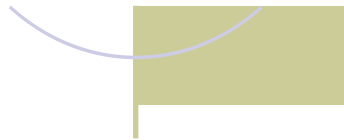


Rettidig omhu eller utidig indblanding

Politik for forebyggelse i almen praksis



Indholdsfortegnelse

Forebyggelse skal virke, ellers giver det ikke mening	3
Med regeringens sundhedsprogram som afsæt	3
Andre forebyggelsesområder	4
Sådan forebygger vi i praksis	4
Motion som lægemiddel – et område i vækst.....	5
Serios forebyggelse kræver hyppig efteruddannelse	6
Specifikke indsatsområder i relation til regeringens sundhedsprogram	6
Livsstilefaktorer	7
Rygning	7
Alkohol.....	9
Fysisk aktivitet	11
Kost og overvægt	13
Kroniske forebyggelige ”folkesygdomme”	15
Type 2-diabetes	15
Forebyggelige kræftsygdomme	17
Hjerte-kar sygdom	19
Muskel- og skeletsygdomme	21
Knogleskørhed.....	23
Overfølsomhedssygdomme.....	25
Psykiske sygdomme.....	26
Rygerlunger (Kronisk Obstruktiv Lungesygdom - KOL)	28
Vejen frem for en styrket forebyggelsesindsats i almen praksis	30

Forebyggelse skal virke, ellers giver det ikke mening

Forebyggende arbejde i almen praksis har stor bevågenhed både politisk og i medierne. Antallet af kronisk syge er stigende på grund af udviklingen inden for de såkaldte livsstilssygdomme. Praktiserende læger har tradition for at arbejde med forebyggelse på individuelt niveau, men indsatsen skal intensiveres og koordineres bedre med den forebyggelsesindsats, der sker både inden for og udenfor sundhedssektoren.

Resultatet af forebyggelsesindsatsen skal kunne måles i forøget levetid, i bedre livskvalitet og ikke mindst i en opbremsning i udviklingen af livsstilssygdomme. Forebyggelse kan ikke ses som en isoleret indsats, der rettes mod borgeren alene ved sundhedsvæsenets indsats. Det er vigtigt at se på forebyggelse som en udfordring for hele velfærdssamfundet.

P.L.O. og DSAM ønsker med dette papir at anskueliggøre nogle af de væsentlige pejlemærker almen praksis vil navigere efter, når vi i de kommende år skal justere og følge kursen for en mere udbygget og bedre koordineret forebyggelsesindsats, der fortsat har patienten i centrum.

Med regeringens sundhedsprogram som afsæt

Regeringen opfordrer med sundhedsprogrammet "Sund hele livet" til et bredt samarbejde om en bedre sundhed for alle danskere. PLOs og DSAM's Sundheds- og Forebyggelsesudvalg har udarbejdet et oplæg, der, med udgangspunkt i regeringens sundhedsprogram, beskriver de aktiviteter og muligheder, som alment praktiserende læger med deres centrale rolle i sundhedssektoren har for at forbedre borgernes sundhed.

De risikofaktorer, som almen praksis især beskæftiger sig med, er:

- Rygning
- Alkohol
- Kost
- Fysisk aktivitet
- Svær overvægt

Regeringens folkesundhedsprogram omtaler yderligere tre risikofaktorer – ulykker, arbejdsmiljø og miljøfaktorer. Disse faktorer beskrives ikke yderligere her, da almen praksis ikke har indflydelse på disse forhold.

De 8 folkesygdomme, som omtales i "Sund hele livet", er:

- Type 2-diabetes (tidligere fejlagtigt omtalt som gammelmandssukkersyge)
- Forebyggelige kræftsygdomme
- Hjerte-kar-sygdom
- Knogleskørhed
- Muskel- og skeletlidelser

- Overfølsomhedssygdomme
- Psykiske lidelser
- Rygerlunger

Folkesygdomme som iskæmisk hjertesygdom, type 2-diabetes, rygerlunger (i fagsprog kaldet KOL - kronisk obstruktiv lungesygdom), psykiske lidelser og overfølsomhedssygdomme udgør en væsentlig del af patientkontakterne i almen praksis. Disse patienter opspores, behandles og kontrolleres efterfølgende af de praktiserende læger. Almen praksis har i alt 34,9 millioner kontakter om året og kun 10 % af patienterne henvises til det øvrige sundhedsvæsen, herunder andre speciallæger, sygehuse, fysioterapeuter, kiropraktorer etc.

Andre forebyggelsesområder

En række andre forebyggelsesområder i almen praksis er ikke omtalt i regeringens folkesundhedsprogram og beskrives derfor ikke detaljeret i dette politikpapir.

Flere af disse områder er omfattet af overenskomster, der er indgået mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og P.L.O. og omfatter graviditetsundersøgelser, børneundersøgelser, vaccination, antikonception og screening for livmoderhalskræft, og i nogle amter screening for brystkræft (lokale aftaler). Inden for disse forebyggelsesaftaler har der traditionelt været arbejdet meget med forebyggelse, vejledning af gravide om livsstilsfaktorerers betydning for fosteret, børns udvikling etc. I de kommende år vil der være øget fokus på prænatal vejledning, som vil følge Sundhedsstyrelsens vejledning og den kommende vejledning fra DSAM.

Almen praksis arbejder desuden med den type forebyggelse, der ligger uden for overenskomstaftaler, som fx vaccination og vejledning ved udlandsrejser og influenzavaccination af ældre og risikopatienter.

Flere holdningsundersøgelser har bekræftet, at lægerne opfatter forebyggelse som en naturlig del af deres arbejde. Almen praksis fik – med Landsoverenskomsten, som trådte i kraft 1. april 2003 - mulighed for at styrke den forebyggende indsats, fx i forbindelse med kontrol af kronisk syge patienter. Overenskomsten giver mulighed for at anvende klinikpersonale, som under læges ansvar foretager konsultationer om fx forebyggelse og mindre undersøgelser såsom blodtryksmåling, vægtkontrol og hjælp til rygeophør.

