mellem sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme som værende helt adskilte begreber. Desuden skelnes der mellem primær, sekundær og tertiær forebyggelse. På sygehuset giver denne skelnen ikke klinisk mening. Det er derimod relevant at definere klinisk

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

forebyggelse ud fra et patientforløb, som også danner grundlag for beskrivelse af behandling, kvalitetssikring og resurstræk. Formålet er at undgå udvikling eller forværring af sygdomme. Indsatsen tager udgangspunkt i patientens egne resurser, holdninger, behov, ønsker og viden for at understøtte det bedst mulige patientforløb for den enkelte. Man kan tale om patientrelateret indsats og personalerelateret forebyggelse.

Patientrelateret indsats (kan inddrage pårørende): 1) generel forebyggelse: tilbud på tværs af diagnoser, patientgrupper og specialegrænser, typisk vedrørende kost, tobak, fysisk aktivitet, alkohol og psykosocial støtte, og 2) specifik forebyggelse: programmer rettet mod konkrete grupper af patienter, f.eks. rehabilitering af hjertepatienter, patienter med diabetes og elektive operationspatienter samt faldforebyggelse mv.

Personalerelateret forebyggelse: 1) tilbud og programmer mhp. at skabe et sundt arbejds- og behandlingsmiljø og 2) uddannelse i klinisk forebyggelse (præ- og postgraduat).

Lokale forhold

På de enkelte, forskellige sygehuse i Danmark har man i årtier – uden overordnet planlægning – tilbudt forskellige forebyggende tiltag. Først i forbindelse med nye overordnede programmer til forebyggelse har man skabt et standardiseret tilbud, der gælder hele landet. Et eksempel på dette er et tilbud om prænatal diagnostik med amniocentese, der første gang iværksattes på landsplan i 1978.

Senere har man i Folketinget vedtaget andre landsdækkende forebyggelsesprogrammer på sygehusene, eksempelvis mammografiscreening, som kun er iværksat få steder. Trods et forsøg på at skabe lige adgang til et forebyggelsesprogram som dette har lokale og regionale hensyn været af afgørende betydning. Forebyggelsesmulighederne, også på sygehusene, er forskellige for landets borgere afhængigt af, hvor de bor.

Internationale forhold

Internationalt sættes rammerne for forebyggelse også på sygehusene, af WHO. I WHO-projektet Healthy Cities i 1990'erne blev flere hospitaler inddraget som modelhospitaler, bl.a. Frederikssund Sygehus, Grenaa Sygehus og Bispebjerg Hospital, hvor forebyggelse og sundhedsfremme kom på dagsordenen. WHO etablerede i 1988 European Network of Health Promoting Hospitals, som nu omfatter sygehuse fra 21 lande i Europa, Danmark inklusive. Flere lande uden for Europa ønsker tilknytning til det europæiske netværk, og for tiden overvejes en udvidelse til et globalt netværk. Til støtte for arbejdet i det europæiske netværk er der etableret to WHO Collaboration Centres: et i Wien i 1992 og et nyt i København i 2004, sidstnævnte vedrørende evidensbaseret forebyggelse på sygehuse.

Status for aktiviteter

En kortlægning af forebyggelsesaktiviteter i 1999 på danske sygehuse blev publiceret i 2001. Den viste over 1.000 forskel-

lige aktiviteter omfattende over 170.000 patientforløb på de kliniske afdelinger [6], jf. hjemmesideadressen: www.KliniskForebyggelse.dk

I kortlægningen blev der påpeget flere problemer, bl.a. ulige adgang for patienterne til uensartede tilbud og programmer, sparsom anvendelse af kliniske retningslinjer og ringe uddannelse af sundhedspersonalet. Endvidere fandtes begrænset dokumentation og evaluering af indsatsen, økonomisk overblik samt politisk og ledelsesmæssig opbakning til området.

Der er ikke siden blevet foretaget en samlet oversigt over forebyggelsesaktiviteter på danske sygehuse, og det er derfor ikke muligt at følge udviklingen over tid. Derimod har man på enkelte afdelinger og sygehuse samt i nogle amter beskrevet egne aktiviteter [7], ligesom forholdene inden for nogle sygdomsområder er skitseret [8]. Resultaterne af kortlægningen har givet inspiration til systematiske programmer, standarder og dokumentation, men der er behov for en snarlig opfølgning.

Sygehuslægen – ændret rolle i ændrede omgivelser

Det meste af den lægelige videreuddannelse (også i almen medicin) foregår i sygehusregi. Derfor er det nødvendigt, at lægen også på sygehuset skal være sig den forebyggende holdning bevidst. Dette gælder både, når lægen taler om sygdom, prognose og (efter)behandling, og når han/hun motiverer og støtter patienten i tiltag, der skal hindre tilbagefald af en sygdom. Endnu ikke publicerede data over faktorer af betydning ved rygeophør viser, at i Danmark vejer lægens anbefalinger om rygestop tungere end anbefalinger fra det øvrige sundhedspersonale og indflydelse fra familie, venner og kolleger. Det er vigtigt, at information og motivation gøres tværfaglig, således at lægens gerning ikke alene bliver diagnostik og behandling, men også information og motivation, der også er en vigtig del af andre faggruppers arbejde i sygehusregi. Der kan desuden være tale om samarbejde med andre sektorer, ikke mindst socialektoren. Den ændrede rolle for sygehuslægen er således ikke blot en ændret opgave i form af forebyggende medicin, men også en ændret bevidsthed om at virke i team, hvor andre løser samme opgaver.

Patientens rolle

Patientens rolle har i de seneste år gennemgået en markant forandring. Nu må lægen støtte patienten i at være en aktiv og ligeværdig partner i en dialog. Lægen ved oftest mere om sygdommene, inklusive forebyggelsen, end patienten, men det er nødvendigt, at den ændrede lægerolle også inkluderer viden om den ændrede patientrolle [9].

Lægen bør desuden vide, at patientrollen opfattes forskelligt af forskellige patienter, og et ældre svageligt menneske, som måske ser døden i øjnene ganske snart, har en anden opfattelse af sin rolle, end den f.eks. 48-årige, der første gang får konstateret en hjertearytmi, type 2-diabetes eller f.eks. galde-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

sten. Det er derfor nødvendigt, at lægen i sin ændrede rolle sikrer patienten kvalificeret viden om forebyggelsesmuligheder og -tilbud, samt påpeger over for patienten, at også han/hun skal være en aktiv medspiller, når der skal planlægges ændringer i dagligdagen. Hidtidige studier viser, at patienterne er endog meget positive over for hospitalets kvalificerede tilbud om forebyggelse [10].

Sygehusforebyggelsens aktører

Klinisk forebyggelse udøvet på sygehusene forudsætter en række aktører. Først og fremmest er aktørerne lægerne, sygeplejerskerne, fysioterapeuterne og andre personalegrupper samt med de patienter, der skal informeres, motiveres og støttes til at handle sygdomsforebyggende på et evidensbaseret grundlag. Umiddelbart kan man formode, at såfremt ovennævnte grupper er enige om indsatsen, er der intet til hinder for dens udøvelse. Dette er desværre ikke tilfældet, idet sygehusenes aktiviteter planlægges af andre end sygehusets personale og måske efter et andet behov end det, der defineres af patienter og personale. Således spiller folkevalgte forsamlinger (centralt og regionalt) en stor rolle, og ikke mindst her er den traditionelle økonomiske indflydelse ganske væsentlig.

Desuden har patientforeningerne i højere grad end tidligere en indflydelse på sygehusvæsenets aktivitet, og i det omfang, de særlige sygdomme kan forebygges, bør man inddrage disse foreninger – især i planlægningsfasen.

Netværket af Forebyggende Sygehuse i Danmark omfatter over halvdelen af landets sygehuse. Netværket har haft politisk og klinisk opbakning fra 41 sygehuse/centre og mange resursepersoner siden etableringen i 1999, og det er en platform for opsamling og udveksling af viden og erfaringer. Der nedsættes netværksgrupper med klinikere og administratører, og de udarbejder standarder for forebyggelse på sygehus og beskriver fokusområder (www.forebyggendesygehuse.dk). De danskudarbejdede standarder danner grundlag for en aktuell afprøvning i WHO-regi.

For få år siden oprettedes i Sundhedsstyrelsen Center for Forebyggelse, der først for nylig har fået en læge som leder. Centerets indflydelse på forebyggelsen på sygehusene har hidtil været sparsom, men der tages nu tværgående initiativer, som inddrager sygehusene i samarbejde med de andre kontorer i Sundhedsstyrelsen, der varetager planlægningen af sygehusenes opgaver.

Personalets særlige rolle som aktører skal understreges. Dels virker personalet som rollemodeller for patienterne, dels efterspørger patienterne personalets støtte, og dels bør det være ledelsens forpligtelse også at skabe forebyggende tilbud for personalet. Forebyggende tiltag for personalet har således vundet indpas i en række sygehuse, f.eks. ved fedtfattig mad i kantinerne, personalegymnastik, røgfri miljøer og andre tiltag, der kan øge trivsel og sundhed blandt personalet. Der ligger et problem heri, idet personalet kan føle sig presset til en særlig adfærd. Det betyder ikke blot, at personalet skal undgå alko-

hol og rygning på sygehusene, men spørgsmålet om motion, vægtreduktion, vaccination mod forskellige sygdomme, mobbepolitik mv. kan være en overskridelse af den usynlige grænse mellem arbejdsliv og privatliv. Personaleundersøgelser viser, at mange medarbejdere gerne vil have sygehusets støtte til sundere levevaner, og at de selv gør en indsats på området. For eksempel ryger kun hver tiende læge nu mod hver tredje for ca. ti år siden.

Praktisk implementering af forebyggelse på danske sygehuse

En af de store udfordringer er at omsætte politik og programmer til praksis på sygehusene. Fra midten af 1990'erne har Bispbjerg Hospital haft en særstilling i H:S som modelhospital for forebyggelse. I 1999 oprettede man Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse (KESF), med støtte fra H:S og Sundhedsministeriet. KESF lægger strategier, udvikler evidensbaserede modeller, etablerer undervisning og fremstiller skriftligt materiale. Der er oprettet en national konsulenttjeneste i klinisk forebyggelse. Der foreligger en række publikationer, kliniske vejledninger og videnskabelig litteratur om forebyggelse i sygehusvæsenet (se www.KESF.dk). De første år var KESF koncentreret om tobak og alkohol, men aktuelt arbejdes der med områderne: udgående hospital og optimering af indsatsen for kronisk syge, tværsektoriel præoperativ forebyggelse før elektive operationer, gennemførelse af genoptræningsplaner, fysisk aktivt hospital, indikatorer og standarder, klinisk database, forebyggelse i diagnoserelaterede grupper (DRG)-systemet, personalerettede tilbud, uddannelse og klinisk forskning.

KESF har fra starten haft lægelig ledelse. Det lægelige islæt i den i øvrigt tværfaglige medarbejderstab i KESF synes at være vigtigt, og som uddannelsessted for sundhedspersonale med særlig interesse for forebyggelse har KESF vist sig at være af stor betydning.

Klinisk forebyggelse implementeres meget forskelligt på sygehusene. Enkelte amter har en mangeårig systematisk forebyggelsesindsats på sygehusene, som det ses f.eks. i Nordjyllands Amt. Andre amter har udnævnt et modelhospital, og andre steder igen sker implementeringen ved ildsjæle. På længere sigt er det afgørende, at forebyggelse forankres så fast, at det ikke kun er i sygehusloven af 1995, det beskrives, at forebyggelse også er en del af sygehusenes opgaver, men at det faktisk også er en del af det daglige arbejde på de kliniske afdelinger.

Et konkret eksempel på en implementeringsorganisation

Kun på et af landets sygehuse, Roskilde Amts Sygehus, Køge, er der oprettet en særlig hospitalsafdeling med det ene formål at arbejde med sygdomsforebyggelse. Fra begyndelsen har såvel amtets politikere som sundhedsforvaltningen og sygehusets ledelse givet afdelingen markant opbakning. Signalværdien fra ledelsesplan til medarbejderne på sygehuset er stor, idet Afdelingen for Forebyggelse i Køge er en selvstændig

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

sygehusafdeling med egen afdelingsledelse, eget budget og personaleansvar samt en driftsaftale med sygehusets ledelse.

På afdelingen i Køge har man oprettet landets første mere omfattende ambulatorium for forebyggende lægegering på et dansk sygehus. Efterspørgslen fra patienterne er stor.

På Afdelingen for Forebyggelse i Køge har man fra starten været opmærksom på, at samarbejdet med praksissektoren er vigtigt, således at borgerne bliver opmærksomme på, at sygdomsforebyggelse foregår i alle sektorer af sundhedsvæsenet. Det har bl.a. medført, at afdelingen har flere projekter, der er en kombination af aktiviteter i praksissektoren og på sygehuset. Desuden har offentligheden flere gange været inviteret til åbne symposier på sygehuset i Køge med det formål at sætte sygdomsforebyggelse på den offentlige dagsorden. Afdelingen har med stor tilslutning afholdt en række livsstilskurser for borgere og patienter om forebyggelse af forskellige sygdomme.

Uddannelse

Der er specielt behov for klinisk efteruddannelse af alt sundhedspersonale i implementering af forebyggelse. Her er teori ikke nok, og den bør følges op af klinisk træning.

Usikre kompetencer er en hæmsko for implementering af forebyggelse. Denne hæmsko fjernes ved målrettet klinisk uddannelse, men det sker kun sparsomt i dag. KESF udbyder nu tværfaglig og tværsektoriel efteruddannelse i implementering af klinisk forebyggelse i samarbejde med aktuelle aktører på området. Uddannelsen består af obligatoriske og valgfri moduler suppleret med en fælles opfølgingsdag en gang årlig. Herved kan uddannelsen skræddersys efter behov.

Klinisk forebyggelse bør inkluderes i alle grund- og videregående sundhedsuddannelser, hvor rollen som sundhedsfremmer bør tages alvorligt. Her har de videnskabelige selskaber en vigtig opgave. God inspiration findes bl.a. hos Dansk selskab for almen medicin.

Inspiration til medicinstudiet findes hos KESF, der i samarbejde med Center for Videregående Uddannelser Øresund har implementeret et tværfagligt obligatorisk modul for alle professionsbachelorere i H:S fra 2003, og som i samarbejde med masteruddannelsen i rehabilitering ved Syddansk Universitet har udarbejdet kursus i klinisk forebyggelse.

Det videre arbejde med klinisk forebyggelse

Der er megen sygdomsforebyggelse, sundhedsfremme og rehabilitering på vores sygehuse, men der er langt igen, før klinisk forebyggelse er implementeret på danske sygehuse. Udfordringen bliver at sikre høj implementeringshastighed og samtidig videreudvikle og evaluere relevante metoder og modeller, løbende undersøge evidens for nye områder, løfte uddannelsesopgaven og støtte den nødvendige tværsektorielle sammenhæng i forebyggelsen.

Derfor er det nødvendigt med en sundhedspolitisk omstillingsparathed, som sikrer, at den enkelte patient kan få et kva-

lificeret forebyggelsestilbud efter behov og ikke bestemt af bopæl, køn, ildsjælens arbejdsskema m.m. Man må forvente, at patienterne snart vil stille krav om kvalificeret forebyggelse sammen med behandlingen.

Korrespondance: *Henri Goldstein*, Afdelingen for Forebyggelse, Roskilde Amts Sygehus, Køge, DK-4600 Køge; E-mail: rkhgo@ra.dk

Antaget: 12. januar 2004

Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Lov nr. 437 af 14.6.1995.
2. Lov nr. 482 af 1.7.1998.
3. Regeringens forebyggelsesprogram. København: Sundhedsministeriet, 1989.
4. Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008. København: Sundhedsministeriet, 1999.
5. Sund hele livet. De nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002.
6. Træden UI, Zwiler A-D O, Møller L et al. Forebyggelse på danske sygehuse. En kortlægning. København: Klinisk Enhed for Forebyggelse og Netværket af Forebyggende sygehuse, 2001.
7. Sheller, J. Forebyggelse på Rigshospitalet 2002 – Status og muligheder for strategi. København: Rigshospitalet, 2002.
8. Avlund K, ed. Forebyggelse i alderdommen. København: Dafolo A/S, 2000.
9. Møller AM, Villebro NM. Præoperativ rygeintervention: hvad mener patienterne? Ugeskr Læger 2004;166:3714-8.
10. Nelbom NM, Tønnesen H, Backer V. Forebyggelsessamtaler – har de en plads på en akutafdeling? Ugeskr Læger 2004;166:2791-5.