

Computerbrug i almen praksis: patienters og lægers opfattelse

Læge Jeppe Rosenstand & lektor Frans Boch Waldorff

Københavns Universitet, Center for Sundhed, Afdeling for Almen Medicin, og Forskningsenheden for Almen Praksis i København

Resume

Introduktion: Undersøgelsens formål var at beskrive danske patienters og deres praktiserende lægers opfattelse af lægens brug af computer i konsultationen.

Materiale og metoder: Data blev indsamlet i perioden fra november 2006 til februar 2007 fra fem almene praksis. Ni læger og 253 af deres patienter besvarede samørende spørgeskemaer om konsultationen generelt og opfattelsen af computeren i konsultationsprocessen.

Resultater: Patienterne var generelt tilfredse med de praktiserende lægers brug af computeren under konsultationen. Patienterne angav oftere, at lægens brug af computeren var mere omfattende, end lægerne selv angav. I alt vurderede 28% af patienterne, at lægen brugte computeren meget. Denne gruppe scorede mindre godt på spørgsmålet om, hvorvidt computeren virkede generende (oddsratio (OR): 1,09), eller mente oftere, at de ikke fik hjælp til det, de helst ville have hjælp til hos lægen (OR: 0,83) sammenlignet med de patienter, der angav lægens computerbrug som værende mindre omfattende. I denne gruppe af patienter var der også flere mænd (OR: 2,21) og flere ældre over 55 år (OR: 2,45).

Konklusion: Overordnet set var patienterne tilfredse med deres konsultationer. Generelt vurderede patienterne, at lægen brugte computeren mere, end lægen selv vurderede. Patienter, der vurderede, at lægen brugte computeren meget, scorede lavere på udvalgte kvalitetsmål for konsultationen.

Hovedparten af praktiserende læger bruger elektroniske journalsystemer, og fra udgangen af 2007 skal alle praktiserende læger benytte elektronisk journalføring [1]. Der foreligger kun sparsom viden om, hvorledes computerbrug influerer på læge-patient-forholdet.

Det har ikke været muligt at finde danske studier inden for området. Udenlandsk forskning har overvejende været baseret på videofilmede konsultationer og læge-patient-interview. I et engelsk studie fandt man, at pc'en havde indflydelse på lægernes adfærd og patienternes fremlæggelse af oplysninger [2]. I en anden undersøgelse konkluderede man, at lægernes brug af pc kunne kategoriseres på tre måder, lægen kunne registrere data: 1) ved slutningen af konsultationen, 2) gennem hele konsultationen eller 3) afbryde konsultationen for at indtaste data [3]. I et tredje studie fastslog man, at lægen brugte mindre tid på at interagere med patienten, når pc'en blev brugt under konsultationen, og at skærmen krævede mere

opmærksomhed end brugen af papirnotater [4]. Dette støttes af resultaterne af et israelsk studie, hvori man samtidig påviste, at selv om pc'en ikke resulterede i længere besøg, tiltog andelen af konsultationen, hvor læge og patient ikke interagerede [5]. Desuden ændredes lægernes måde at interagere med patienterne på, fra at de løbende registrerede data med pen og papir, til at de afbrød konsultationen for at indtaste data. I et nyere israelsk studie påviste man derimod, at brug af pc var positivt korreleret til konsultationslængden, men bekræftede samtidig, at denne brug var omvendt relateret til lægens bidrag til dialogen [6]. Forfatterne fandt endvidere, at pc-brug kunne have en negativ effekt på dialogen, især vedr. spørgsmål af psykosocial eller emotionel karakter. I et studie udforskede man engelske patienters syn på computerteknologien [7]. Patienterne var generelt positive, men dog bekymrede på flere områder, herunder for tab af tavshedspligt, sammenbrud, fejl, tyveri af pc og indflydelse på fortroligheden mellem læge og patient. 17% fandt pc'en skræmmende, fremmed eller uvenlig. Meget positiv, hvad angår pc-brug, var en amerikansk undersøgelse [8], hvor forfatterne overhovedet ikke kunne måle nogen negativ effekt på læge-patient-interaktionen. I en anden amerikansk undersøgelse konstaterede man, at afbrudt øjenkontakt eller indirekte øjenkontakt reducerede chancen for, at patienten åbnede sig for lægen [9].