Sådan forebygger vi i praksis

I den nye målbeskrivelse for specialeuddannelsen i almen medicin er der beskrevet syv roller, som skal beherskes for at blive speciallæge. Rollen som **sundhedsfremmer** er en af de syv roller. Her skal den praktiserende læge være problempåpegnende og vejlede og rådgive patienterne i livsstils-sygdomme ud fra pædagogiske principper. Foruden at benytte sig af konkrete redskaber som ”den motiverende samtale”, der er specielt udviklet til

almen praksis, anvender den praktiserende læge også kliniske vejledninger, som blandt andet er udarbejdet af DSAM. Vejledningerne har i vidt omfang dannet grundlag for efteruddannelses- og kvalitetsudviklingsaktiviteter lokalt og centralt. Flere af vejledningerne indgår i Landsoverenskomsten mellem PLO og Sygesikringens Forhandlingsudvalg. Af eksisterende vejledninger, som er udarbejdet med tværfaglig repræsentation fra øvrige speciallægeselskaber, kan nævnes:

- Type 2-diabetes
- Forebyggelse af iskæmisk hjertesygdom
- Osteoporose
- Demens
- Depression
- Urininkontinens
- Den motiverende samtale
- Palliativ behandling
- Vejledninger om ryglidelser, blødningsforstyrrelser, prænatal vejledning og overvægtige førskolebørn er under udarbejdelse

Desuden har Audit Projekt Odense¹ udgivet vejledninger om:

- astma
- allergiske lidelser

Motion som lægemiddel – et område i vækst

Motion har en meget væsentlig betydning i forhold til velvære og forebyggelse og har en gunstig effekt på en række folkesygdomme. Motion kan anvendes som eneste behandlingsmetode eller kan supplere medicinsk behandling. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at voksne motionerer mindst ½ time dagligt, og at børn får minimum en times motion om dagen. Det kan synes næsten overflødig, at man skal opmuntre patienterne til at bevæge sig. Ikke desto mindre har det vist sig, at det er nødvendigt at sætte fokus på motion som en faktor, der spiller en væsentlig rolle, når man ser på patientens muligheder for at have indflydelse på sin helbredstilstand.

P.L.O.s og DSAM's Sundheds- og Forebyggelsesudvalg har i samarbejde med Komiteen for Sundhedsoplysning udgivet en "Motionsmanual", og der

¹ Kvalitetsudvikling efter Audit Projekt Odense (APO)-metoden er i de seneste år blevet tiltagende populær blandt praktiserende læger i Norden. APO blev lanceret i 1989 med det formål at skabe et let håndterligt instrument til kvalitetsudvikling i almen praksis. APO-metodens fundament er en kvalitetscirkel, hvor det altid er frivilligt at deltage. Følgende komponenter indgår i flertallet af APO-cirkler: registrering af lægens egen aktivitet, opfølgings- og kursusaktivitet og en evaluering på baggrund af en slutregistrering, som finder sted 1-2 år efter, at et givet projekt starter.

er udviklet en elektronisk udgave af en "Motionsrecept", som ligger frit tilgængelig på P.L.O.s hjemmeside. Endvidere arbejdes der med afledte manualer, der mere målrettet forholder sig til de otte folkesygdomme.

Arbejdet med motion som lægemiddel har derudover betydet, at man i en lang række amter og kommuner har taget idéen til sig, så den forebyggende indsats også involverer forebyggelseskonsulenter, fysioterapeuter, lokale sportsforeninger osv.

Seriøs forebyggelse kræver hyppig efteruddannelse

De praktiserende læger deltager generelt aktivt i efteruddannelse. Siden 1995 har der, via overenskomsten, været midler til hver enkelt praktiserende læge i Efteruddannelsesfonden. Tal herfra viser, at lægerne gennemsnitligt efteruddanner sig godt 13 dage om året. Heraf udgør den lægearrangerede efteruddannelse et stigende antal dage - i gennemsnit 7,6 dage.

I alle amter er der ansat to efteruddannelsesvejledere, der har igangsat, inspireret og støttet uddannelsen af gruppeledere til at være ansvarlige for mindre, lokale efteruddannelsesgrupper.

PLO og DSAM har sammen udviklet et værktøj til målrettet efteruddannelse - en personlig læringsplan, PLP - som hjælper den enkelte læge, evt. i samarbejde med en kollega, til at indkredse de områder, hvor lægen har størst behov for efteruddannelse.

Specifikke indsatsområder i relation til regeringens sundhedsprogram

Aktuelt arbejder flere forskergrupper og tværfaglige arbejdsgrupper med initiativer til at bedre indsatsen overfor patienter med risikoadfærd. En foreløbig kortlægning af de forebyggelsesinitiativer, der allerede foretages af de praktiserende læger, viser, at der arbejdes seriøst med forebyggelse - men ikke overraskende - at der er en lang række steder, hvor indsatsen skal skærpes, hvis den skal virke efter hensigten. Af de udpegede indsatsområder er de praktiserende læger involveret i de forebyggelsesområder, der beskrives efterfølgende opdelt i to hovedgrupper, livsstilsfaktorer og kroniske, forebyggelige folkesygdomme.

Livsstilefaktorer

Rygning

Baggrund:

Tobaksrygning koster hvert år 12-13.000 danskere livet.

Livstids-rygere lever i gennemsnit 7-9 år kortere end aldrig-rygere.

Livstids-rygere er alvorligt påvirket af sygdom i 13 år, mens det for ikke-rygere er 8 år.

