

Personalets deltagelse i forebyggelse blandt voksne patienter i almen lægepraksis

Seniorforsker Dorte Gilså Hansen,
forskningskonsulent Niels Kristian Rasmussen &
alment praktiserende læge Anders P. Munck

Syddansk Universitet, Forskningsenheden for Almen Praksis
i Odense, Audit Projekt Odense, og
Statens Institut for Folkesundhed

Resume

Introduktion: Forebyggelse af livsstilssygdomme og komplikationerne i forbindelse med dem udgør en stigende del af det daglige arbejde i almen praksis. I relation til udvalgte læge- og praksiskarakteristika analyseredes 1) praksispersonalets aktuelle involvering i forskellige forebyggelsesaktiviteter og 2) lægernes ønske om øget involvering i fremtiden.

Materiale og metoder: I alt 378 ud af 381 praktiserende læger fra ti amter, der deltog i »Audit om forebyggelse i almen praksis 2004«, besvarede et tosidets spørgeskema.

Resultater: Næsten alle (377 ud af 378) havde personale ansat. Mere end halvdelen af lægerne angav, at personalet varetog opgaver i forbindelse med vægtkontrol, vaccination af voksne, blodtryksskontrol, lungefunktionsundersøgelse, alkoholfævning og kostvejledning. I alt 72% af lægerne ønskede større involvering af personalet inden for et eller flere områder, særligt kostvejledning og rygeafvæning. Personalet var hyppigere inddraget i opgaverne hos de læger, der havde en sygeplejerske blandt personalet, end hos de læger, der ikke havde. Fraset prikttest var der ingen sammenhæng mellem personalets deltagelse og lægens køn og alder, praksistype og -størrelse eller graden af regional lægemangel.

Konklusion: Ikkelægeligt personale i almen praksis varetager flere kliniske forebyggelsesopgaver, der er relateret til de otte folkesygdomme (aldersdiabetes, forebyggelige kræftformer, hjerte-kar-sygdomme, knogleskørhed, muskel- og skeletlidelser, overfølsomhedssygdomme, psykiske lidelser og rygerlunger). Andelen af praksis, hvor personalet p.t. deltager, er dog højere, hvor der er en sygeplejerske. Selv om deltagerne kan være særligt interesserede læger, skønnes der at være basis for yderligere involvering af personalet til denne type opgaver. Yderligere undersøgelser må dog vise, om personalets deltagelse substituerer lægens arbejde i det omfang, det er ønsket, og med tilstrækkelig kvalitet.

Gunstige livsstilsændringer kan have stor betydning for den enkelte borgers sundheds- og sygdomstilstand [1-4]. Med regeringens nationale mål og strategier for folkesundhed »Sund hele livet« og andre politiske tiltag er forebyggelse for alvor sat på dagsordenen [5, 6]. Almen praksis har jævnlige kontakt med en stor del af befolkningen [7], og forebyggelse af livsstilssygdomme og komplikationer i forbindelse hermed udgør

en stigende del af det daglige arbejde. Praktiserende læger har imidlertid fået mange andre arbejdsopgaver, og det er derfor naturligt at se på personalets rolle i forbindelse med forebyggelse [6]. Vi har imidlertid kun sparsom viden om, i hvilken udstrækning praksispersonalet p.t. tager del i disse opgaver, og i hvilket omfang praktiserende læger er interesseret i en øget involvering af personalet.

Regeringsprogrammet »Sund hele livet« har blandt andet som mål at udvikle og styrke den borger- og patientrettede, systematiske forebyggelse af otte folkesygdomme (aldersdiabetes, forebyggelige kræftformer, hjerte-kar-sygdomme, knogleskørhed, muskel- og skeletlidelser, overfølsomhedssygdomme, psykiske lidelser og rygerlunger). Kommunalreformen og den nye sundhedslov lægger op til betydelige ændringer i organiseringen af det forebyggende arbejde [8]. En analyse af den nuværende opgavefordeling mellem personale og læger og lægernes ønsker for fremtiden vil kunne bidrage med nyttig viden i forbindelse med en eventuel styrkelse af forebyggelsen i almen praksis. Aktuelle kompetencer og arbejdsfordeling i praksis kan tænkes at afhænge af strukturelle og personlige forhold i praksis [9], ligesom graden af regional lægemangel kan have indflydelse. Til belysning af forskellige aspekter af potentialet for forebyggelse i almen praksis er der foretaget en undersøgelse af patienternes behov for forebyggende tiltag samt af lægernes vurdering af personaleopgaver og henvisningsmuligheder. Formålet med den del af undersøgelsen, der rapporteres om her, var i relation til udvalgte læge- og praksiskarakteristika at analysere: 1) praksispersonalets nuværende involvering i forskellige forebyggelsesaktiviteter og 2) lægernes ønske om øget involvering af personalet i fremtiden.