Dette projekts formål var at beskrive danske patienters og deres praktiserende lægers opfattelse af lægens brug af pc i konsultationen.

Materiale og metoder

Studiet er en tværsnitsundersøgelse foretaget i fem almene praksis, der har i alt ni læger og er beliggende i hhv. Brøndby, Frederiksberg, Frederikssund, Hvidovre og Låsby. Data blev indsamlet fra november 2006 til februar 2007.

Inklusionskriterier

Alle patienter, der konsulterede deres praktiserende læge på undersøgelsesdagene, skulle tilbydes at deltage. Patienter, der var under 18 år, ikke var habile eller ikke talte/forstod dansk, blev ekskluderet. Alle deltagerne underskrev en samtykkeerklæring. Efterfølgende blev lægepraksis kontakten med henblik på at undersøge, hvor god inklusionen havde været og at undersøge begrundelser for manglende inklusion.

Udvælgelsen af lægerne

Elleve praktiserende læger blev tilbudt at deltage i undersøgelsen. To afslog at medvirke pga. henholdsvis travlhed og nyt edb-system.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

Tabel 1. Karakteristika for de deltagende læger (n = 9).

	Gennemsnit (spændvidde)
Alder, år	51,2 (32-65)
Andel mænd, %	55,6
År i praksis	14 (0,5-31)
Læger i kompagniskab, %	77,8
Antal patienter pr. læge	1.840 (1.450-3.000)
Antal år med nuværende edb-system i praksis	8,8 (0,8-15)

Tabel 2. Karakteristika for deltagende patienter (n = 253).

	Gennemsnit (spændvidde)
Alder, år	53,2 (19,0-87,3)
Andel mænd, %	34,4
Antal år tilknyttet praksis	18,6 (0-63)
Antal konsultationer de seneste 6 mdr. ud over den aktuelle	
Ingen, %	14
1-2, %	46
3 eller flere, %	40
Andel af konsultationer, der var bestilt samme dag, %	28

Udvikling af spørgeskemaer

Der blev hentet inspiration fra et norsk studie [10], hvor læge og patient besvarede næsten identiske spørgsmål på visuelle analoge skalaer (VAS) med henblik på at vurdere patientens og lægens tilfredshed med konsultationen. Herudover blev der konstrueret spørgsmål baseret på litteraturgennemgang. Spørgeskemaerne blev pilottestet på Universitetsklinikken i København.

Patientskema

Lægen udleverede patientskemaet efter konsultationen, således at patienten ikke på forhånd kendte spørgsmålene. Patienten angav køn, alder, henvendelsesårsag, konsultationshyppighed gennem de seneste seks måneder og antal år tilknyttet praksis. Dernæst fulgte fem spørgsmål om konsultationen generelt. Til sidst fulgte fire spørgsmål, der vedrørte lægens brug af pc.

Lægeskema

Lægeskemaet blev udfyldt efter konsultationen uden kendskab til patientens besvarelse og bestod af spørgsmål, der indholdsmæssigt svarede til patientskemaets ni spørgsmål.

Lægens stamoplysningsskema

Lægerne udfyldte et oplysningsskema om dem selv og deres praksis (Tabel 1). Herudover udarbejdede de en skitse af konsultationslokalet med angivelse af computerskærmens, patientens og egen placering.

Statistik

Data blev dobbelttindtastet i to identiske databaser. Læge- og

patientudsagn blev analyseret vha. en parret t-test. Da observationer inden for samme praksis var korrelerede, blev sandsynligheder og korresponderende 95% konfidensinterval (KI) i den hypotesegenererende analyse for prædiktorer estimeret ved hjælp af en samlet regressionsmodel, med hvilken man kan håndtere multiple udfald og en *cluster*-effekt. I analysen blev patienternes VAS-udsagn digotomiseret således, at de 10% af besvarelsene, der scorede dårligst, blev holdt op mod de resterende 90%. Alder blev digotomiseret til ældre > 55 år over for yngre. Der blev anvendt en baglæns elimination med et signifikansniveau på 5%. Til at beskrive *goodness of fit* for den reducerede model anvendte vi Pearson χ^2 /antallet af frihedsgrader (= 1,03). Analysen blev udført vha. statistikprogrammet SAS version 9.1.