Beregningsskøn viser, at en mandlig ryger koster samfundet ca. 150.000 kroner i direkte udgifter og over 350.000 kroner i indirekte udgifter fra han er 35 til 89 år. En tilsvarende ikke-ryger koster henholdsvis 75-100.000 kroner og ca. 200.000 kroner.

Kilde: "Sund hele livet", regeringens sundhedsprogram, 2002.

Status – hvad gør de praktiserende læger i dag

- Praktiserende læger spørger til rygevaner i forbindelse med en konkret henvendelse vedrørende livsstilssygdomme som fx hjerte-kar-sygdomme og lungesygdomme.
- Mange læger udfylder sammen med patienten et forebyggelsesskema med bl.a. oplysninger om rygevaner.
- I flere amter deltager både læger og praksispersonale i kurser om rygestopmetoder.
- Praksis kan henvise patienterne til anden hjælp – det kan fx være telefonrådgivning, kurser i rygeafvænning bl.a. på apotekerne eller på internettet.
- Lægen kan vælge at anvende et nikotinafhængighedsskema, men dette værktøj er ikke specifikt udarbejdet til den dialog, læge og patient har med hinanden. Desuden mangler der viden om effekten af nikotinsubstitution og betydningen af, om patienten skal have det på recept eller blot kan købe det i håndkøb.

Mål:

De praktiserende læger ønsker at prioritere opsporing og behandling af rygere for at motivere flere patienter til vedvarende rygeophør

- Patientens eget vidensniveau og udbredelsen af røgfrie områder fremmer patientens motivation for at indgå i et samarbejde om rygeophør. Der bør derfor fortsat løbende informeres om rygningens skadelige effekter over for hele befolkningen, især over for unge.

- Alle praktiserende læger bør - sammen med patienten - udfylde et fo-
rebyggelseskema, herunder oplysninger om rygevaner, der opbevares
i journalen med henblik på senere opfølgning.
- Når patienten er åben over for at ændre livsstilsvaner, bør alle læger
tilbyde en samtale om rygeophør.
- Når en patient er motiveret for at tale om rygeophør, aftales der i fæl-
lesskab en handlingsplan, hvor der lægges vægt på patientens egen
indflydelse på og ansvar for rygeafvænningen.
- Lægerne bør, med udgangspunkt i DSAM's vejledning, tilbydes flere
efteruddannelsestilbud om træning i den motiverende samtale, som
har fokus på, hvordan lægen bedst rådgiver en person til at ændre
adfærd.
- Alle læger bør have mulighed for at henvise patienterne til rygestop-
kurser, enten i egen praksis eller andre steder.
- Udskrivningsbreve fra sygehuse og tilbagemelding til egen læge fra
speciallæger bør indeholde oplysninger om patientens rygevaner og
om evt. informationer og tilbud vedrørende rygeafvænnning.
- Der skal skaffes aktuel og valid viden om metoder til at vurdere pati-
enters rygemønster og om effektive metoder til at holde op med at ry-
ge. Dette gælder for både pædagogisk/terapeutiske og medikamentel-
le metoder.
- Ethvert middel og forslag anbefalet metode bør dokumenteres før det
anvendes.

Alkohol

Baggrund:

Danske unge drikker mere og hyppigere end andre europæiske unge.

Blandt voksne danskere drikker 500.000 mere end Sundhedsstyrelsens anbefalede genstandsgrænser.

Der er omkring 200.000 alkoholafhængige i Danmark.

Alkohol koster ca. 2.600 danskere livet og samfundet 10 milliarder kroner.

Mindst 60.000 børn mellem 0 og 18 år vokser op i en familie med misbrug.

Kilde: "Sund hele livet", regeringens sundhedsprogram, 2002.

Status – hvad gør de praktiserende læger i dag

- Praktiserende læger spørger til alkoholforbrug i forbindelse med en konkret henvendelse som fx ved overvægt, maveproblemer eller sociale problemer.
- Nogle praktiserende læger spørger generelt til livsstilsproblemer med henblik på at udfylde et forebyggelsesskema og søger herunder at af-dække et evt. overforbrug af alkohol.
- Praktiserende læger følger Sundhedsstyrelsens anbefalinger, når de orienterer og rådgiver om alkohol i relevante situationer.
- Praktiserende læger tilbydes kurser i at håndtere alkoholproblemer. Kurserne afholdes på forskellige niveauer, oftest på amtsniveau og i lokale efteruddannelsesgrupper ("12-mandsgrupper"). Praksisforskning har vist, at de færreste læger er interesseret i større kurser om alkoholafvænning alene. De foretrækker kurser, hvor de – mere generelt - bliver trænet i, hvordan de rådgiver patienten i at gennemføre ændringer, som fører til sundhedsfremmende adfærd.
- Der findes ingen national faglig vejledning specielt beregnet til almen praksis, om hvordan man bedst håndterer alkoholproblemer, men der findes vejledninger fx på Sundhed.dk og Medi-Box (elektronisk noteapparat til almen praksis, udgivet af Månedsskrift for Praktisk Lægegering).

Mål:

De praktiserende læger ønsker at prioritere opsporing og behandling af patienter med alkoholproblemer for at kunne motivere flere patienter til fornuftige alkoholvaner, herunder også unge.

- De praktiserende læger ønsker generelt en større succesrate i forhold til behandling af patienter med alkoholproblemer.

