

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

Aortainsufficiensen

Aortainsufficiensen er en diastolisk mislyd, som opstår ved blodets regurgitation gennem den utætte aortaklap. Mislyden høres med maksimum i andet højre interkostalrum ved sternalranden med patienten i fremoverbøjet stilling og dyb expiration. Mislyden starter oftest lige efter S2 og fortsætter med aftagende styrke (decrecendo) frem mod S1 ved en kronisk aortainsufficiens. Ved akut aortainsufficiens har mislyden en anden karakter i form af kortere mislyd (Figur 3).

Mitralstenosen

Mitralstenosen er en diastolisk mislyd, som opstår ved blodets passage gennem det forsnævrede mitralostium. Mislydens karakter afhænger af sværhedsgraden af stenosen og forekomst af atrieflimren. Ved milde former for stenoser er mislyden opsplittet svarende til tidspunkter i diastolen, hvor der er en hurtig fyldning af ventriklen, hvilket er i den tidlige diastole og prædiastole. Ved svære stenoser høres en samlet diastolisk mislyd, idet der findes en høj trykgradient henover klappen i hele den diastoliske fyldningsperiode (Figur 3). Mislyden høres typisk lokaliseret over ictus cordis.

Mitralinsufficiensen

Mitralinsufficiensen høres som en systolisk mislyd, der strækker sig fra S1 til S2 med varierende mønster i henhold til varighed og intensitet. Mislyden er højfrekvent og blæsende med maksimum i fjerde eller femte interkostalrum i midtklavikulærlinjen. Mislyden høres udstrålende til aksillen, fordi venstre atrium ligger posteriori i forhold til venstre ventrikel.

Ventrikelseptumdefekt

Ventrikelseptumdefekten høres som en systolisk mislyd, der

strækker sig fra S1 til S2 med varierende intensitet afhængigt af størrelsen på defekten. Mislyden opstår ved, at blodet passerer fra et højtrykskredsløb til et lavtrykskredsløb, hvorved der dannes turbulens og hermed mislyd. Mislyden høres hovedsageligt ved prækordiet (Figur 3) [6-8].

Kommentar

Ovenstående kliniske procedure er ment som et forslag og et minimum i forbindelse med hjertestetoskopi af patienter. Generelt vil enhver hørt, tidligere uerkendt, mislyd lede til en henvisning til ekkokardiografisk udredning med en god og fyldig klinisk anamnese.

Korrespondance: *Brian Bridal Løgstrup*, Medicinsk Afdeling M, Sygehus Fyn, Svendborg, DK-5700 Svendborg. E-mail: bril@shf.fyns-amt.dk

Antaget: 19. februar 2008
Interessekonflikter: Ingen

Retningslinjerne er godkendt af Dansk Cardiologisk Selskab.

Litteratur

- Weitz HH, Mangione S. In defense of the stethoscope and the bedside. *Am J Med* 2000;108:669-71.
- Etchells E, Bell C, Robb K. Does this patient have an abnormal systolic murmur? *JAMA* 1997;277:564-71.
- Reichlin S, Dieterle T, Camli C et al. Initial clinical evaluation of cardiac systolic murmurs in the ED by noncardiologists. *Am J Emerg Med* 2004;22:71-5.
- Roldan CA, Shively BK, Crawford MH. Value of the cardiovascular physical examination for detecting valvular heart disease in asymptomatic subjects. *Am J Cardiol* 1996;77:1327-31.
- Iversen KK, Teiner AS, Bay M et al. Mislyde og ekkokardiografiske fund hos 2.907 uselektede, indlagte patienter. *Ugeskr Læger* 2006;168:2551-4.
- Hansen NE, Haunsø S, Schaffalitzky de Muckadell OB. *Medicinsk kompendium*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, 2004:Vol 1:910-5.
- Wennevold A, Pedersen A. *Stetoskopi af hjerte og lunger*. København: F.A.D.L.s forlag, 1984.
- Zipes DP, Libby P, Bonow RO et al. *Braunwald's Heart Disease – a textbook of cardiovascular medicine*. 7th edition. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2006; vol 1:87-106.

Er fitnesscentre en del af sundhedsvæsenet?

Stud.manu. Lærke Stidsen, kiropraktor Jan Jensen, cand.scient. Thue Kvorning & professor Jan Hartvigsen

Syddansk Universitet, Institut for Idræt og Biomekanik, og Kiropraktisk Klinik, København S.