Etik

Datatilsynet godkendte projektet (j.nr. 2006-41-7053). Ud over støtte til trykning og frankering via forskningsenheden for almen praksis i København modtog projektet og lægerne ingen økonomisk støtte.

Resultater

Lægerne indsamlede data gennem 3-12 konsultationsdage pr. læge. Af de 546 patienter, der konsulterede praksis på indsamlingsdagene, blev 61% tilbudt at deltage. Heraf blev 81% (253) inkluderet, 14% blev ekskluderet, og 5% ønskede ikke at medvirke (Tabel 2). De inkluderede patienters henvendelsesårsager, International Classification of Primary Care (ICPC)-koder, fordelte sig som følger: gener i muskel-skelet-systemet 16,6%, gener i hjerte-kar-systemet 12,6%, gener i de kvindelige kønsorganer 7,9%, svangerskab, fødsel, svangerskabsforebyggelse 5,9%, gener i luftvejene 5,5%, alment og uspecifikt 4,3%, gener i fordøjelsesorganerne 3,9%, sociale forhold 3,6%, endokrine, metaboliske og ernæringsmæssige forhold 3,2%, gener i huden 2,8%, gener i urinvejene 1,6%, gener i nervesystemet 1,6%, gener i ørerne 1,2%, gener i øjnene 1,2%, psykiske gener 0,8% og gener i de mandlige kønsorganer 0,8%. Hos 14,6% var henvendelsesårsagen usikker, og hos 11,9% manglede der en henvendelsesårsag. Alle 253 patienter angav, at lægen brugte pc under konsultationen, heraf angav 29%, at lægen brugte pc'en meget. I de samme 253 konsultationer angav lægerne, at de i 14% af konsultationerne anvendte pc meget, i 72% anvendte pc lidt, og i 14% slet ikke anvendte pc'en. Tabel 3 angiver patienternes og lægernes udsagn om de pågældende konsultationer. Her ses det, at patienterne generelt var mere positive i deres vurdering af både konsultationen som helhed og af pc-brugen end lægerne var. Den hypotesegenererende analyse viste, at når patienterne angav, at lægen brugte pc'en meget, var der en tendens til, at de hyppigere scorede mindre godt på udsagnet »Fik du hjælp til det, som du helst ville have hjælp til hos lægen i dag?« end gruppen, der angav lidt eller ingen brug af pc (odds-ratio (OR): 0,83). Samtidig var der en lille overvægt i samme gruppe af patienter, der fandt pc'en ge-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

Tabel 3. Patient- og lægeudsagn om udvalgte elementer i konsultationen (n = 253).

Patientudsagn	VAS-værdi, gns.	Lægeudsagn	VAS-værdi, gns.	p-værdi ^b
<i>Udsagn om konsultation^a</i>		<i>Udsagn om konsultation</i>		
1. Forstod lægen, hvorfor du kom? (n = 248 ^c)	1,0	1. Forstod du, hvorfor patienten kom?	1,2	0,0106
2. Var lægen enig i din vurdering af dine problemer/gener? (n = 244)	1,1	2. Tror du, patienten var enig i din vurdering af dennes problemer/gener?	1,7	< 0,0001
3. Talte lægen forståeligt? (n = 245)	0,9	3. Talte du, så det var forståeligt?	1,2	< 0,0001
4. Følte du, at lægen tog dig og dine gener alvorligt? (n = 246)	1,1	4. Følte du, at du tog patienten og dennes gener alvorligt?	1,1	ns
5. Fik du hjælp til det, som du helst ville have hjælp til hos lægen i dag? (n = 246)	1,0	5. Tror du, at patienten fik hjælp til det, som han/hun helst ville have hjælp til hos dig i dag?	1,6	< 0,0001
<i>Udsagn om computerbrugen^d</i>		<i>Udsagn om computerbrugen</i>		
7. Synes du, at lægens brug af computeren virkede generende i denne konsultation? (n = 248)	9,3	7. Tror du, at din brug af computeren virkede generende i denne konsultation?	8,8	0,0014
8. Synes du, at computeren reducerede fortroligheden mellem dig og lægen? (n = 244)	9,0	8. Tror du, at patienten syntes, at computeren reducerede fortroligheden mellem dig og patienten?	9,1	ns
9. Synes du, at computeren overtager lægens job? (n = 246)	9,4	9. Tror du, at patienten synes, at computeren overtager overtager dit job?	9,2	0,0727