Materiale og metoder

Data blev indhentet ved hjælp af et tosidets spørgeskema til alle praktiserende læger, der i november-december 2004 deltog i »Audit om forebyggelse i almen praksis« [10]. Denne audit havde to formål: 1) en analyse af området ved hjælp af spørgeskema og aktivitetsregistrering og 2) at skabe grundlag for iværksættelse af forebyggelsesaktiviteter i almen praksis.

Spørgeskemaet vedrørte blandt andet lægens køn og alder, praksistype (solo, gruppe eller kompagniskab) og -størrelse (antal læger og patienter inkl. børn), praksispersonalets grunduddannelse og opgaver i forbindelse med forebyggelse og lægens ønsker til yderligere involvering af praksispersonalet [10]. Personalets opgaver blev belyst ved hjælp af følgende spørgsmål: »Varetager dit praksispersonale opgaver i forbindelse med forebyggelse?« (ja, i stort omfang/ja, i mindre om-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

fang/nej, slet ikke/jeg har ikke noget personale) og »Hvis ja, inden for hvilke emner?« (rygeafvænning, alkoholafvænning inkl. Antabus, vægtkontrol, kostvejledning ved overvægt/diabetes, samtaler om psykosociale problemer, vaccination af voksne, blodtrykskontrol, lungefunktionsundersøgelse og prikttest). Lægens ønsker til den fremtidige indsats blev belyst med spørgsmålene: »Ønsker du en øget involvering af personalet i forbindelse med forebyggelse« (ja/nej) og »Hvis ja, inden for hvilke af ovennævnte emner?«. Det anvendte spørgeskema blev udviklet af forfatterne og praktiserende læger fra projektgruppen. Skemaet blev pilottestet af ti praktiserende læger, hvilket medførte enkelte ændringer i formuleringen af spørgsmål.

Kvalitetsudviklingsudvalgene i alle 16 amter og amtskommuner i Danmark blev af Audit Projekt Odense inviteret til at deltage i »Audit om forebyggelse«, og ti valgte at udbyde projektet til amtets/amtskommunens praktiserende læger (Nordjyllands, Viborg, Ringkjøbing, Ribe, Vejle, Fyns, Vestsjællands, Roskilde og Københavns Amter samt Københavns Kommune). I alt 381 (16,2%) af de 2.438 læger, der modtog en skriftlig invitation fra amtets kvalitetsudviklingsudvalg, deltog i undersøgelsen. De ti deltagende amter/amtskommuner var repræsentative for hele landet med hensyn til andel af sololæger (68% mod 66% i hele landet) og kvindelige læger (28% mod 29% i hele landet) [11]. Deltagerne var repræsentative for de deltagende amter med hensyn til andel af sololæger, hvorimod kvindelige læger var overrepræsenteret (42%).

Analyse

I analysen af associationen mellem læge-/praksiskarakteristika og personalets nuværende involvering samt lægens ønsker om en eventuel forøgelse af denne indsats anvendtes 95% konfidensintervaller (KI). På baggrund af forfatternes skøn blev deltageramterne inddelt i amter med større henholdsvis mindre grad af lægemangel. Vi valgte at definere Nordjyllands, Viborg, Ribe, Ringkjøbing og Vestsjællands Amter som amter præget af større grad af lægemangel.

Resultater

I alt 378 af de 381 projektdeltagere besvarede spørgeskemaet. Næsten alle deltagere (377 ud af 378) havde personale ansat. Mere end halvdelen havde en sygeplejerske (57%), væsentligt flere havde en sekretær eller en lægesekretær (78%), og 15% havde en laborant/bioanalytiker. Endvidere fandtes sygehjælper, social- og sundhedsassistenter, apoteksassistenter og en socialrådgiver. Personalet varetog »i stort omfang« opgaver i forbindelse med forebyggelse i hver tredje deltagers praksis (32%) og hos godt halvdelen (55%) »i mindre omfang«. I alt 13% angav, at personalet slet ikke deltog (n = 352).