- Alle praktiserende læger bør sammen med patienten udfylde et forebyggelseskema, som indeholder oplysninger om alkoholvaner. Schemat opbevares i journalen med henblik på senere opfølgning.
- Når patienten er åben over for at ændre livsstilsvaner, bør alle læger tilbyde en samtale om bl.a. alkohol.
- Når en patient er motiveret for at tale om alkoholproblemer, aftales i fællesskab en handlingsplan, hvor der lægges vægt på patientens egen indflydelse på og ansvar for forløbet.
- Lægerne bør, med udgangspunkt i DSAM's vejledning, tilbydes efteruddannelses tilbud om træning i den motiverende samtale, som har fokus på, hvordan lægen bedst rådgiver en person til at ændre adfærd.
- De kommende regioners koordinering af tilbuddene på alkoholområdet bør styrkes og i højere grad inddrage primærsektoren, herunder også kommunerne, da nogle patienter med alkoholproblemer også har sociale problemer.
- Tilbud om efteruddannelse bør ikke begrænses til det faktuelle om alkoholproblemers afdækning, behandling og visitering. Tilbuddet bør udvides til at omfatte træning i at gennemføre den motiverende samtale.
- Der bør laves lokale forløbsbaserede vejledninger om visitation og behandlingstilbud til patienter med alkoholproblemer.
- Forskning i, hvordan alkoholproblemer bedst håndteres i primær- og sekundærsektoren bør styrkes, og de almenmedicinske forskningsmiljøer bør inddrages.

Fysisk aktivitet

Baggrund:

20-30 % af befolkningen er så fysisk inaktive, at det indebærer en sundhedsrisiko.

Fysisk inaktive har dobbelt så stor risiko for tidlig død som fysisk aktive.

Antallet med stillesiddende arbejde er steget fra 33 % i 1987 til 37 % i 2000.

Personer med stillesiddende arbejde kompenserer ikke ved at være mere fysisk aktive i fritiden.

Deltagelse i fysisk aktivitet har stærk sammenhæng med uddannelse og indkomst.

Kilde: "Sund hele livet", regeringens sundhedsprogram, 2002.

Status – hvad gør de praktiserende læge i dag

- De praktiserende læger møder dagligt flere patienter hvor ringe fysisk aktivitet er en direkte eller medvirkende årsag til livsstilssygdomme. Fysisk aktivitet kan i sig selv eller sammen med medicin forebygge eller forhale en sygelig udvikling. Det er en udbredt holdning blandt praktiserende læger, at det er bedre at starte med at ændre livsstil, i stedet for straks at behandle med medicin.
- Praktiserende læger spørger til fysisk aktivitet i forbindelse med en konkret henvendelse om fx overvægt, hjerte-kar-sygdomme og diabetes.
- Nogle praktiserende læger udfylder sammen med patienten et forebyggelsesskema, hvor der bl.a. spørges til omfanget af fysisk aktivitet. Skemaet gemmes i journalen med henblik på senere opfølgning.
- PLO og DSAM's Sundheds- og Forebyggelsesudvalg afholdt i november 2001 i samarbejde med Forum for Motion konferencen: "Motion – fremtidens lægemiddel". Det blev besluttet, at alle de gode indlæg på konferencen, skulle udmøntes i en "handout" til de praktiserende læger.
- PLO, DSAM og Komiteen for Sundhedsoplysning udgav herefter Motionsmanualen, som er sendt ud til de praktiserende læger nov. 2003. Manualen giver de praktiserende læger en god indgang til - sammen med patienten - at ændre arbejdsdagen og fritiden til at være mere fysisk aktiv.
- Herudover indeholder manualen et motionskatalog, som primært er lavet til Hillerød Kommune, men som udmærket kan bruges som skabelon for andre kommuner, så borgerne/patienterne kan komme netop derhen, hvor deres yndlingsmotion findes.

- Foruden Motionsmanualen er der udviklet en Motionsrecept, hvor lægen og patienten sammen kan lave et individuelt motionsprogram via internettet. Motionsrecepten er gratis og kan frit benyttes af alle og kan ses på www.plo.dk/forebyggelse

Mål:

De praktiserende læger ønsker at prioritere samtale om fysisk aktivitet for at motivere flere til at påvirke deres risikoprofil i gunstig retning.

- Borgerrettede informationskampagner om betydningen af fysisk aktivitet og motionstilbud bør styrkes for fortsat at påvirke borgerens motivation i gunstig retning.
- Alle praktiserende læger bør sammen med deres patienter udfylde et forebyggelsesskema, hvor der bl.a. spørges til omfanget af fysisk aktivitet. Skemaet bør gemmes i journalen med henblik på senere opfølgning.
- Der er behov for at øge henvisningsmulighederne til andre interessenter som fx diætister, fysioterapeuter, sundhedsplejersker. Motion på recept bør udvides til alle amter. Det kan afgøres lokalt, hvilke patienter man ønsker at henvise til de forskellige motionstilbud.
- Kommunale og andre motionstilbud i nærmiljøet bør styrkes, bl.a. via idrætskonsulenter og idrætsforeninger.
- P.L.O. og DSAM samarbejder med bl.a. Sundhedsstyrelsen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Danske Fysioterapeuter om en øget, koordineret indsats på området. De kommende storkommuner bør også inddrages i dette arbejde.

Kost og overvægt

Baggrund:

Sund kost har stor betydning for at fremme og bevare et godt helbred og for at forebygge overvægt og kostrelaterede sygdomme som hjerte-kar-sygdomme, type 2-diabetes, visse kræftformer og knogleskørhed.

Fedtindholdet i danskernes kost er fortsat for højt, selvom fedtenergiprocen-ten fra 1995 til 2000/2001 er faldet fra 37 % til 33 %. Det anbefalede mak-simum er 30 %.

Andelen af voksne danskere, der spiser de anbefalede 600 gram frugt og grønt om dagen, er steget fra 4 % i 1995 til 11 % i 2000/2001. Andelen, der spiser under 200 gram frugt og grønt om dagen, er reduceret fra ca. 1/3 til ca. 1/4.

Kilde: "Sund hele livet", regeringens sundhedsprogram 2002.