VAS = visuel analog skala; ns = nonsignifikant.

a) I udsagn om konsultation er VAS-værdi = 0 bedst og VAS-værdi = 10 dårligst.

b) Parret t-test.

c) Kun anvendt data, hvor både patient og læge har besvaret udsagnet.

d) I udsagn om computerbrugen er VAS-værdi = 0 dårligst og VAS-værdi = 10 bedst.

nerende (OR: 1,09). I denne gruppe var der ligeledes flere over 55 år (OR: 2,45) og flere mænd (OR: 2,21) (Tabel 4). Fem forskellige edb-programmer blev benyttet af lægerne, og der var stor forskel i erfaringen med disse systemer. Illustrationerne af konsultationslokalerne viste, at hos seks af lægerne kunne patienten selv vælge at sidde over for lægen og således ikke følge med på pc-skærmen eller sætte sig for enden af bordet og have udsigt til skærmen. Hos to af lægerne kunne patienten kun sætte sig for bordenden med udsigt til skærmen, og hos en læge kunne patienten kun sidde over for lægen.

Diskussion

Overordnet var patienterne tilfredse med lægerne, både hvad angik den generelle konsultation, og hvad angik brugen af pc. Dette stemmer med resultaterne af udenlandsk forskning [5, 7, 8], hvor man i et enkelt studie endda fandt, at patienternes tilfredshed med lægeb besøget steg efter indførelsen af en pc i konsultationen [8]. I et studie angav man dog, at denne tilfredshed er afhængig af, at lægen ikke ændrer sin verbale adfærd, ofte har øjenkontakt og i tilstrækkelig grad behersker pc'en [7]. Patienterne angav oftere end lægerne, at lægen brugte pc'en meget (29% versus 14%). I 14% af konsultationerne angav lægen i modstrid med patienten ikke at have brugt pc'en. Der er således forskel på lægers og patienters vurdering af, hvor meget pc'en bliver benyttet. Dette forhold er ikke tidligere beskrevet i litteraturen. I flere studier har man fundet en patientgruppe af varierende størrelse [7, 8], der er mindre tilfreds med pc'en. Resultaterne af et studie tyder på, at mænd i højere grad end kvinder bifalder lægens brug af pc [7], hvilket står i modstrid med resultaterne af denne undersøgelse. Kvinder konsulterer oftere end mænd deres praktiserende læge og er måske derfor mere vant til lægens arbejde med pc'en.

I samme studie konstaterede man også, at yngre i højere grad end ældre var upåvirkede af pc'en, hvilket støtter vores resultater. At alder prædikterer synet på pc-brugen, kunne skyldes ældre generationers mindre erfaring med computerteknologi.

Gruppen af patienter, der angav, at lægen brugte pc'en meget, syntes oftere end andre, at de ikke fik hjælp til deres mest påtrængende problem. Det kan antages, at pc'en forstyrrede kommunikationen, så patienten fandt det vanskeligt at forklare sig. Henvendelsesårsagen kunne være af psykosocial eller emotionel karakter, eller lægen kunne med begrænset held have forsøgt at løse en problemstilling vha. internettet. Endelig kan det tænkes, at forholdet ikke var computerrelateret. Lægen kunne f.eks. være dårlig til at holde øjenkontakt med patienten, hvilket reducerer chancen for, at patienten bekender sig til lægen [9]. Den gode konsultation karakterise-

Tabel 4. Prædiktorer for patientudsagn, når patienten angav, at lægen brugte computeren meget under konsultationen (n = 253).