Mere end halvdelen af lægerne angav, at personalet varetog opgaver i forbindelse med forebyggelse i relation til vægtkontrol, vaccination af voksne, blodtrykskontrol, lungefunktionsundersøgelse, alkoholafvænning inkl. Antabus og

kostvejledning (Tabel 1). I alt 72% af lægerne ønskede større involvering af praksispersonalet inden for et eller flere områder (n=351), særlig kostvejledning og rygeafvænning (Tabel 1).

Andelen af læger, hvis personale p.t. foretog opgaver inden for forebyggelse, var højere blandt dem, der havde en sygeplejerske ansat, end blandt dem, der ikke havde. Denne sammenhæng blev observeret for alle adspurgte forebyggelsesområder (Tabel 2). Der var ingen sammenhæng mellem, hvorvidt personalet deltog i de enkelte opgaver og lægens køn og alder, praksistype og -størrelse eller graden af regional lægemangel, dog foretog man prikttest hyppigere i praksis med flere læger end i solopraksis. Andelen af praksis, hvor personalet deltog i lungefunktionsundersøgelse eller prikttest, var 2-3 gange højere, hvor der var mere end et personalemedlem. Vi fandt ingen sammenhæng mellem læge-/praksiskarakteristika og lægernes ønsker om større involvering af personalet (data ikke vist).

Diskussion

Undersøgelsens resultater viste, at personalet i mange almen lægepraksis deltog i forebyggelsesopgaver inden for en lang række områder. Andelen af praksis, hvor personalet deltog p.t., var dog 2-4 gange højere i praksis, der havde en sygeplejerske ansat, end i praksis der ikke havde. Tre ud af fire læger ønskede øget involvering af personalet på et eller flere områder.

Denne spørgeskemaundersøgelse blev gennemført i forbindelse med et kvalitetsudviklingsprojekt baseret på selvregistrering af lægernes daglige konsultationer. Deltagelsesprocenten var lav (16), men svarede til deltagelsesprocenten i lignende projekter gennemført i almen praksis [12]. Resultaterne kan være påvirket af selektionsbias. De ti amter repræsenterede både land og by og havde samme andel kvindelige læger og solopraksis som hele landet. Der var let overvægt af kvinder blandt deltagerne, men undersøgelsen viste ikke forskel mellem mandlige og kvindelige lægers tendens til at in-

Tabel 1. Blandt deltagerne i »Audit om forebyggelse i almen praksis 2004« vises den procentvise andel af læger, der angav, at personalet p.t. varetog forskellige opgaver i forbindelse med forebyggelse, og den andel, der ønskede en øget involvering af personalet i fremtiden.

| Opgaver | Personalet varetager opgaven % (n = 353) | Lægen ønsker øget involvering af personalet % (n = 351) |
|--------------------------------------|--|---|
| Vægtkontrol | 70,5 | 30,8 |
| Vaccination af voksne | 63,2 | 23,9 |
| Blodtrykskontrol | 60,9 | 29,9 |
| Lungefunktionsundersøgelse | 60,1 | 31,6 |
| Alkoholafvænning inkl. Antabus | 59,5 | 20,8 |
| Kostvejledning ved overvægt/diabetes | 57,8 | 44,2 |
| Rygeafvænning | 34,8 | 41,9 |
| Prikttest ved allergimistanke | 25,2 | 16,0 |
| Samtaler om psykosociale emner | 16,4 | 12,0 |

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

volvende personalet i forebyggelsesopgaver. Det er sandsynligt, at læger med særlig interesse for forebyggelse eller læger, der netop har udpeget forebyggelse som nyt fokusområde, er overrepræsenteret. Under forudsætning af, at stor lægelig interesse for forebyggelse er associeret med større involvering af personalet, kan det betyde, at undersøgelsen overestimerer det nuværende niveau for involvering af personalet og interessen for at styrke den. Analyserne af praksisfaktorerne betydning, herunder personalets uddannelse, skønnes derimod at være mere robuste over for selektionsbias. Undersøgelsen er den første på området. Med ovenstående forbehold skønnes resultaterne at være væsentlige for debatten om almen praksis' rolle på forebyggelsesområdet og planlægningen af forebyggelsesarbejdet i forbindelse med kommunal- og strukturreformene.