Status - hvad gør de praktiserende læger i dag

- De praktiserende læger ser dagligt flere patienter med livsstilsrelate-rede problemer, heraf mange med overvægt. (WHO forudsiger, at 70 % af befolkningens sygdomme i 2020 vil være forårsaget af, hvordan man lever).
- De praktiserende læger tager initiativ til en samtale om kost og over-vægt ved konkrete henvendelser vedrørende fx overvægt, hjerte-kar-sygdomme, diabetes og slidgigt.
- Nogle læger vejer rutinemæssigt jævnligt deres patienter.
- Flere læger tilbyder kostvejledning og vægtkontrol i praksis, ofte ud-ført af praksispersonale. Nogle læger har desuden en diætist tilknyttet praksis.
- Den praktiserende læge kan anvende "Motionsmanualen", "Motions-recepten" og den kliniske vejledning "Den motiverende samtale".
- I Lægeforeningens efteruddannelsessekretariat, lægekredsforeninger-ne og den decentrale efteruddannelse er der kurser om kost og moti-on.
- Der er begrænsede muligheder for at henvise patienter med forstyrrel-ser i fedtstofskiftet og/eller med svær overvægt til en diætist.

Mål:

De praktiserende læger ønsker at prioritere tilbud om kostvejledning og vægttab for at bremse udviklingen i livsstilssygdomme og øge livskvaliteten.

- PLO og DSAM støtter og indgår konstruktivt i Indenrigs- og Sund-hedsministeriets og Sundhedsstyrelsens initiativer på området. Der

samarbejdes således konkret om patientrettede pjecer og vejledning om overvægtige førskolebørn.

- Alle praktiserende læger bør jævnligt veje deres patienter.
- Når en patient er åben over for at ændre livsstilsvaner, bør alle læger tilbyde en samtale om kost og overvægt.
- Når en patient er motiveret for at tale om kost og overvægt, aftales i fællesskab en handlingsplan, hvor der lægges vægt på patientens egen indflydelse på og ansvar for forløbet.
- Lægerne bør, med udgangspunkt i DSAM's vejledning, tilbydes flere efteruddannelsestilbud om træning i den motiverende samtale, som har fokus på, hvordan lægen bedst rådgiver en person til at ændre adfærd.
- Der bør tilbydes efteruddannelse om vejledning i kost og motion til både læger og praksispersonale.
- Der er behov for at øge henvisningsmulighederne til andre interessenter som fx diætister, fysioterapeuter, sundhedsplejersker. Motion på recept bør tilbydes i alle amter. Det kan afgøres lokalt, hvilke patienter man ønsker at henvise til de forskellige motionstilbud.
- Der bør i alle amter være mulighed for at henvise patienter med svær overvægt og lipid/kolesterolproblemer direkte til diætist.

Kroniske forebyggelige "folkesygdomme"

Type 2-diabetes

Baggrund:

100.000 – 150.000 danskere har fået diagnosticeret type 2-diabetes. Et lignende antal forventes at have sygdommen uden at vide det. Forekomsten af type 2-diabetes stiger betydeligt med alderen, og forekomsten af sygdommen er kraftigt stigende i befolkningen og forekommer i stadigt yngre aldersgrupper.

Type 2-diabetes medfører risiko for komplikationer og følgesygdomme som åreforkalkning, amputationer, apopleksi, blodprop i hjertet, nyreskader, blindhed, nerveskader, tidlig død og invaliditet. Udover de gener, som disse komplikationer medfører for den enkelte, er der også betydelige behandlings- og plejeudgifter forbundet med fx nyresvigt, amputationer og blindhed.

Kilde: "Sund hele livet", regeringens sundhedsprogram, 2002.

Status – hvad gør de praktiserende læger i dag

- Patienter med type 2-diabetes kontrolleres næsten alle hos de praktiserende læger, hvorimod de fleste af de ca. 25.000 patienter med type-1 diabetes følges i sygehusenes diabetesambulatorier. Praktiserende læger har således stor erfaring med den hastigt voksende patientgruppe med type 2-diabetes.
- Praktiserende læger undersøger risikopatienter for diabetes og informerer risikopatienter om den gavnlige effekt af at ændre deres usunde livsstil for at forebygge udvikling af diabetes.
- Diagnosticerede patienter kontrolleres løbende, og der informeres om betydningen af livsstilsændringer. Ved behov suppleres med medicinsk behandling. Patienterne informeres om betydningen af at følge kontrol hos egen læge, øjenlæge, fodterapeut etc. Patienter med komplicerede tilfælde henvises ofte til (kortvarig) kontrol på et diabetesambulatorium.
- DSAM har udsendt flere vejledninger om type 2-diabetes, senest i januar 2005. Den nye vejledning er baseret på den evidensbaserede viden, der er præsenteret i rapporten fra Sundhedsstyrelsens CEMTV enhed om type 2-diabetes. I den nye vejledning beskrives hvilke patientgrupper der indgår i risikogruppen for at udvikle diabetes, og der gives klare retningslinier for kriterierne for at stille diagnosen type 2-diabetes. Den nye vejledning indeholder opdaterede, evidensbaserede retningslinier for behandling af diabetes.
- Praktiserende læger finder ikke alle patienter med type 2-diabetes, og mange patienter kommer så sent til lægen, at de allerede har udviklet komplikationer. Behandlingen af de allerede diagnosticerede kunne være bedre, især kunne samarbejdet omkring diabetespatienten sektorerne imellem forbedres.

- I DSAM's diabetesgruppe på Fyn har man siden 1995 forsøgt at øge opsporingen af type 2-diabetes patienter og forbedre behandlingen af sygdommen hos de diagnosticerede ved at udvikle en tværfaglig og tværsektoriel samarbejdsmodel. Man har dannet samarbejdsnetværk mellem 3-4 diabetespraksiskonsulenter, en diabeteskoordinator og 5 diabetesambulatorier, og der er etableret en fælles diabetesdatabase. Resultaterne af indsatsen er lovende, og indsatsen har været omkostningsneutral pga. færre komplikationer.
- Sundhedsstyrelsen har, i forlængelse af regeringens nationale handlingsplan for diabetes fra 2003, etableret en diabetesstyregruppe med flere undergrupper, som arbejder nærmere med relevante områder som fx opsporing og registrering. DSAM er repræsenteret i alle disse grupper.