Resume

Introduktion: Muskel- og skeletsygdom er samlet set den største sygdomsgruppe i Danmark. Forebyggelse og behandling af disse lidelser er i høj grad centreret omkring fysisk aktivitet og træning. Træning i fitnesscentre er på kort tid blevet en af de mest populære motionsformer i Danmark. Vi ønsker at kortlægge omfanget af bevægeapparatsproblemer hos medlemmer af fitnesscentre og graden af kommunikation mellem fitness- og sundhedssektoren. **Materiale og metoder:** Information om køn, alder, bevægeappa-

ratsproblemer, behandling herfor og kommunikation mellem behandler og fitnesscenter blev indsamlet blandt medlemmerne i fem fitnesscentre.

Resultater: Af 516 adspurgte deltog 485 (94%) i undersøgelsen. 56,1% rapporterede, at de ved indmeldelse i fitnesscentret havde bevægeapparatsproblemer, og hos 76,8% af dem var det en af årsagerne til indmeldelsen. Mere end halvdelen af dem havde fået eller fik samtidig behandling. Heraf var en fjerdedel blevet anbefalet at begynde på træning. Imidlertid var der kun i 6,3% af tilfældene kommunikation mellem behandler og fitnesscenter.

Konklusion: Fitnessbranchen er i kraftig vækst, og mere end 50% af medlemmerne har bevægeapparatsproblemer. Størstedelen af disse medlemmer får også behandling, men der er kun meget lille og stort set ingen formaliseret kommunikation mellem fitness- og sundhedssektoren.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

Smerter og funktionsbegrænsning på grund af problemer i bevægeapparatet er et folkesundhedsproblem i hele den vestlige verden. I Danmark er etårsprævalensen af sådanne problemer tæt på 70%, og op mod halvdelen af befolkningen har haft smerter fra bevægeapparatet inden for de seneste 14 dage [1]. Omkring 600.000 danskere lider af en kronisk sygdom i bevægeapparatet, og bevægeapparatssygdomme er dermed samlet set klart den største og mest omkostningstunge sygdomsgruppe [1, 2]. I opgørelser fra England har man påvist, at de udgifter, der alene er forbundet med lænderygbesvær, som er den største undergruppe af bevægeapparatproblemer, overstiger de udgifter, der er forbundet med demens, apopleksi, type 1- og type 2-diabetes, sklerose, depression og epilepsi tilsammen [3].

Fysisk aktivitet og træning i forskellige afskygninger er anbefalet som forebyggelse og behandling ved en lang række lidelser blandt andet i bevægeapparatet [4, 5]. Ifølge Idrættens Analyseinstitut vælger et stærkt stigende antal danskere at dyrke motion i et kommercielt eller foreningsbaseret fitnesscenter, og mere end 380.000 personer (7% af befolkningen) træner i dag i fitnesscentre. Dette tal forventes at stige til over 500.000 i løbet af blot få år, og dermed er træning i fitnesscenter den mest populære folkelige idrætsaktivitet i Danmark ligesom i en række andre europæiske lande [6]. I store dele af den danske fitness-sektor er man interesseret i at blive en mere formaliseret del af sundhedssektoren, og fitnesscentre vurderes at have et sundhedspolitisk potentiale [6]. 56% af adspurgte fitnesscentre mener, at de allerede udfører en forebyggende sundhedsopgave, og samtidig svarer 83%, at de er interesserede i at indgå i et konkret samarbejde med den offentlige sektor med henblik på at løse sundhedsrelaterede opgaver for borgerne [6].

Der findes i dag ingen kortlægning af omfanget af bevægeapparatproblemer hos medlemmer af fitnesscentre, og det vides heller ikke, om og i hvilket omfang der foregår kommunikation mellem fitness-sektoren og det autoriserede behandlersystem. Dette er naturligvis uheldigt, da samarbejde og kommunikation mellem fitnesscentre og behandlingssystem må formodes at medføre optimerede behandlings- og rehabiliteringsforløb.

Med denne undersøgelse ønsker vi at besvare følgende forskningsspørgsmål: 1) Hvilke typer bevægeapparatproblemer har medlemmer af fitnesscentre, og er disse årsag til indmeldelse? 2) Modtager medlemmer af fitnesscentre behandling for bevægeapparatproblemer, og er der i så fald kommunikation mellem center og behandler?

Materiale og metoder

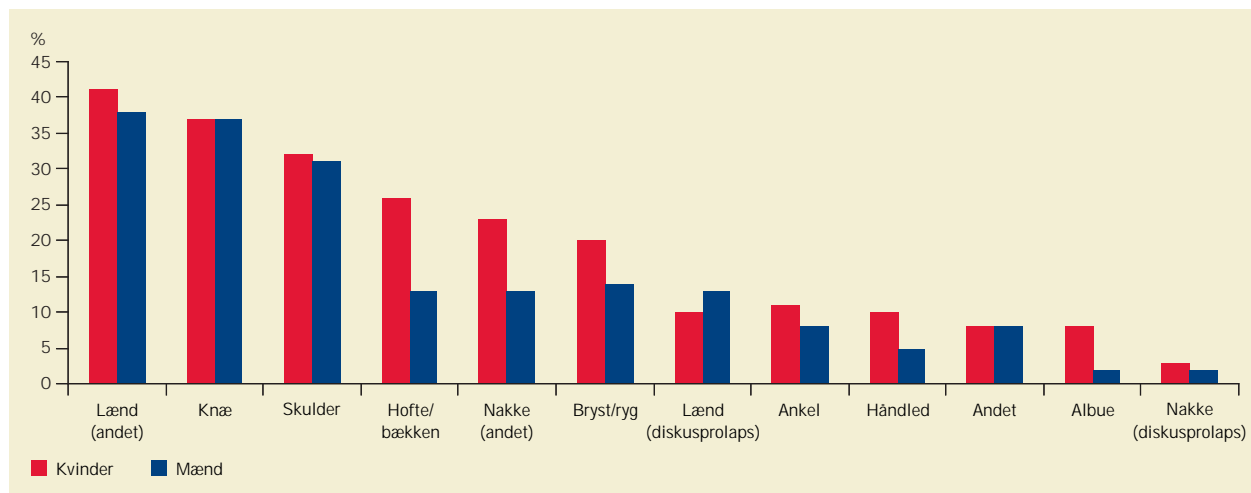
Undersøgelsen blev udført i samarbejde med en større dansk fitnesskæde og rekrutteringen foregik i kædens fem centre på Fyn. Det blev skønnet, at 400 deltagere (5% af medlemmerne) udvalgt tilfældigt ville udgøre et repræsentativt udsnit. Der var ingen eksklusionskriterier blandt medlemmerne.

Odense: Fra den 1. august til den 1. september 2006 inaktiverede vi via medlemsdatabasen medlemskort hos de 500 senest indmeldte medlemmer. Disse medlemmer er blevet indmeldt fra den 1. januar 2006 til og med den 31. juli 2006. Medlemmerne fik således, når de mødte til træning og indlæste deres medlemskort besked på at henvende sig i receptionen. Her fik de udleveret information om projektet og et spørgeskema. De medlemmer, som ønskede at deltage, udfyldte spørgeskemaet med det samme, hvorefter det blev efterladt i receptionen. De medlemmer, der ikke ønskede at deltage, udfyldte blot skemaet med køn og alder og efterlod det samme sted.

Fåborg, Tommerup, Svendborg, Assens: Hvert af disse centre besøgte vi nogle timer på udvalgte dage, hvor vi henvendte os til tilstedeværende medlemmer. De medlemmer, som ønskede at deltage, udfyldte spørgeskemaet med det samme, og dem, der ikke ønskede at deltage, opgav køn og alder.