	Odds-ratio (95% konfidensinterval)	p-værdi
Fik patienten hjælp til det, som patienten helst ville have hjælp til hos lægen?	0,83 (0,75-0,93)	0,0002
Syntes patienten, at lægens brug af computeren virkede generende i denne konsultation?	1,09 (1,03-1,15)	0,0033
Alder over 55 år	2,45 (1,84-3,26)	0,0001
Mand	2,21 (1,24-3,95)	0,0271

Multipel logistisk regression med baglæns elimination med et signifikansniveau på 5% for at blive i modellen. VAS-spørgsmål 1-4 + 8, 9 (Tabel 3) samt hyppighed af konsultationer var ikke selvstændige prædiktorer. Pearson χ^2 -antallet af frihedsgrader = 1,03, hvilket er et udtryk for et godt model-fit.



En ofte brugt indretning af konsultationslokalet, hvor lægen har prioriteret, at patienten kan følge med på computerskærmen. Til gengæld besværliggøres muligheden for øjenkontakt mellem patienten og lægen.

res ifølge *Pendleton* af, at en lang række krav er blevet opfyldt. Herunder: At henvendelsesårsagen identificeres, at andre helbredsproblemer (som ikke er en del af henvendelsesårsagen) vurderes, at der med patienten opnås en fælles forståelse af problemet, at der i samråd med patienten findes løsninger på helbredsproblemerne, at patienten involveres i behandlingsoplægget, at tid og resurser i konsultationen bruges målrettet, at der etableres et klima, der fremmer kontakt og empati mellem læge og patient [11]. Dette stiller store krav til kontakten mellem læge og patient.

Styrker ved studiet

Dette er et kvantitativt studie, der på mange måder bekræfter resultaterne af de udenlandske undersøgelser af overvejende kvalitativ art. Metoden var let anvendelig, ikke særlig tidskrævende og krævede ingen forkundskaber af lægen. Ydermere gav tvillingskemaerne og de visuelle analoge skalaer et godt grundlag for at sammenligne to subjektive opfattelser af, hvad der reelt skete under konsultationen.

Svagheder ved studiet

61% af patienterne blev tilbudt at deltage, og det kunne hævdes, at der ikke blev inkluderet patienter, hvor lægen var tidspresset, hvor patienten var utilfreds, eller hvor den medicinske problemstilling var særlig vanskelig etc. Dette ville betyde, at problemerne blev undervurderet i studiet. Af de resterende 39% af patienterne blev en del behandlet af andet plejepersonale, og der var således ikke direkte læge-patientkontakt, eller de blev »glemt« af lægen pga. travlhed. At populationen alligevel afspejler en ægte, uselekeret patientgruppe underbygges af henvendelsesårsagerne (ICPC-koder). Sammenlignes undersøgelsens patienter fordelt efter ICPC-koder med norske tal baseret på mere end en halv million konsultationer [12], er der store ligheder mellem de procentvise fordelinger. Der er en teoretisk fare for, at patienterne

overrapporterede tilfredshed pga. loyalitetsfølelse over for lægen eller af frygt for at skade forholdet til lægen. Lægernes deltagelse i studiet var frivillig, hvilket medfører risiko for selektionsbias. En læge valgte f.eks. ikke at medvirke i studiet, da han lige havde fået nyt computersystem.

Validering af skemaer

Den traditionelle VAS er en 10 cm lang linje, hvor scoren aflæses som den afstand, der er fra 0-punktet til testpersonens markering. I hver ende skal der være et »ankerord«, som bør være ekstremer af det, der vurderes. VAS blev valgt til dette studie, da metoden var velegnet til at graduere svarene fra læger og patienter, og den er let at anvende. Reliabiliteten [13] og validiteten [14] vurderes generelt som god. VAS er dog kun god til ældre mennesker (> 65 år), hvis deres kognitive niveau er blevet vurderet forinden [15]. I denne undersøgelse tog lægerne højde for dette ved at ekskludere patienter, der ikke var habile. Pilottestningen viste, at deltagerne kunne forstå, hvad der blev spurgt om. At patienterne i den endelige undersøgelse forstod spørgsmålene er sandsynligt, da deres besvarelser overordnet set ligner lægernes. Lægerne udgør en homogen gruppe, som må formodes at have forstået spørgsmålene rigtigt.