Mål:

De praktiserende læger ønsker at forbedre indsatsen omkring opsporing og behandling af patienter med type 2-diabetes.

- Alle praktiserende læger bør sammen med patienten udfylde et forebyggelsesskema, som gennemgås med jævne mellemrum. Dette skema kan sammen med blodtryksmålinger hjælpe til at identificere flere personer i risikogruppen, som kan udvikle diabetes.
- Der skal sikres en grundig implementering af den nye vejledning fra DSAM, herunder skal det bl.a. sikres, at både praktiserende læger og deres praksispersonale er bekendt med de nye retningslinier.
- Det tværfaglige samarbejde skal styrkes ved at udvikle diabetesnetværk lokalt/regionalt evt. med inspiration i modellen på Fyn.
- Efteruddannelsen af praktiserende læger og konsultationssygeplejersker skal styrkes.
- Der bør udbydes flere kurser i brugen af motiverende samtaler for at få patienter til mere varigt at ændre livsstil og følge behandlingen.
- Henvisningsmulighederne og samarbejdet med diætister bør øges.
- Muligheden for at anvende motion som lægemiddel skal gøres landsdækkende.
- De praktiserende læger skal tilbydes IT-redskaber, der kan bidrage til at vurdere udviklingen i antallet af diabetikere, og evaluere indsats og behandlingen af disse.

Forebyggelige kræftsygdomme

Baggrund

Hvert år får ca. 30.000 danskere konstateret en kræftsygdom, og ca. 15.000 danskere dør hvert år af en kræftsygdom. Det skønnes, at 39 % af kræfttilfældene hos mænd og 23 % hos kvinder kan forebygges.

Kræft er den sygdomsgruppe, der bevirker det største antal tabte leveår under 65 års-alderen.

Kilde: "Sund hele livet", regeringens sundhedsprogram, 2002.

Status – hvad gør de praktiserende læger i dag

- Praktiserende læger er opmærksomme på symptomer, som kunne være tegn på kræftsygdom og tilstræber hurtig udredning.
- Praktiserende læger informerer ved konkrete henvendelser om den mulige sammenhæng mellem udvikling af kræft og skadelige stoffer som fx alkohol, tobak og evt. hvilke miljøfaktorer, der kan have indvirkning på patienten.
- Praksiskonsulentordningen udfører, i enkelte amter, audits over tværsektorielle forløb for kræftpatienter for at identificere årsager til forsinkelser og fejl.
- Der er sat flere projekter i gang på de almenmedicinske forskningsenheder. Et af projekterne omhandler bl.a. mammografiundersøgelers indvirkning på kvinders opfattelse af livskvalitet.
- Der foretages screening for livmoderhalskræft, som følger de nationale og lokale retningslinier, og i enkelte amter foretages mammografi-screening.
- De praktiserende læger deltager i "gå-hjem-møder" om epidemiologi, forebyggelse og diagnostik af "de store kræftsygdomme".

Mål:

De praktiserende læger ønsker at prioritere indsatsen omkring forebyggelse, tidlig opsporing, behandling og rehabilitering inden for de hyppigste kræftsygdomme.

- De praktiserende læger kan bidrage til forebyggelsen af kræftsygdomme ved at udfylde et forebyggelsesskema sammen med patienten, som indeholder oplysninger om forbrug af tobak og alkohol, fysisk aktivitet og arbejdsmiljø.
- De praktiserende læger påtager sig gerne ansvaret for at være patientens guide og tovholder - også ved kræftsygdomme - for at sikre et sammenhængende patientforløb.
- Der bør udføres flere tværsektorielle audits for kræftpatienter.

- Det ville være ønskeligt, at der fortrinsvis udarbejdes web-baseret opdateret oplysningsmateriale til praktiserende læger om de store cancersygdomme. Det kan fx ske lokalt i samarbejde med praksiskonsulentordningen eller nationalt med Kræftens Bekæmpelse.
- Der bør tilbydes mere efteruddannelse til de praktiserende læger i epidemiologi, forebyggelse, diagnostik og behandling af ”de store kræftsygdomme” gennem et samarbejde med de lokale praksiskonsulenter og de onkologiske afdelinger.
- Den almenmedicinske forskning inden for kræftområdet bør styrkes. De praktiserende læger ønsker at opprioritere denne forskningsaktivitet og at sikre hurtig vidensdeling af resultaterne ved, at der etableres kompetencecentre i tilslutning til de tre almenmedicinske forskningsenheder.

Hjerte-kar-sygdom

Baggrund:

Mindst 200.000 har iskæmisk hjertesygdom. Det er den næsthyppigste dødsårsag i Danmark og årsag til mere end 1.000 tidlige dødsfald (under 65 år) om året. Hertil kommer en stor gruppe af patienter med risiko for at udvikle hjertesygdom. Patienter med diabetes udgør en væsentlig del heraf. Knap 140.000 indlæggelser årligt (13 % af samtlige indlæggelser og 17 % af det samlede sengedagsforbrug) betyder, at hjerte-kar-sygdom er en af de største sygdomsgrupper. Udgifterne til den medikamentelle behandling er stigende.

Kilde: "Sund hele livet", regeringens sundhedsprogram, 2002.

Bemærk: I Sund hele livet opereres med begrebet hjerte-kar-sygdom, men afsnittet omhandler primært iskæmisk hjertesygdom. I dette notat beskrives ligeledes primært iskæmisk hjertesygdom.

Status – hvad gør praktiserende læger i dag

- Praktiserende læger ser mange patienter med hjerte-kar-sygdomme og fokuserer på patientens livsstilsfaktorer og mulighederne for at ændre livsstil på en hensigtsmæssig måde.
- Mange henvendelser giver anledning til en samtale om livsstilsproblemer og risikoen for at udvikle hjerte-kar-sygdomme, herunder orientering om patientens risikoprofil.
- I den forbindelse benytter de praktiserende læger DSAM's vejledning i forebyggelse af iskæmisk hjertesygdom, som er kommet i en revideret udgave i 2002. En opdateret udgave er under udarbejdelse.
- I overenskomsten mellem P.L.O. og Sygesikringens Forhandlingsudvalg er der, foruden den almindelige forebyggelseskonsultation, oprettet en udvidet forebyggelseskonsultation, som specielt er rettet mod iskæmisk hjertesygdom, der relateres til ovennævnte vejledning.
- Praktiserende læger deltager i en fælles arbejdsgruppe under Dansk Kardiologisk Selskab med bl.a. kardiologer og karkirurger, for at udvikle fælles retningslinier inden for forebyggelse af iskæmisk hjerte-kar-sygdom.

Mål:

De praktiserende læger ønsker at prioritere opsporing, behandling og rehabilitering af patienter med hjerte-kar-sygdomme

- Alle praktiserende læger bør udfylde et forebyggelsesskema, der opdateres med regelmæssige mellemrum. Suppleret med blodtryksmåling skabes der hermed et bedre grundlag for at identificere risikopatienter.

- Implementering og brug af vejledningen - og den dertil knyttede konsultation - bør styrkes ved at tilbyde centrale og lokale efteruddannelseskurser med lokalt ansatte facilitatorer.
- De praktiserende læger ønsker at styrke arbejdet med brugen af risikovurderingsskemaer og forbedre de eksisterende skemaer.
- Forskningen i at udvikle redskaber til at initiere livsstilsændringer bør styrkes bl.a. gennem tværfagligt samarbejde med de grupper (fx diætister), der arbejder med livsstilsændringer.
- De praktiserende læger skal tilbydes kurser i brugen af den motive-rende samtale med henblik på: rygestop, kostændringer og motion.

Muskel- og skeletsygdomme

Baggrund:

16 % af voksne danskere har langvarige muskel- og skeletsygdomme (fx i form af ryg sygdom eller slidgigt) og ca. 50 % af befolkningen har inden for de seneste 14 dage haft gener eller besvær i muskler og skelet. Forekomsten af muskel- og skeletsygdomme har været stigende. Muskel- og skeletsygdomme er en af de hyppigste årsager til sygefravær og den næsthyppest årsag til helbredsbetiget førtidspension.

Kilde: "Sund hele livet", regeringens sundhedsprogram, 2002.

Status – hvad gør de praktiserende læger i dag

- Patienter med muskel- og skeletsygdomme udgør en af de hyppigste sygdomsgrupper i almen praksis, og gruppen er meget varieret. Som eksempler kan nævnes lænderygbesvær, slidgigt i knæ- og hofted og ømme nakke-skuldermuskler.
- I den daglige konsultation er den praktiserende læge nøgleperson/koordinator i tidlig diagnostik og forebyggelse af overbelastnings- og skadesproblemer i bevægeapparatet.
- Forudsætningen for den enkelte læge for at identificere, diagnosticere, behandle, rådgive og forebygge akutte/længerevarende muskel- og skeletlidelser er meget forskellige. Problemets mangfoldighed kræver, at den enkelte læge udbygger grunduddannelsen med supplerende kurser inden for emnet.
- Dansk Idrætsmedicinsk Selskab (DIMS), Dansk Selskab for Muskuloskeletal Medicin (DSMM) og Dansk Selskab for Akupunktur (DSfA) er tværfaglige, videnskabelige selskaber, som gennem systematiserede kurser og tilbud om diplomuddannelse, har relevante kursusrækker inden for området. Endvidere tilbydes løbende en række centrale (bl.a. på Lægedage) og lokale efteruddannelsestilbud.
- DSAM og Dansk Reumatologisk Selskab (DRS) har nedsat en arbejdsgruppe, der skal belyse samarbejdsflader og finde forslag til at bedre patientforløbet for patienter med muskel- og skeletsygdomme.

Mål:

De praktiserende læger ønsker at sikre hurtig og relevant udredning og optimal behandling af patienter med muskel- og skeletsygdomme.

- At styrke forskning, videre- og efteruddannelse i bevægeapparatet og dets sygdomme, gerne i et tættere samarbejde med de øvrige parter som fx arbejdsmedicinere, kiropraktorer og fysioterapeuter.
- De praktiserende læger behandler et meget stort antal patienter med muskel- og skeletsygdomme. Der bør udvikles værktøjer, som kan op-

samle data om effekten af behandlingen i primærsektoren. (Datafangstmodul via ICPC, tværfaglige audits etc.)

Knogleskørhed

Baggrund:

Op til 300.000 personer skønnes at have osteoporose i varierende grad. 10.000–12.000 personer får årligt brud i lårbenshals, et lignende antal får brud i ryggen og endnu flere får brud i håndled. Det skønnes, at omkring halvdelen af disse brud skyldes osteoporose. Den samlede livstidsrisiko for et osteoporotisk brud er for en 50-årig kvinde 30-40 %. Risikoen for mænd er betydeligt lavere, men i stigning. Dødeligheden et år efter førstegangsindlæggelse for hoftebrud er 20 %. Hoftebrud alene beslaglægger årligt 300.000 sengedage på sygehusene og kræver betydelige humane og økonomiske ressourcer i den kommunale sektor til hjemmepleje og genoptræning.

Kilde: "Sund hele livet", regeringens sundhedsprogram, 2002.

Status – hvad gør de praktiserende læger i dag

- Praktiserende læger ser ofte patienter med risiko for at udvikle osteoporose.
- Ved konkrete henvendelser orienteres patienten om risikoen for at udvikle sygdommen, fx ved spiseforstyrrelser og undervægt.
- Der informeres i relevante situationer om betydningen af kost og motion.
- I 2002 udgav DSAM en klinisk vejledning om diagnostik og behandling af osteoporose, som anvendes af de praktiserende læger.
- Risikopatienter henvises af lægen til knogleskanning for osteoporose, hvor dette er muligt. Ved den opfølgende samtale kan patienten enten få tilbudt instruktion i livsstilsændring og/eller i sværere tilfælde tilbydes medicinsk behandling.

Mål:

De praktiserende læger ønsker at styrke indsatsen for at opspore og behandle osteoporose hos risikopatienter for at undgå så mange knoglebrud som muligt.

- Den primære forebyggelse af osteoporose bør forbedres ved at udbrede den viden, der eksisterer om knoglestyrkende livsstil, dels ved borgerrettede oplysningskampagner og dels ved individuel information til risikopatienter. Samarbejde med de arbejdsgrupper, der arbejder med ændring af livsstil, bør styrkes.
- Det bør i højere grad sikres, at patienter i risikogruppen, der er behandlet for et brud på sygehus, sikres opfølgning med osteoporosescreening på sygehus eller via egen læge.
- Efteruddannelsen i brugen af DSAM's osteoporosevejledning bør styrkes.

- Tilbuddet om knogleskanning for osteoporose bør forbedres.
- Der er behov for at øge det tværfaglige samarbejde med fysioterapeuter, idrætskonsulenter osv.
- Forskningen i hvordan man bedst muligt forebygger osteoporose bør styrkes, og den øgede forebyggelsesindsats bør evalueres.

Overfølsomhedssygdomme

Baggrund:

Mere end hver fjerde voksne dansker oplyser, at de i løbet af et år har haft en eller flere overfølsomhedssygdomme. Hver femte har haft astma, høfeber og anden allergisk snue – en tilsyneladende fordobling siden 1987. Godt 5 % mænd og mere end dobbelt så mange kvinder oplyser, at de i løbet af et år har haft allergisk eksem. Astma er den hyppigste kroniske sygdom hos børn, og omkring hvert femte barn udvikler i dag børneeksem, næsten fire gange så mange som for 40 år siden. Udgifterne til astmamedicin til voksne beløb sig i 2000 til 755 mio. kr.

Kilde: "Sund hele livet", regeringens sundhedsprogram, 2002.

Status – hvad gør de praktiserende læger i dag

- Praktiserende læger ser mange patienter med overfølsomhedssygdomme, det er en af de hyppigste henvendelsesårsager blandt børn og yngre voksne. De praktiserende læger drøfter forebyggelse og sanering af udløsende årsager som primær forebyggelse med patienterne.
- En del praktiserende læger udfører selv allergiudredning og priktest, dette kan evt. honoreres via en lokal § 2 aftale.
- Andre praktiserende læger henviser til priktest-laboratorier eller til praktiserende speciallæger i relevante specialer.
- Når der findes et allergen, er der et stigende antal praktiserende læger, der selv udfører hyposensibilisering/allergivaccinering.
- Der tilbydes både centraliserede og lokale kurser i diagnostik og behandling af astma og allergi.
- Audit Projekt Odense har udgivet vejledninger om astma og allergiske lidelser for praktiserende læger.

Mål:

De praktiserende læger ønsker at prioritere forebyggelse, opsporing og behandling af patienter med allergiske sygdomme

- Alle praktiserende læger bør tilbydes kurser i opsporing, diagnostik og behandling af allergiske sygdomme.
- Der bør skabes mere ensartede muligheder for at henvise patienter til sygehuse, relevant speciallæge eller laboratorietest i amterne.
- Der bør etableres fælles projekter med sekundærsektoren, andre speciallæger, sundhedsplejersker etc.

Psykkiske sygdomme

Baggrund:

Knap 2 % af den voksne befolkning angiver, at de har en langvarig psykisk sygdom – lidt flere blandt kvinder end blandt mænd. Næsten 10 % af voksenbefolkningen oplyser, at de inden for en 4-ugers periode har skåret ned på deres arbejde eller andre aktiviteter på grund af følelsesmæssige problemer. Forekomsten af godt psykisk velbefindende er uændret omkring 50 % i befolkningen i perioden 1994-2000. Den er mindst i gruppen af lavt uddannede, blandt helt unge og meget gamle.

Psykisk sygdom er årsag til en femtedel af alle sengedage og en tredjedel af alle helbredsbedingede førtidspensioner.

Kilde: "Sund hele livet", regeringens sundhedsprogram, 2002.

Status – hvad gør de praktiserende læger i dag

- Ca. 30 % af praktiserende lægers konsultationer drejer sig om psykiske sygdomme og problemer med at håndtere livssituationer. De fleste tilstande færdigbehandles hos egen læge - dels med samtaleterapi, dels med medicin.
- De øvrige patienter henvises til det psykiatriske system i sekundærsektoren, til praktiserende psykiater eller til psykolog.
- Flere praktiserende læger anvender samtaleterapi og deltager selv i supervision.
- DSAM har udgivet vejledninger om depression og demens. Diagnostisering af disse sygdomme indgår som en aftale under Landsoverenskomsten.
- DSAM og Dansk Psykiatrisk Selskab har udarbejdet en rapport, der kan medvirke til at bedre patientforløbet for patienter med psykiske sygdomme. Rapporten kan ses på DSAM's hjemmeside: www.dsam.dk.

Mål:

De praktiserende læger ønsker at prioritere opsporing og behandling af psykiske lidelser ved:

- I samarbejde med psykiatere at styrke uddannelsen i psykiske sygdomme, som det anbefales i ovennævnte rapport.
- