

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

6. www.dgc-dk.dk/Retningslinier/Endometriecancer%20guidelines%20140806.pdf /marts 2007.
7. Tozzi R, Malur S, Koehler C et al. Analysis of morbidity in patients with endometrial cancer: is there a commitment to offer laparoscopy? *Gynecol Oncol* 2005;97:4-9.
8. Malur S, Possover M, Michels W et al. Laparoscopic-assisted vaginal versus abdominal surgery in patients with endometrial cancer – a prospective randomized trial. *Gynecol Oncol* 2001;80:239-44.
9. Fram KM. Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy versus abdominal hysterectomy in stage I endometrial cancer. *Int J Gynecol Cancer* 2002;12:57-61.
10. Tollund L, Hansen B, Kjer JJ. Laparoscopic-assisted vaginal vs. abdominal surgery in patients with endometrial cancer stage 1. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007;86:739-41.
11. Childers JM, Brzechffa PR, Hatch KD et al. Laparoscopically assisted surgical staging (LASS) of endometrial cancer. *Gynecol Oncol* 1993;51:33-8.
12. Holub Z, Jabor A, Bartos P et al. Laparoscopic surgery for endometrial cancer: long-term results of a multicentric study. *Eur J Gynaecol Oncol* 2002;23:305-10.
13. Kalogiannidis I, Lambrechts S, Amant F et al. Laparoscopy-assisted vaginal hysterectomy compared with abdominal hysterectomy in clinical stage I endometrial cancer: safety, recurrence, and long-term outcome. *Am J Obstet Gynecol* 2007;196:248.e1-248.e8.
14. Walker J, Mannel R, Piedmonte M et al. Phase III trial of laparoscopy versus laparotomy for surgical resection and comprehensive surgical staging of uterine cancer. *Gynecol Oncol* 2006;101:S11.
15. Obermair A, Manolitsas TP, Leung Y et al. Total laparoscopic hysterectomy versus total abdominal hysterectomy for obese women with endometrial cancer. *Int J Gynecol Cancer*. 2005;15:319-24.
16. Kuoppala T, Tomas E, Heinonen PK. Clinical outcome and complications of laparoscopic surgery compared with traditional surgery in women with endometrial cancer. *Arch Gynecol Obstet* 2004;270:25-30.
17. Eltabbakh GH. Analysis of survival after laparoscopy in women with endometrial cancer. *Cancer* 2002;95:1894-901.
18. Sonoda Y, Zerbe M, Smith A et al. High incidence of positive peritoneal cytology in low-risk endometrial cancer treated by laparoscopically assisted vaginal hysterectomy. *Gynecol Oncol* 2001;80:378-82.
19. Faught W, Fung Kee Fung M. Port site recurrences following laparoscopically managed early stage endometrial cancer. *Int J Gynecol Cancer* 1999;9:256-8.
20. Kotwall CA, Kirkbride P, Zerafa AE et al. Endometrial cancer and abdominal wound recurrence. *Gynecol Oncol* 1994;53:357-60.

Basale journaloplysninger om risikofaktorer

Underernæring, overvægt, fysisk inaktivitet, rygning og alkohol

Forsknings- og centerleder Hanne Tønnesen, cand.scient. Nina Roswall, cand.scient. Mette Dissing Odgaard, overlæge Klaus Michael Pedersen, overlæge Karen Lindorff Larsen, overlæge Bjørn Mathiassen, overlæge Richard Farlie, overlæge Anders Elbirk, overlæge Mogens Hüttel, overlæge Lasse Danborg, overlæge Vibeke Vestermark, læge Anette Lykke Petri, overlæge Niels Ebbehøj, afdelingslæge Marianne Frederiksen & akademisk medarbejder Tatjana Hejgaard

Bispebjerg Hospital, Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse/WHO Collaborating Centre for Evidence-Based Health Promotion in Hospitals, Hobro Sygehus, Medicinsk Afdeling, Århus Universitetshospital, Aalborg Sygehus, Kirurgisk Gastroenterologisk Afdeling A, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, Geriatrisk Afdeling, Herning Sygehus, Gynækologisk/obstetriske Afdeling, Aabenraa Sygehus, Karkirurgisk Afdeling, Odense Universitetshospital, Anæsthesiafsnit T, Køge Sygehus, Ortopædkirurgisk Afsnit H1, Slagelse Sygehus, Kirurgisk Center, Gynækologisk/obstetriske Afdeling, Rigshospitalet, Gynækologisk Klinik, Dansk Gynækologisk Cancer Database, Bispebjerg Hospital, Arbejds- og Miljømedicinsk Klinik og Kardiologisk Klinik Y, og Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse

Resume

Introduktion: Livsstilsfaktorer har væsentlig betydning for patientforløb. Systematisk og tidlig identifikation af risikopatienter er vigtig for at kunne tilbyde relevant livsstilsintervention. Formålet var at undersøge, om en basalregistrering af risikofaktorer var forståelig, anvendelig og dækkende i den kliniske hverdag.

Materiale og metoder: Der indgik 11 kliniske speciallæger fra et bredt udsnit af sygehusafdelinger. De gennemførte først identifikation og registrering af underernæring, overvægt, fysisk inaktivitet, rygning og skadeligt alkoholforbrug ud fra journaloplysninger på egen afdeling (i alt 2.420 gange). Dernæst evaluerede specialisterne forståelighed, anvendelighed og dækning (363 gange).

Resultater: Identifikation og registrering kunne gennemføres for 85% (spændvidde: 0-100%) af journalerne. Specialisterne fandt den basale registrering forståelig, anvendelig og dækkende i dagligdagen bortset fra to delområder vedrørende taljemaal og øvrigt træningsprogram. De ønskede uddybende forklaring i informationsmaterialet og påpegede inkonsistens i terminologien. Ti specialister fandt den foreslåede kliniske tilgang implementerbar i de nuværende rutiner.

Konklusion: Basal registrering af underernæring, overvægt, fysisk inaktivitet, rygning og skadeligt alkoholforbrug er gennemførligt og klinisk relevant for voksne patienter. Resultaterne bør inddrages i Sundhedsstyrelsens videre arbejde på området.

Livsstilsfaktorer som usund kost, fysisk inaktivitet, rygning og skadeligt alkoholforbrug har væsentlig betydning for patientforløb ved de fleste kroniske eller akutte sygdomme, mens

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

Tablet 1. Hyppigheden af de 11 kliniske spørgsmål, der indgik i testen, kunne anvendes til at kategorisere, om en risikofaktor var til stede eller ej, dvs. besvares med »ja« eller »nej« frem for »uoplyst«.

Spørgsmål	Kategorisering mulig ud fra journalen, % median (spændvidde)
<i>Underernæring</i>	
A1: Er patientens <i>body mass index</i> under 20,5 kg/m ² ?	85 (40-100)
A2: Har patienten haft et ufrivilligt vægttab de sidste tre måneder?	40 (0-80)
A3: Har patienten haft nedsat kostindtag i den seneste uge?	55 (0-80)
A4: Er patienten svært syg (dvs. stressmetabol)? ^a	100 (75-100)
<i>Overvægt</i>	
B1: Er patientens <i>body mass index</i> over 25 kg/m ² ?	85 (40-100)
B2: Er patientens taljemål over 80 cm (for kvinder) eller 94 cm (for mænd)?	0 (0-85)
<i>Fysisk inaktivitet</i>	
C1: Er patienten fysisk aktiv i over en halv time om dagen? ^b	30 (0-95)
C2: Har patienten behov for genoptræning?	95 (35-100)
C3: Har patienten behov for øvrigt træningsprogram?	95 (35-100)
<i>Tobak</i>	
D1: Ryger patienten dagligt?	85 (60-100)
<i>Alkohol</i>	
E1: Driker patienten over de anbefalede genstandsgrænser (14 om ugen for kvinder, 21 om ugen for mænd)?	80 (50-100)

a) Uddybende information: stressmetabol grad 3, f.eks. kranietraumer, over 50% forbrænding, svar akut pankreatitis, sepsis, behov for intensiv behandling. b) Moderat intensitet, hvor pulsen kommer op, f.eks. gåture, cykling og træning.

ændringer i disse risikofaktorer kan give bedre sygdomsforløb med færre komplikationer på kort sigt og mulighed for flere gode leveår på længere sigt [1, 2].