Konklusion og perspektivering

I dette studie blev det påvist, at patienterne generelt var tilfredse med deres læger, både hvad angår brugen af pc, og hvad angår konsultationen samlet set. På trods af dette kan det ikke afkræftes, at pc'en giver anledning til problemer. Dette skyldes bl.a., at ikke alle patienter, der havde direkte kontakt med lægen, blev tilbudt at deltage i undersøgelsen, hvilket muligvis resulterede i en u hensigtsmæssig selektion.

Lægen og patienten var ofte uenige om, hvor meget pc'en blev brugt under konsultationen. Patienterne angav ofte brugen af pc'en som mere omfattende, end lægerne selv angav. Endvidere viste undersøgelsen, at der for visse patientgrupper var risiko for, at pc'en generede patienten, når den blev brugt meget. Det kan konkluderes, at selv om patienterne generelt var tilfredse med lægernes brug af pc, kan omfattende brug af pc'en under visse forhold medføre lavere patienttilfredshed. Yderligere forskning er nødvendig, så evidensbaserede vejledninger i computerbrug kan formuleres til gavn for de praktiserende læger.

Korrespondance: *Jepp Rosenstand*, Medicinsk Klinik 1, Nordsjællands Hospital, DK-3400 Hillerød. E-mail: doktorjr@gmail.com

Antaget: 30. september 2007
Interessekonflikter: Ingen

Taksigelser: Tak til de deltagende praktiserende læger *Knud Hamann, Ruth Ertmann, Ulla Kardorf, Klaus Høeg, Gunna Ericson, Christine Bomholdt, Bo Christensen, Jens Aage Stauning og Karen Bach*. Tak til Forskningsenheden for Almen Praksis i København.

Litteratur

1. www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/LAEGER_DK/LOEN_OVERENSKOMSTER/PLO/LANDSOVERENSKOMSTEN2006/OVERENSKOMSTEN/PARAGRAF_39A/marts.2007

2. Greatbach D, Heath C, Campion P et al. How do desk-top computers affect the doctor-patient interaction? *Family Practice* 1995;12:32-6.
3. Fitter MJ, Cruikshank PJ. The computer in the consulting room: a psychological framework. *Behav Inform Tech* 1983;1:81-92.
4. Hertzmark GA, Brownbridge G, Fitter M et al. Consultation use of a computer by general practitioners. *J Royal Coll Gen Pract* 1984;34:649-54.
5. Warshawsky SS, Pliskin JS, Urkin J et al. Physician use of a computerized medical record system during the patient encounter: a descriptive study. *Computer Methods and Programs in Biomedicine* 1994;43:269-73.
6. Margalit RS, Roter D, Dunevant MA et al. Electronic medical record use and physician-patient communication: an observational study of Israeli primary care encounters. *Pat Educ Couns* 2006;61:134-41.
7. Ridsdale L, Hudd S. Computers in the consultation: the patient's view. *Br J Gen Pract* 1994;44:367-9.
8. Hsu J, Huang J, Fu V et al. Health information technology and physician-patient interactions: impact of computers on communication during outpatient primary care visits. *J Am Med Inform Assoc* 2005;12:474-80.
9. Duggan AP, Parrott RL. Physicians' nonverbal rapport building and patients' talk about the subjective component of illness. *Hum Comm Res* 2001;27:299-311.
10. Jøssang O, Malterud K, Lundetræ N. Bedre konsultationer med patientens hjælp - en metode for kvalitetssikring i allmennpraksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1995;115:3120-4.
11. Lundeberg T, Lund I, Dahlin L et al. Reliability and responsiveness of three different pain assessments. *J Rehab Med* 2001;33:279-83.
12. Coll AM, Ameen JRM, Mead D. Postoperative pain assessment tools in day surgery: literature review. *J Advanc Nurs* 2004;46:124-33.
13. Stolee P, Hillier LM, Esbaugh J et al. Instruments for the assessment of pain in older persons with cognitive impairment. *J Am Ger Soc* 2005;53:319-26.
14. Pendleton D, Schofield T, Tate P et al. *The consultation. An approach to learning and teaching.* Oxford: Oxford University Press, 1984.
15. Hunskaar S. *Allmennmedisin.* Nørhaven: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2003:32.