Blandt de praktiserende læger, som deltog i Sundhedsstyrelsens undersøgelse af forebyggelsesaktiviteter vedrørende overvægt og astma i 2004 [13], var der udbredt enighed om, at forebyggelsesopgaver (inkl. sundhedsfremme) er en naturlig del af almen praksis og bør forankres her. Sundhedsstyrelsen blev i forlængelse af denne undersøgelse anbefalet at fremme en større grad af inddragelse af praksispersonale i forebyggelsesaktiviteterne i almen praksis (anbefaling 3), hvilket er i overensstemmelse med de ønsker, lægerne har udtrykt i forbindelse med vor undersøgelse. Praksispersonalet deltager allerede i forebyggelsesopgaver inden for mange områder, men 2-4 gange hyppigere hos læger, der har en sygeplejerske blandt personalet. Praktiserende læger er måske mere tilbøjelige til at overdrage kliniske opgaver til sygeplejerskeuddannede, og selvstændig deltagelse i forebyggelsesopgaver

Tablet 2. I relation til udvalgte læge- og praksis karakteristika vises den procentvise andel af læger, der angav, at personalet aktuelt tog del i udvalgte forebyggelsesopgaver. 95% konfidensintervaller i parentes.

| | | n | Vægtkontrol | Vaccination af voksne | Blodtrykskontrol | Lungefunktionsundersøgelse | Alkoholafvænnning inkl. Antabus | Kostvejledning | Rygeafvænnning | Priktest |
|----------------------------------|-----------------|-----|---------------------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Lægens køn | Mand | 207 | 72,9 (66,4-78,9) | 63,8 (56,8-70,3) | 61,8 (54,8-68,5) | 61,4 (54,4-68,0) | 63,3 (56,3-69,9) | 60,9 (53,9-67,6) | 35,7 (29,2-42,7) | 27,5 (21,6-34,2) |
| | Kvinde | 146 | 67,1 (58,9-74,7) | 62,3 (53,9-70,2) | 59,6 (51,2-67,6) | 58,2 (49,8-66,3) | 54,1 (45,7-62,4) | 53,4 (45,0-61,7) | 33,6 (26,0-41,8) | 21,9 (15,5-29,5) |
| Lægens alder | < 52 år | 165 | 70,9 (63,3-77,7) | 62,4 (54,6-69,8) | 61,8 (53,9-69,3) | 58,2 (50,3-65,8) | 63,6 (55,8-71,0) | 58,2 (50,3-65,8) | 37,6 (30,2-45,4) | 26,7 (20,1-34,1) |
| | ≥ 52 år | 181 | 70,7 (63,5-77,2) | 63,5 (56,1-70,5) | 60,2 (52,7-67,4) | 61,9 (54,4-69,0) | 55,8 (48,2-63,2) | 58,0 (50,5-65,3) | 32,0 (25,3-39,4) | 24,3 (18,3-31,2) |
| Praksistype | Solo-praksis | 82 | 64,6 (53,2-74,9) | 51,2 (39,9-62,4) | 54,9 (43,5-65,9) | 50,0 (38,7-61,3) | 59,8 (48,3-70,4) | 65,9 (54,6-76,0) | 42,7 (31,8-54,1) | 12,2 (6,0-21,3) |
| | Flerlægepraksis | 271 | 72,3 (66,6-77,6) | 66,8 (60,8-72,4) | 62,7 (56,7-68,5) | 63,1 (57,1-68,9) | 59,4 (53,3-65,3) | 55,4 (49,2-61,4) | 32,5 (26,9-38,4) | 29,2 (23,8-35,0) |
| Praksisstørrelse | ≤ 1.500 | 153 | 66,7 (58,6-74,1) | 62,7 (54,6-70,4) | 59,5 (51,3-67,3) | 57,5 (49,3-65,5) | 60,8 (52,6-68,6) | 51,6 (43,4-59,8) | 32,7 (25,3-40,7) | 25,5 (18,8-33,2) |
| | > 1.500 | 165 | 73,9 (66,5-80,5) | 61,8 (53,9-69,3) | 60,0 (52,1-67,5) | 61,8 (53,9-69,3) | 58,8 (50,9-66,4) | 63,0 (55,2-70,4) | 33,9 (26,8-41,7) | 25,5 (19,0-32,8) |
| Sygeplejerske | Ja | 204 | 87,3 (81,9-91,5) | 90,2 (85,3-93,9) | 80,4 (74,3-85,6) | 73,5 (66,9-79,4) | 71,1 (64,3-77,2) | 78,4 (72,1-83,9) | 51,0 (43,9-58,0) | 33,3 (26,9-40,3) |
| | Nej | 149 | 47,7 (39,4-56,0) | 26,2 (19,3-34,0) | 34,2 (26,7-42,4) | 41,6 (33,6-50,0) | 43,6 (35,5-52,0) | 29,5 (22,3-37,5) | 12,8 (7,9-19,2) | 14,1 (8,9-20,7) |
| Antal personaler | 1 | 73 | 64,4 (52,3-75,3) | 54,8 (42,7-66,5) | 56,2 (44,1-67,8) | 37,0 (26,0-49,1) | 57,5 (45,4-69,0) | 57,6 (45,4-69,0) | 28,8 (18,8-40,6) | 8,2 (3,1-17,0) |
| | > 1 | 248 | 72,6 (66,6-78,0) | 66,9 (60,7-72,8) | 63,3 (57,0-69,3) | 67,3 (61,1-73,1) | 62,1 (55,7-68,2) | 57,7 (51,2-63,9) | 36,7 (30,7-43,0) | 30,2 (24,6-36,4) |
| Regional lægemangel ^a | Større grad | 116 | 77,6 (68,9-84,8) | 65,5 (56,1-74,1) | 62,9 (53,5-71,7) | 72,4 (63,3-80,3) | 58,6 (49,1-67,7) | 64,7 (55,2-73,3) | 41,4 (32,3-50,9) | 31,0 (22,8-40,3) |
| | Mindre grad | 237 | 67,1 (60,7-73,0) | 62,0 (55,5-68,2) | 59,9 (53,4-66,2) | 54,0 (47,4-60,5) | 59,9 (53,4-66,2) | 54,4 (47,9-60,9) | 31,6 (25,8-38,0) | 22,4 (17,2-28,2) |

a) Amter med større lægemangel var Nordjyllands, Viborg, Ribe, Ringkjøbing og Vestsjællands Amter. Celler er markeret med grå, hvor $p < 0,05$.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

forekommer sandsynligvis mere ligetil for klinisk uddannede personer. Godt halvdelen af deltagerne havde p.t. en sygeplejerske blandt personalet. Undersøgelsen belyser dog ikke, i hvilken udstrækning det er de(n) sygeplejerskeuddannede blandt personalet, der varetager opgaverne. Ud over generel mangel på tid kan lægens holdning og erfaring [14], manglende uddannelse/efteruddannelse af personalet, manglende interesse, lokalemangel og gamle vaner være medvirkende til, at opgaver ikke uddelegeres [9, 14].

De adspurgte læger gav klart udtryk for, at de ønskede større involvering af personalet. Det kan have flere formål at inddrage personalet i forebyggelsesarbejdet på forskellige områder, blandt andet: 1) at styrke udbuddet af efterspurgte forebyggelsesydelse i almen praksis, 2) at lægen kan fokusere sit arbejde på lægelige opgaver, 3) at øge indtjeningen i praksis og 4) at fastholde personalet. Efterspørgslen på ydelser i almen praksis stiger [7], og forebyggelsen skal mere i fokus [5, 6]. Lægemangel opleves i stigende grad, og det kan være fristende at uddelegere udvalgte ydelser. Flere undersøgelser i almen praksis har vist, at relevant trænet sygeplejersker kan substituere læger på flere rutineområder med større tilfredshed blandt patienterne og ligeværdige kliniske resultater [15-18]. Vores undersøgelse viser imidlertid ikke, om det personale, der allerede deltager i udvalgte forebyggelsesopgaver, reelt substituerer lægernes arbejde. Lægens arbejdsmængde kan forblive uændret trods uddelegering, enten fordi personalet tilfredsstiller tidligere uhonorerede behov hos patienterne, belyser problemstillinger hos patienterne, der kræver lægens medvirken, eller genererer en efterspørgsel hos patienterne, der ikke tidligere var til stede [17]. I et hollandsk studie, hvor lægepraksis blev randomiseret til at få tilknyttet en praktissygeplejerske eller ikke, kunne det ikke påvises, at lægens arbejdstid eller -mængde aftog, eller at arbejdsglæden øgedes hos lægen [19]. Samme overvejelse må man gøre i forbindelse med nye tiltag på området. I forbindelse med projekter, der har til formål at flytte forebyggelsesopgaver fra lægen til personalet, anbefales det derfor, at lægen understøttes i at fralægge sig disse opgaver [20].