Systematisk og tidlig identifikation af risikopatienter er vigtig for at kunne tilbyde relevant livsstilsintervention [1, 3, 4]. Det er derfor nødvendigt at udvikle og strukturere oplysninger om livsstilsfaktorerne tilsvarende. Det er hensigtsmæssigt at anvende korte og koncise oplysninger om livsstilsfaktorerne ved journaloptagelsen til støtte for den kliniske beslutningsproces, indsats og opfølgning. Det stiller krav om enkel, dækkende og klinisk relevant basalregistrering, der tager kort tid. Samtidig må denne registrering ikke forhindre interesse-rede afdelinger i at kunne uddybe anamnesen. Formålet var at undersøge, om en basalregistrering af risikofaktorer var forståelig, anvendelig og dækkende i den kliniske hverdag.

Design

Der valgtes et klinisk scenarium som svarede til situationen ved lægens epikriseskrivning. Identifikation og registrering foregik ud fra journaloplysninger uden patientkontakt eller personidentificerbare data.

Materiale

Udvikling af testmaterialet

I 2005 nedsatte Sundhedsstyrelsen en arbejdsgruppe (projekt PRIK) af speciallæger med kliniske og forskningsmæssige kompetencer inden for underernæring, overvægt, fysisk inaktivitet, tobak- og alkoholforbrug.

På baggrund af evidens, kliniske retningslinjer og rutiner etableredes konsensus i arbejdsgruppen om forslag til basal registrering. I baggrundsmaterialet indgik en sundhedsfaglig

oversigt over klinisk betydning, hidtidig identifikation, indikatorer, internationale anbefalinger, effekt af intervention, personalekompetencer og patientholdninger. I alt 67 parter blev hørt: videnskabelige selskaber, råd, sygehusorganisationer og faglige organisationer, centre, eksperter, institutter, patientforeninger, netværk mv. Herefter blev forslaget justeret, og et ekstra spørgsmål om fysisk aktivitet blev indført (**Tablet 1**).

Deltagere

Der indgik 11 kliniske speciallæger med registreringserfaring og kodeansvar fra et geografisk bredt udsnit af store medicinske specialer (intern medicin, geriatri, kardiologi, arbejds- og miljømedicin) samt operative specialer (gastrokirurgi, ortopædkirurgi, karkirurgi og gynækologi/obstetrik) og i intensiv afdeling. Der indgik ambulante og indlagte patienter ≥ 18 år.

Det største samt et andet sygehus valgtes fra hver region. Begrænsende kriterier for valg af afdeling og andet sygehus var anvendelse af elektronisk patientjournal (EPJ), den geografiske fordeling af specialerne og valg af forskellige specialer i den enkelte region. Endvidere indgik den transportmæssige tilgængelighed. Kun en udvalgt sygehusafdeling ønskede ikke at deltage og i stedet indgik den tilsvarende afdeling fra et andet sygehus i samme region.

Desuden indvilgede en administrativ elektronisk patientjournal-afdeling i kommentering.

Journaler

Der indgik 20 konsekutive journaler pr. afdeling, udtaget i henhold til hverdagens registreringsprocedure. Nogle valgte

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

derfor de 20 øverste journaler i epikrisebunken, andre valgte forundersøgelser, ambulante besøg med samme mødedag eller fødselsdag eller aktive konsekutive journaler på indlagte.

Metode

Der indgik to trin i testen. Først en pilotimplementering af proceduren med identifikation og registrering af risikopatienterne ved besvarelse af de 11 spørgsmål ud fra journaloplysningerne, og dernæst en evaluering af den basale registrerings anvendelighed.

De involverede var orienteret pr. telefon. Information samt testskema til besvarelse af de 11 spørgsmål inden for de fem livsstilsfaktorer var fremsendt på forhånd. En projektgruppe af de tre første forfattere observerede på alle afdelingerne, men forholdt sig neutralt. Testen var planlagt til to timer og indledtes med en kort orientering af speciallægen ud fra

Figur 1, formål og metode.

Udfaldsmål

- Kunne spørgsmålene besvares med »ja«/ »nej« frem for »uoplyst« ud fra journalerne?
- Kunne en indlæringskurve fastlægges undervejs ud fra tidsforbrug i begyndelsen og slutningen?
- Var hvert spørgsmål forståeligt, anvendeligt og dækkende for patientgruppen på egen afdeling?
- Kommentarer?

Pilotimplementering

Hvert spørgsmål havde tre svarmuligheder: Ja«, nej« og »uoplyst«. »Uoplyst« angav, at spørgsmålet ikke kunne besvares med »ja« eller »nej« ud fra journalen, dvs. at spørgsmålet ikke kunne bruges, hvis man ønskede at kategorisere, om risikofaktorer var til stede eller ej. Svaret »uoplyst« angav, at oplysningerne var utilstrækkelige, fordi de var ufuldstændige, ikke havde samme form som spørgsmålet eller manglede helt. An-

givelse af »ja« og »nej« betød, at spørgsmålet godt kunne anvendes til at afklare, om risikofaktoren var til stede (»ja«) eller ej (»nej«).

I alt udførte speciallægerne 2.420 besvarelser (11 spørgsmål × 11 afdelinger × 20 journaler).

Evaluering

Dernæst evaluerede speciallægerne med »ja« eller »nej« for hvert af de 11 spørgsmål, om det var forståeligt, anvendeligt og dækkende for afdelingens patientgrupper, i alt 363 gange.

Definitioner: Forståeligt: Speciallægen oplevede, at spørgsmålets ordlyd og indhold umiddelbart gav mening. Anvendeligt: Det var muligt at anvende registreringen i praksis. Dækkende: De væsentligste aspekter af risikofaktoren blev afklaret med spørgsmålet.

Patientgrupper, der ikke var omfattet, blev noteret.

Kommentering og observation

Speciallægen anførte kommentarer i stikord. Projektgruppen noterede speciallægerens uddybende kommentarer og observerede forløbet, herunder om der opstod en indlæringskurve.

Resultater

Svarprocenten var 100. Spørgsmålene kunne i varierende grad anvendes til at kategorisere risikofaktorernes tilstedeværelse med (Tabel 1).

Evalueringen viste, at ni af de 11 kliniske spørgsmål umiddelbart var forståelige, anvendelige og dækkende. B2-spørgsmålet om taljemål og C3-spørgsmålet om øvrigt træningsprogram var forståelige, men vurderedes ikke som værende anvendelige eller dækkende (**Figur 2**).

Kommentarerne faldt i emnegrupper. Mange ønskede svær stressmetabolisme, vægttab og genstandsgrænser forklaret i informationsmaterialet. Andre anførte, at spørgsmålene om underernæring og overvægt ikke fungerede for gravide,

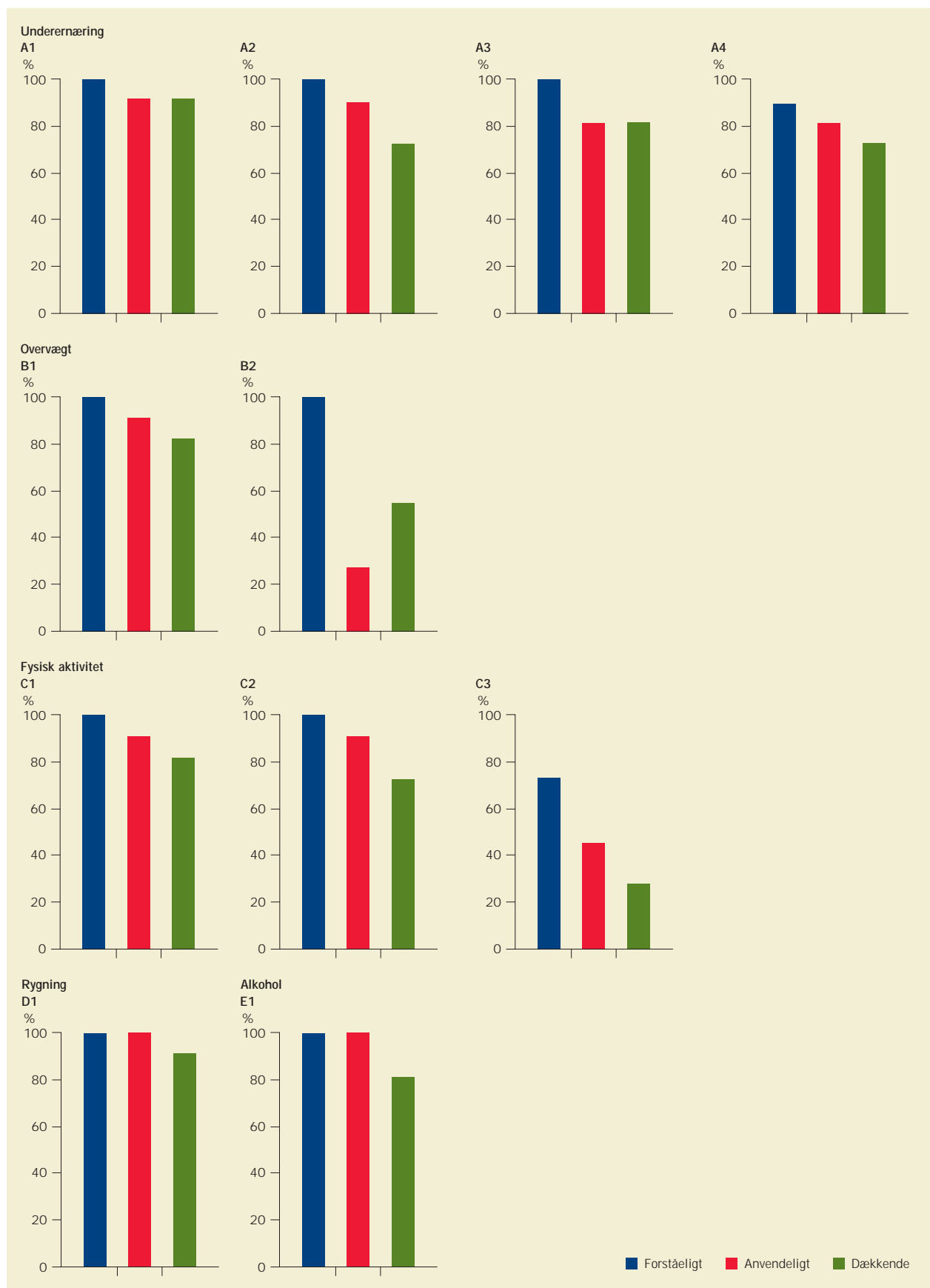
Figur 1. Identifikation af risikofaktorerne indgår i et sammenhængende forebyggelsesforløb, som det ses af figuren. SKS = Sygehusvæsenets Klassifikationssystem.

a) Undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient, i henhold til sundhedsloven 2005.

Patientforløb		
Første kontakt	Diagnostik + behandling ^a + opfølgning	Afslutning/udskrivning
Identifikation	Motivation	Intervention
Tobak	Motiverende samtale om	Intervention, rehabilitering og efterbehandling
Alkohol	Rygning (BQFS01)	Rygestop (BQFT01)
Underernæring	Alkohol (BQFS02)	Alkoholintervention (BQFT02)
Overvægt	Ernæring (BQFS03)	Ernæringsintervention (BQFT03)
Fysisk inaktivitet	Fysisk aktivitet (BQFS04)	Træning (BQFT04)
	Psykosociale forhold (BQFS05)	Psykosocial indsats (BQFT05)
	Anden risikoadfærd (BQFS06)	Anden risikoadfærd (BQFT06)
	Integreret samtale, kombineret risikoadfærd (BQFS19)	Medicinsk efterbehandling uden specifitet (BXAB0)
		Undervisning af patient i nødvendig viden (BVDY04)
		Integreret intervention, kombineret risikoadfærd (BQFT19)

Projekt PRIK – nye SKS-koder

Implementerede SKS-koder



Figur 2. Speciallægenes vurdering af om de forskellige kliniske spørgsmål var forståelige, anvendelige og dækkende.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

ved ascites, benamputation og for ældre med højdereduktion, men det var de i forvejen vant til at håndtere i klinikken.

Mange fandt, at taljemålet (B1) ikke var brugbart, men et arbejdskrævende supplement til *body mass index* (BMI).

Flere speciallæger forbløffedes over, hvor ofte oplysningerne manglede i journalen - især BMI (eller vægt og højde) samt alkoholforbrug.

Terminologisk kommenteredes det, at A4, C2 og C3 var kliniske vurderinger, mens resten af spørgsmålene kunne stilles direkte til patienten. Ordlyden af C1 blev foreslået vendt om til at identificere aktivitet under en halv time og derved være i overensstemmelse med de øvrige spørgsmål, hvor positive svar registreredes og afdækkede behov for en indsats.

Alle speciallæger på nær en fandt tilgangen lige til at implementere i deres rutiner. Den ene ønskede flere detaljer for bedre kunne opfylde afdelingens forskningsmål, uden at dette gav anledning til andre kliniske beslutninger eller interventionstilbud.

Som bifund viste pilotimplementeringen, at godt en tredjedel af patienterne var fysisk inaktive, en tredjedel var overvægtige, en fjerdedel røg dagligt, og en tiendedel drak for meget alkohol. På en afdeling brugte man både taljemål og BMI for overvægt, og her var der et stort sammenfald, idet ni patienter havde begge dele, en havde alene for højt BMI og en alene for stort taljemål. Hos 29% (64 ud af 220) blev mindst et spørgsmål om underernæringsrisiko (A1-A4) besvaret positivt og ville i praksis medføre en videre indsats. For spørgsmålene om overvægt (B1-B2) gjaldt det for 35% (77 ud af 220).

Overalt observeredes en indlæringskurve. Journalgennemgang og besvarelse tog 3-10 minutter for den første journal og endte med at tage 0,5-2 minutter for de sidste; længst tid, når dokumentationen var spredt i journalmaterialet, især for kombineret papirjournal og elektronisk journal.

Diskussion

Undersøgelsen viste, at de involverede afdelinger gennemfører identifikation i dag for underernæringsrisiko og overvægt hos omtrent 50% af patienterne, sjældnere for fysisk aktivitet, men hyppigere for tobak og alkohol, hvor andelen kommer tæt på målopfyldelsen på 80%, der ofte anvendes ved kvalitetssikring [5]. Resultaterne svarer til andre opgørelses resultater [6, 7].

Ni af de 11 spørgsmål blev fundet brugbare i den kliniske hverdag efter små justeringer. Spørgsmålene fungerede efter hensigten, dvs. de var egnede til at identificere tilstedeværelse eller fravær af risikofaktorer med hos langt størstedelen af patienterne, og man var vant til at håndtere problematikken for de resterende mindre patientgrupper. Dog registreredes et af de ni spørgsmål (C2) i forvejen rutinemæssigt ved udskrivelser iht. lov.

Derimod fandt speciallægerne, at spørgsmål C3 om behov for øvrigt træningsprogram ikke var brugbart. C3 var inddraget efter høringsrunden ud fra et tænkt scenario med en til-

skadekommet eliteidrætsudøver. Det var imidlertid ikke genkendeligt i klinikken. De fleste havde alligevel besvaret C3 i pilotimplementeringen, men svarene for C3 og C2 var helt ens. Det var således ikke et problem at besvare C3, men derimod at skelne det fra C2. Kun på en enkelt afdeling anvendte man taljemål (B2) til at vurdere overvægt med, mens BMI var væsentlig mere udbredt. BMI indgik også i underernæringsrisikoen (A1), mens taljemåling ville kræve en ekstra indsats. Der er dog påvist en bedre sammenhæng mellem forøget taljemål og sygelighed/død end mellem forhøjet BMI og sygelighed/død [8], og det bør formentlig indgå på linje med eller i stedet for BMI. Desværre overses muligheden for behandling og forebyggelse af overvægt hyppigt i sundhedsvæsenet [9]. Det er vigtigt at adskille overvægt fra underernæring [10, 11]. Begge kan være til stede samtidig, og så bør den kliniske indsats først fokusere på underernæringen.

Terminologien vekslede i nogle af spørgsmålene. Den er efterfølgende ændret, undtagen for A4 om sundhedsfaglig vurdering af stressmetabolisme, fordi terminologien her allerede anvendes nationalt og internationalt i anbefalinger og kliniske retningslinjer [2].

Dokumentation tager tid, også i dette tilfælde med forenklet registreringen. Der kan muligvis spares tid ved anvendelse af den strukturerede tilgang med de kliniske spørgsmål. Den egentlige gevinst for den enkelte patient, hospitalet og sundhedsvæsenet ligger dog efterfølgende ved en hurtigere klinisk beslutningsproces med målrettet intervention efter behov, mindre kompliceret patientforløb på kort sigt og flere gode leveår på lang sigt [1-5]. På baggrund af speciallægernes forbløffelse over manglende journaldokumentation er der i nogle tilfælde behov for nye traditioner, mens der i andre blot sker en sikring af dokumentation for allerede indhentede oplysninger. Deres ensartede opfattelse af brugbarhed og implementering i de nuværende rutiner tyder dog på, at ekstraarbejdet vil være lille.

Sundhedsstyrelsen arbejder på at synliggøre registrering af risikofaktorerne i Landspatientregistret, kliniske databaser og udskrivningspapirer for at understøtte det sammenhængende patientforløb.

Fokus på basalregistrering af risikofaktorer kan medføre, at kræfterne kun bruges på at beskrive forekomsten frem for på at opnå kvalitet i den leverede intervention. Dette kan der dog let tages højde for ved at koble den økonomiske afregning til den efterfølgende intervention i stedet for at koble taksten til identifikation af risikofaktoren. Herved opnås en kvalitetsbaseret afregning. En arbejdsgruppe under WHO har påvist, at der ikke er tekniske barrierer mod at integrere sådanne forebyggelsesaktiviteter i de nuværende afregningssystemer i Europa, USA og Canada [12].

Herhjemme er der etableret kvalitetsbaserede forebyggelses-koder til registrering af interventionen på baggrund af et udviklingsarbejde under Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark, hvilket understøttes af en international evaluering

Tabel 2. Som konklusion på pilotimplementeringen fremstår nedenstående kliniske spørgsmål til brug under tæt opfølgning i den kliniske hverdag.

Underernæring (blot et positivt svar udløser registreringskode)

A1: Er patientens *body mass index* under 20,5 kg/m²?

A2: Har patienten haft et vægttab i de seneste tre måneder?

A3: Har patienten haft nedsat kostindtag i den seneste uge?

A4: Er patienten svært syg (dvs. stressmetabol)?^a

Overvægt (positivt svar udløser registreringskode)

B1: Er patientens *body mass index* over 25 kg/m²?

Fysisk inaktivitet (positivt svar udløser registreringskode)

C1: Er patienten fysisk aktiv i under en halv time om dagen?^b

Tobak (positivt svar udløser registreringskode)

D1: Ryger patienten dagligt?

Alkohol (positivt svar udløser registreringskode)

E1: Drikker patienten over de anbefalede genstandsgrænser (14 om ugen for kvinder, 21 om ugen for mænd)?

a) Uddybende information: Stressmetabol grad 3, f.eks. kranietraumer, over 50% forbrænding, svær akut pankreatitis, sepsis og behov for intensiv behandling.

b) Moderat intensitet, hvor pulsen kommer op, f.eks. gåture, cykling og træning.

[13]. Sundhedsstyrelsen følger udbredelsen af forebyggelses-koderne, og i det første år efter etableringen (2005) blev de anvendt over 50.000 gange.

Den basale registrering i dette projekt opfylder kravene til indikatorer iht. de internationale WHO-standarder for forebyggelse på sygehus [14], og Sundhedsstyrelsen har haft kontakt til Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet undervejs for at sikre overensstemmelse med Den Danske Kvalitetsmodel [10], så registreringen utvungent kan indgå i hospitalernes kvalitetsmonitorering.

Det er hensigtsmæssigt at evaluere nye registreringer, klassifikationer, indikatorer etc. klinisk mhp. opkvalificering, men området har kun en ringe udbygget forskningsmetodologi og tilhørende statistik eller retningslinjer. Den anvendte metode er derfor beskrevet grundigt.

Undersøgelsens resultater kan formentlig udbredes til de fleste kliniske afdelinger med voksne patienter. Fremover vil identifikationen af risikofaktorerne forventeligt ske ved, at spørgsmålene stilles til patienten ved journaloptagelsen eller fremsendes med indkaldelsesbrevet, og registreringen gennemføres samtidig eller ved afslutning af patientforløbet som i undersøgelsen her. Undersøgelsen har ikke omfattet denne fremtidige situation, herunder patienternes egen forståelse og besvarelse. Spørgsmålene ligger dog tæt op ad, hvad der allerede fremsendes til patienterne inden første kontakt til hospitalet og til borgere i populationsundersøgelser [15]. Implementering bør opfølges via hospitalernes kvalitetsarbejde eller Landspatientregistret.

Den basale registrering reducerer data i forhold til den kompleksitet og detaljegråd, der ofte ønskes i forskning. Til gengæld genereres der hurtigere et større og systematisk indsamlet datasæt til brug for forebyggelsesforskning og planlægning. Den enkelte afdeling kan supplere med alle ønskelige

detaljer. Resultaterne kan måske også anvendes i primærsektoren forudgået af ny testning, relevant justering og tæt opfølgning. Fælles opsamling af erfaringer og ny viden kunne iværksættes på en særlig hjemmeside f.eks. i Sundhedsstyrelsens regi mhp. modifikation, efterhånden som praksis og ny evidens giver anledning hertil.

Konklusionen på undersøgelsen ses i **Tabel 2** og bør indgå i Sundhedsstyrelsens videre arbejde med fælles anbefalinger på området.

Korrespondance: *Hanne Tønnesen*, WHO-CC/KESF, Bispebjerg Hospital, DK-2400 København NV. E-mail: hanne.tonnesen@bbh.regionh.dk

Antaget: 19. november 2007

Interessekonflikter: Projektet er finansieret af Sundhedsstyrelsen (projekt PRIK) og IMK Almene Fond

Taksigelser: Overlæge, dr.med. *Claus Høgdall*, Gynækologisk Klinik, Juliane Marie Centret, Rigshospitalet, takkes for hjælp med dataindsamling fra afdelingen. Projektleder *Inge Kobberø*, H:S Direktionen takkes for hjælp med dataindsamling i form af kommentering. Sundhedschef, dr.med. *Ane Friis Bendix*, Frederiksberg Kommune, overlæge, dr.med. *Henrik Højgaard Rasmussen*, Århus Sygehus og overlæge *Jens Peter Korndrup*, Ålborg Sygehus takkes for udarbejdelsen af de sundhedsfaglige oversigter, der danner grundlaget for denne undersøgelse.

Litteratur

1. Pedersen BK, Saltin B. Fysisk Aktivitet – Håndbog om forebyggelse og behandling. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse, 2003.
2. Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundhed I Danmark. København: Statens Institut for Sundhed, 2006.
3. ESPEN Guidelines: www.espen.org/ okt 2007
4. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Amdradsforeningen. Den offentlige indsats på alkoholområdet. København: Schultz Grafisk, 2002.
5. Sundhedsstyrelsen. Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet – Modelbeskrivelse. København: Sundhedsstyrelsen, 2004.
6. Møller AM, Tønnesen H. Smoking and alcohol intake in surgical patients: identification and information in Danish surgical departments. *Eur J Surg* 2001;167:650-1.
7. Joint Commission International Accreditation. Official report of survey findings. København: Bispebjerg Hospital, 2005. [http://bbhinet/bbhinet/Kvalitet.NSF/b8160d181fcf1171c1256df0004656e7/5d83e7a289754f65c1256fc0005c5787/\\$FILE/Bispebjerg_2005%20Final%20Report.doc](http://bbhinet/bbhinet/Kvalitet.NSF/b8160d181fcf1171c1256df0004656e7/5d83e7a289754f65c1256fc0005c5787/$FILE/Bispebjerg_2005%20Final%20Report.doc) /okt 2007.
8. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S. Obesity and the risk of myocardial infarction in 27.000 participants from 52 countries. *Lancet* 2005;366:1640-9.
9. Fedmekirurgi i Danmark. København: Sundhedsstyrelsen, Enhed for planlægning, 2005.
10. Kondrup J, Allison SP, Eliba M et al. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clin Nutr* 2003;22:415-21.
11. Rasmussen HH, Kondrup J, Staun M et al. Prevalence of patients at nutritional risk in Danish hospitals. *Clin Nutr* 2004;23:1009-15.
12. Grøne O, Tønnesen H. Reimbursing health promotion services in hospitals through diagnosis-related groups. Technical Paper. WHO – Collaborating Centre for Evidence-Based Health Promotion in Hospitals 2005. www.WHO-CC.dk/ okt 2007.
13. Tønnesen H, Christensen ME, Grøne O et al. An evaluation of a model for the systematic documentation of hospital-based health promotion activities: results from a multicentre study. *BMC Health Serv Res* 2007;7:145. [Epub ahead of print]
14. Grøne O. Implementing health promotion in hospitals: Manual and self-assessment forms. Geneva: WHO Regional Office for Europe, 2006.
15. Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen (SUSY) 2005. www.si-folkesundhed.dk/Forskning/Befolkningens%20sundhedstilstand/SUSY/Susy%202005.aspx /okt 2007.