Anæmi - prævalens og ætiologi hos patienter indlagt på en geriatrisk afdeling

Turnuslæge Andreas James Thestrup Pedersen & overlæge Erik Skjelbo

Odense Universitetshospital, Geriatrisk Afdeling G

Resume

Introduktion: Formålet med undersøgelsen var at bestemme prævalensen af anæmi blandt akut indlagte geriatriske patienter og at undersøge blandt disse patienter, hvor ofte anæmi registreres som diagnose, bestemme fordelingen af anæmidagnoser og at sammenligne det pågældende udredningsprogram for anæmi med det i litteraturen anbefalede.

Materiale og metoder: Alder, køn og hæmoglobin (hgb)-koncentrationer blev registreret for patienter med en akutindlæggelsesdato mellem 1. juni 2004 og 31. august 2004 på Odense Universitetshospitals geriatriske afdeling. På basis af det lokale laboratories kønsspecifikke nedre grænseværdier for hgb blev prævalensen af anæmi bestemt. For anæmiske patienter blev udskrivningsdiagnoser, laboratoriedata samt resultater af eventuelle knoglemarvsundersøgelser og endoskopiske undersøgelser yderligere registreret.

Resultater: Et hundrede og ti af 289 patienter (38%) havde anæmi. Prævalensen var signifikant højere blandt mænd (61%, 95% konfidensinterval: 51-71%) end blandt kvinder (27%, 95% konfidensinterval: 21-34%). Tredive af de anæmiske patienter (27%) fik anført en anæmidagnose, af disse fik 14 diagnosen anæmi uden specifikation. Et mindretal af anæmiske patienter fik målt serumferritin (37%), serumjern (10%), plasmacobalamin (35%) og folater i erythrocytter (35%), ligesom et mindretal af de anæmiske patienter fik foretaget et blod-smear (26%).

Konklusion: Anæmi forbliver ofte udiagnosticeret eller ignoreret. Læger bør være opmærksomme på den høje prævalens af anæmi blandt geriatriske patienter og bør kende vigtigheden af en korrekt diagnostisk tilgang til udredning af anæmi hos ældre.

Anæmi ses hyppigt blandt ældre, og prævalensen stiger med alderen [1-3]. Dette har ledt til overvejelser om, hvorvidt blodmangel kan være en normal følge af høj alder [4]. Imidlertid er der vigtige grunde til ikke som udgangspunkt at tilskrive høj alder som årsagen til anæmi hos ældre. Anæmi kan således dels være første tegn på alvorlig underliggende sygdom, dels i sig selv forårsage dysfunktion af multiple organsystemer. Eksempler på førstnævnte er gastrointestinal cancer og cobalaminmangel [5], mens svimmelhed, kognitive forstyrrelser og forværring af kardiovaskulære lidelser er eksempler på sidstnævnte [4]. En basal anæmiudredning er hverken særlig resursekrævende eller invasiv og kan potentielt føre til opdagelse af en alvorlig sygdom på et tidspunkt, hvor kurativ behandling stadig er mulig. En årsag til blodmangel kan findes hos flertallet af ældre anæmiske patienter. Disse forhold tydeliggør vigtigheden af en korrekt diagnostisk tilgang til denne problemstilling.

Ud fra ovenstående baggrund var det denne undersøgelses formål at estimere prævalensen af anæmi blandt akut indlagte patienter på Odense Universitetshospitals (OUH) geriatriske afdeling, at registrere hvor ofte anæmiske patienter får anført en anæmidagnose og fordelingen af disse diagnoser samt at registrere udredningsprogram for anæmiske patienter og sammenligne dette udredningsprogram med det i litteraturen anbefalede. Nedenfor præsenteres først de væsentligste årsager til anæmi hos ældre efterfulgt af en algoritme for udredning af den ældre anæmiske patient.

Man har i adskillige studier undersøgt fordelingen af årsagerne til anæmi hos forskellige grupper af ældre patienter [1, 5, 6]. Sammenligning af sådanne studiers resultater vanskeliggøres bl.a. af, at de ofte har varierende diagnostiske kriterier for såvel anæmi som de ætiologiske årsager hertil. Væsentlige