Denne undersøgelse indikerer således, at ikkelægeligt personale i almen praksis varetager flere kliniske forebyggelsesopgaver, der er relateret til de otte folkesygdomme. Andelen af praksis, hvor personalet p.t. deltager, er dog højere i praksis med en sygeplejerske end i praksis uden. Selv om deltagerne kan være særligt interesserede læger, skønnes der at være basis for yderligere involvering af personalet i denne type opgaver. En kvalitativ undersøgelse er efterfølgende gennemført blandt nogle af deltagerne og vil kunne bidrage til vores forståelse af, hvilke organisatoriske forhold der har betydning for opgavefordelingen i almen praksis. Andre undersøgelser må desuden vise, om personalets ydelser reelt substituerer lægens arbejde i det omfang, det er ønsket, og med tilstrækkelig kvalitet. I forbindelse med implementeringen af en øget forebyggelsesindsats vil det derfor være rele-

vant at designe, gennemføre og evaluere forsøg med forskellige organisatoriske modeller.

Korrespondance: *Dorte Gilså Hansen*, Audit Projekt Odense, Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense, Syddansk Universitet, DK-5000 Odense C. E-mail: dgilsaa@health.sdu.dk

Antaget: 12. september 2006

Interessekonflikter: Ingen

Taksigelse: Vi vil gerne takke statistiker *Henrik Støvring* for statistisk bistand og sekretær *Lise Stark* for korrekturlæsning. Endvidere takkes Indenrigs- og Sundhedsministeriet for økonomisk støtte til projektet.

Litteratur

1. Ebrahim S, Davey SG. Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; CD001561.
2. Antithrombotic Trialists' Collaboration. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. *BMJ* 2002;324:71-86.
3. UK Prospective Diabetes Study Group. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UK-PDS 38. *BMJ* 1998;317:703-13.
4. Gotay CC. Behavior and cancer prevention. *J Clin Oncol* 2005;23:301-10. www.sst.dk/forebyggelse/folkesygdomme/ juli 2005.
5. PLO og DSAM. Rettidig omhu eller utidig indblanding. København: PLO og DSAM, 2005.
6. Vedsted P, Olesen F. Brug af dansk almen praksis i dagtid. *Ugeskr Læger* 2005;167:3280-2.
7. PLO. Oplæg om det kommunale samarbejde med almen praksis i en ny offentlig struktur. København: PLO, 2005.
8. Carnegie MA, Gomel MK, Saunders JB et al. General practice receptionists' attitudes and beliefs towards preventive medicine before and after training and support interventions. *Fam Pract* 1996;13:504-10.
9. Hansen DG, Rasmussen NK, Munck A. Folkesygdomme i almen praksis. Odense: Audit Projekt Odense, Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense, Syddansk Universitet, og Statens Institut for Folkesundhed, 2005.
10. PLO. Praksistælling 2001. København: PLO, 2005.
11. Bro F, Pedersen KM, Hansen DG et al. Hvem kommunikerer almen praksis med? *Ugeskr Læger* 2005;167:2519-22.
12. Sundhedsstyrelsen. Undersøgelse af forebyggelsesaktiviteter i almen praksis vedr. overvægt og astma. København: Sundhedsstyrelsen, 2004.
13. Wilson A, Pearson D, Hassey A. Barriers to developing the nurse practitioner role in primary care – the GP perspective. *Fam Pract* 2002;19:641-6.
14. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ* 2002;324:819-23.
15. Brown SA, Grimes DE. A meta-analysis of nurse practitioners and nurse midwives in primary care. *Nurs Res* 1995;44:332-9.
16. Laurant M, Reeves D, Hermens R et al. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;CD001271.
17. Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;CD001188.
18. Laurant MG, Hermens RP, Braspenning JC et al. Impact of nurse practitioners on workload of general practitioners: randomised controlled trial. *BMJ* 2004;328:927.
19. Richardson G, Maynard A, Cullum N et al. Skill mix changes: substitution or service development? *Health Policy* 1998;45:119-32.