Spørgeskemaet indeholdt spørgsmål om alder, køn, højde, vægt og endvidere spørgsmål om, hvorvidt medlemmet havde haft bevægeapparatsgener (smerte og/eller ubehag) ved indmeldelsen i centret. Spørgsmålene var modificeret efter Det Standardiserede Nordiske Spørgeskema [7] og omfattede: lokalisationen af disse gener (ankel, knæ, hofte/bækken, håndled, albue, skulder, bryst/ryg, nakke (diskusprolaps, andet nakkeproblem), lænderyg (diskusprolaps, andet lænderygproblem), om disse gener havde bevirket en ændring eller begrænsning i dagligdagsaktiviteter forud for indmeldelsen, og om generne havde været årsag til sygemelding inden for det seneste år forud for indmeldelsen. Det var tilladt at angive mere end et område med problemer. Det var endvidere muligt at tilføje andre problemer via fri tekst. Disse blev rubriceret under »andet«. Dernæst blev der spurgt, om generne var en medvirkende årsag til indmeldelsen, og hvad der havde været den vigtigste årsag til indmeldelsen (bevægeapparatsgener, ønske om velvære og bedre fysisk form eller vægttab). Endelig fulgte fire spørgsmål om, hvorvidt personen havde fået behandling for nævnte bevægeapparatsgener (ja, nej), og hvis ja af hvem (læge, kiropraktor, fysioterapeut eller andre), hvornår denne behandling var givet (før indmeldelsen, efter indmeldelsen eller både før og efter indmeldelsen), om personen var blevet anbefalet at påbegynde træning af en behandler (ja, henvist specifikt til dette center, ja, generelt anbefalet at træne i fitnesscenter eller nej), samt om og hvordan der eventuelt havde været kommunikation mellem behandler og fitnesscenter (ja skriftligt, ja mundtlig/telefonisk eller nej). Det var tilladt at angive mere end en behandler. Alle spørgsmål på nær vedrørende alder, højde og vægt kunne besvares ved afkrydsning i ovennævnte kategorier. I forhold til det originale Standardiserede Nordiske Spørgeskema var følgende modificeret: Spørgsmål om lokalisation af smerter foregik ved afkrydsning ud for tekst og ikke ved markering på et diagram, spørgsmål om behandling var udvidet til at omfatte angivelse af type af behandler, og det var muligt at tilføje yderligere gener i fri tekst.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL



Figur 1. Fordeling af bevægeapparatsproblemer blandt 485 fynboer, som trænede i fitnesscenter i Odense, Svendborg, Faaborg, Assens og Tommerup.

Data blev indtastet i Excel (Microsoft Office Excel 2003). Undersøgelsens formål var alene deskriptivt. Derfor er alle analyser deskriptive med angivelse af proportioner. Der blev ikke foretaget test for statistisk signifikans.

Resultater

Ud af 516 adspurgte medlemmer valgte 485 (94,0%) at deltage. Af disse var 312 kvinder (95,2% af de adspurgte), og 173 var mænd (91,5% af de adspurgte). I alt 312 (64,3%) deltagere trænede i centret i Odense, og 173 (35,7%) trænede i centrene i Faaborg, Tommerup, Svendborg og Assens. Der var ingen forskelle i besvarelsesprocenter og i hyppigheden af bevægeapparatsproblemer mellem de fem centre. Gennemsnitsalderen blandt deltagerne var 38,3 år (spændvidde: 15-84 år).

I alt 272 (56,1%) oplyste, at de ved indmeldelse i fitnesscentret havde problemer i bevægeapparatet. Fordelingen af disse ses i **Figur 1**. I alt rapporterede 49,1% af de deltagende mænd og 59,9% af de deltagende kvinder, at de havde bevægeapparatsproblemer ved indmeldelsen.

De primære årsager til indmeldelse i et fitnesscenter ses i **Tabel 1**. Hos 44,5% af deltagere (76,8% af deltagere med bevægeapparatsproblemer) var bevægeapparatsproblemer medvirkende eller primær årsag til indmeldelse i fitnesscentret.

Blandt deltagerne havde 39% fået behandling for et eller

flere bevægeapparatsproblemer inden for det seneste år. Af disse havde 44% konsulteret egen læge, 40,2% havde konsulteret en kiropraktor, og 49,2% havde været ved fysioterapeut. 22,8% havde konsulteret en anden uautoriseret behandler, hyppigst en massør.

Behandlingerne blev hos 38,6% givet før indmeldelsen i fitnesscenter, 18% fik behandling efter indmeldelsen, og 43,4% fik behandling både før og efter indmeldelsen.

Blandt dem, som fik behandling, var 2,6% specifikt blevet anbefalet at henvende sig til et bestemt fitnesscenter, 22,8% havde fået en generel uspecifik anbefaling om at påbegynde træning, mens 74,6% ikke havde fået anbefalinger vedrørende træning og havde opsøgt centret på eget initiativ.

Der var i 0,5% af tilfældene skriftlig kommunikation mellem behandler og fitnesscenter, i 5,8% af tilfældene var der mundtlig kommunikation, mens der i 93,7% af tilfældene, hvor en behandler havde været eller var involveret, ikke var nogen form for kommunikation mellem behandler og center.

Diskussion

Vi har påvist, at for flertallet af medlemmerne i en større dansk fitnesskæde er gener og lidelser i bevægeapparatet en af årsagerne til indmeldelse. Flertallet af de indmeldte får eller har fået behandling i det autoriserede sundhedsvæsen, men kun et mindretal har fået anbefalet at påbegynde træning, og der er meget ringe formel og uformel kommunikation mellem behandlere og træningscentre. Resultaterne tyder endvidere på, at hyppigheden af bevægeapparatsgener hos personer, der træner i et fitnesscenter, er lavere end i befolkningen som helhed [1]. Således er prævalensen af smerter i både lænderyggen og nakken i denne studiepopulation ca. 10% lavere end i befolkningen, når dette måles med Det Standardiserede Nordiske Spørgeskema [8, 9].

Disse resultater giver anledning til en række overvejelser. For det første er villigheden til at træne med henblik på at

Tabel 1. Oversigt over primære årsager til indmeldelse i fitnesscentre i Odense, Faaborg, Assens, Svendborg og Tommerup.

	Alle deltagere (n=485) n (%)	Deltagere med bevægeapparats- problemer (n=272) n (%)
Bedre fysisk form og velvære	325 (67,0)	163 (59,9)
Vægttab	89 (18,4)	38 (14,0)
Bevægeapparatsproblem	71 (14,6)	71 (26,1)

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

forebygge og behandle bevægeapparatsproblemer tilsyneladende større hos patienter end hos autoriserede behandlere. I hvert fald oplyser to tredjedele af de deltagere, der har bevægeapparatsproblemer og har fået eller får behandling, at de ikke har fået anbefaling om træning, men har opsøgt et træningscenter på egen hånd. Man må formode, at øvelsesterapi og træning i nogle tilfælde er indgået i den givne behandling, men tilsyneladende ikke i et omfang, som patienterne har fundet tilstrækkeligt, eftersom de på eget initiativ opsøger et fitnesscenter og er villige til selv at betale for yderligere adgang til træning. For det andet må man formode, at træningsindsatsen i behandling af bevægeapparatsproblemer ikke er koordineret mellem det offentlige behandlesystem og det private træningsmarked. Dette må formodes at resultere i patientforløb, der ikke er sammenhængende, og hvor patienter i høj grad tilrettelægger deres eget trænings- og rehabiliteringsforløb.

Endelig kunne man overveje, om ikke fitnesscentre er en uudnyttet resurse i håndteringen af befolkningens bevægeapparatsgener. Centrene er populære, og antallet af medlemmer forventes at stige kraftigt i de kommende år [6]. Hvis vi skal have optimal udnyttelse af befolkningens villighed til at træne, er det nærliggende at foreslå en struktureret platform for kommunikation mellem behandlere og centre. Man kunne også forestille sig, at fitnesscentre kunne spille en rolle i håndteringen af andre folkesundhedsproblemer som for eksempel fedme og dertil relaterede sygdomme – måske endda i et samspil med både den primære og den sekundære sundhedssektor under »motion på recept« [5].

Imidlertid er det ikke uden problemer at inddrage fitnesscentre i håndteringen af sundhedsproblemer. Først og fremmest findes der i dag ikke standarder for instruktørpersonalets uddannelse og erfaring, og 42% af centrene råder i dag ikke over personale med kompetencer til at træne personer med særlige behov [10]. Dette kan være en barriere for effektiv kommunikation, idet instruktører i mange tilfælde muligvis ikke vil være i stand til at forstå en korrespondance om medicinske tilstande og i det hele taget mangler grundlæggende viden om, hvilke træningsprincipper der bedst anvendes ved forskellige tilstande og hvordan. Endvidere er formålet med fitnesscentre først og fremmest kommercielt, og centrenes virke er i dag rettet primært mod »velvære« frem for mod sygdomsbehandling og forebyggelse. Det forekommer derfor relevant, at branchen indfører først og fremmest uddannelsesmæssige standarder for personale, som skal håndtere kunder, der henvender sig af helbredsmæssige årsager, hvis man skal leve op til målsætningen om »at bygge bro til sundhedssektoren og synliggøre muligheden for at bruge fitness- og velværecentre som samarbejdspartnere til at løfte sundhedspolitiske opgaver«, som det er formuleret af Dansk Fitness og Helse Organisation [11].

Denne undersøgelse skal betragtes som en foreløbig kortlægning af visse problemer i relation til befolkningens brug af

fitnesscentre specielt i relation til smerter fra bevægeapparatet. Undersøgelsen er behæftet med en række svagheder. Spørgeskemaet er bygget på principperne for Det Standardiserede Nordiske Spørgeskema, men der er ikke indsamlet oplysninger om bevægeapparatsgenernes sværhedsgrad (varighed, intensitet og konsekvenser i dagligdagen) og eventuelle sociale konsekvenser. Derfor kan prævalensmålene ikke umiddelbart sammenlignes med oplysninger fra danske befolkningsundersøgelser. Ydermere er der kun indsamlet oplysninger fra medlemmer af en fitnesskæde, og de kan således ikke direkte overføres til medlemmer af andre centre. På den anden side mener vi, at den høje deltagerprocent (94%) blandt medlemmer af Danmarks største fitnesskæde på Fyn tjener som en generel pejling på fitnesscentres potentielle rolle i relation til sundhedssystemet og nogle af de problemer, der er forbundet hermed.

Resultaterne af denne undersøgelse tyder på, at befolkningen opfatter fitnesscentre som et supplement til eller muligvis en del af det samlede tilbud til håndtering af bevægeapparatsproblemer. Hvorvidt fitnesscentre skal være en del af et organiseret sundhedstilbud til visse patientgrupper, afhænger selvfølgelig først og fremmest af, om der er solid indikation for iværksættelse af centrenes tilbud til patienterne, men også af, om branchen er villig til at erhverve sig et tilfredsstillende uddannelsesniveau til at kunne tilbyde kvalificerede ydelser. Endvidere kunne man forestille sig en certificering af fitnesscentre, så disse forpligter sig til at overholde visse standarder. Der er dog ingen tvivl om, at fitness-sektoren er interesseret i at indgå i et samarbejde med sundhedssektoren. Det er vores overbevisning, at det giver god mening at udnytte befolkningens vilje til at træne og integrere denne i planlægningen af sammenhængende patientforløb både for bevægeapparatslidelser og andre tilstande.

Konklusion

Fitnessbranchen er i kraftig vækst, og mere end 50% af dem, der melder sig ind i et fitnesscenter, lider af problemer i bevægeapparatet. Størstedelen af dem får også behandling for problemerne, men der er kun meget lidt og stort set ingen formaliseret kommunikation mellem fitness- og sundhedssektoren.

Korrespondance: *Jan Hartvigsen*, Clinical Locomotion Science, Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet, DK-5230 Odense M.
E-mail: jhartvigsen@health.sdu.dk

Antaget: 29. december 2007
Interessekonflikter: Ingen

Taksigelser: Vi vil gerne takke fitness.dk og især deres centre på Fyn for brug af medlemsdatabase, faciliteter og godt samarbejde.

Litteratur

1. Brinck B, Rasmussen NK, Kjoller M et al. Muskel- og skeletsygdom i Danmark. København: Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi, 1995.
2. www.sifolkesundhed.dk/Ugens%20tal%20for%20folkesundhed/Ugens%20tal/47_2006.aspx /maj 2007.
3. Maniadas N, Gray A. The economic burden of back pain in the UK. *Pain* 2000;84:95-103.

4. FYSISK AKTIVITET – håndbog om forebyggelse og behandling. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse, 2003.
5. Skive L. Motionsmanualen. Motion – nutidens lægemiddel. København: Komiteen for Sundhedsoplysning i samarbejde med P.L.O. og DSAM, 2003.
6. Kirkegaard KL. Overblik over den danske fitness-sektor – En undersøgelse af danske fitnesscentre. Delrapport i projektet Sved for Millioner. 1. udgave. København: Idrættens Analyseinstitut, 2007.
7. Kuorinka I, Jonsson B, Kilbom A et al. Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. *Appl Ergon* 1987;18:133-7.
8. Leboeuf-Yde, Lauritsen JM. The prevalence of low back pain in the literature. *Spine* 1995;20:2112-8.
9. Fejer R, Kyvik KO, Hartvigsen J. The prevalence of neck pain in the world population: a systematic critical review of the literature. *Eur Spine J* 2006; 15:834-48.
10. Oxford Research A/S. Test af Fitness- og Motionscentre. København: Forbrugerstyrelsen, 2007.
11. www.dfho.dk (juni 2007).

Utsigtede hændelser i et vaginalcytologisk screeningsprogram

Professor Flemming Bro, overlæge Hans Svanholm, cand.scient. Henrik Støvring & cand.med.vet. Charlotte Frandsen

Aarhus Universitet, Forskningsenheden for Almen Praksis, Regionshospitalet Randers, Patologisk Institut, Syddansk Universitet, Forskningsenheden for Almen Praksis, og Region Midtjylland, Cancer i Praksis Centret

Resume

Introduktion: Ca. 10% af svarene på de rutinemæssige vaginalcytologiske prøver er ledsaget af en anbefaling fra patologerne om en opfølgende undersøgelse. Formålet med undersøgelsen er at belyse, i hvilket omfang anbefalingen bliver fulgt, årsagerne til ikkeopfølgning og mulige forbedringer.

Materiale og metoder: Data vedrørende omfanget af opfølgende undersøgelser er baseret på udtræk fra Århus Amts database over folkeundersøgelsen for livmoderhalskræftscreening. Ved besøg i praksis er der opnået information om procedurer for svarhåndtering, årsager til manglende opfølgning og forslag til forbedringer af opfølgingsandelen.

Resultater: En tredjedel af de abnorme prøvesvar følges ikke op som anbefalet. Kompagnispraksis har en højere grad af opfølgning end solopraksis. Det er uden betydning, hvordan svarproceduren er organiseret. På praksisniveau var årsagerne til ikkeopfølgning, at svaret ikke blev formidlet, uklare beskeder til kvinderne og manglende procedurer til at identificere kvinder, der ikke blev fulgt op. De praktiserende læger fremkom med en række forslag til at opspore de kvinder, der ikke som anbefalet får foretaget en opfølgende undersøgelse.

Konklusion: Opfølgingsandelen er ikke acceptabel, og det er nødvendigt at etablere systematiske procedurer til at sikre, at de opfølgende undersøgelser ved en central indsats sker som anbefalet.

Screening for livmoderhalskræft blev gradvist indført i Danmark fra midten af 1960'erne, og siden 1997 har alle kvinder i Danmark i aldersgruppen 23-60 år med tre års mellemrum

fået tilbudt at få prøven taget hos deres egen læge [1]. Cirka to tredjedele af målgruppen deltager i løbet af en treårsperiode i programmet [2]. Formålet med screeningsprogrammet er at opdage de tidlige stadier i udviklingen af livmoderhalskræft og i tilfælde af svære celleforandringer at foretage en konisering, før forandringerne udvikler sig til invasiv kræft.

Prøven tages oftest af kvindens egen læge, der i Region Midtjylland sender prøven til undersøgelse på Patologisk Institut. Herfra afgår svar til den prøvetagende læge. Af svaret fra Patologisk Institut vil det fremgå, om der er celleforandringer. Hvis det er tilfældet, vil der typisk være anbefalinger om, at kvinden enten skal genundersøges inden for et bestemt tidsinterval hos egen læge eller henvises til en gynækolog.

Oftest sker tilbagemeldingen fra Patologisk Institut udelukkende til egen læge, som så informerer kvinden. Hvis kvinden anbefales videre opfølgning, er det således op til den praktiserende læge at iværksætte denne undersøgelse. Nationalt og internationalt er arbejdet med utilsigtede hændelser (UH) begyndt at vinde indpas inden for sundhedsvæsenet. I bestræbelserne på at reducere forekomsten af UH betragtes de i dag snarere som systemmangler og medfører således fokus på procesanalyse og kvalitetsudvikling, hvorimod UH tidligere primært blev betragtet som individuelle fejl med tilhørende skyld og straf [3, 4]. I forsøget på at forbedre kvaliteten fokuseres der således ikke længere på individet, men på hele rækken af menneskelige og organisatoriske forhold, der medvirker til, at UH opstår [5-7]. Ud fra en sådan systembetragtning kan man beskrive den proces, der udgør den vaginalcytologiske undersøgelse, og man kan lokalisere potentielle muligheder for kvalitetsbrist: Prøven kan forsvinde under forsendelsen, prøvesvaret kan bortkomme eller bliver ikke formidlet til kvinden, kvinden forstår ikke den besked, hun får, eller hun får – på trods af at have fået og forstået svaret – ikke foretaget videre undersøgelser som anbefalet. Uanset årsagen er der tale om en utilsigtet hændelse.

Formålet med denne opgørelse er at beskrive, i hvilket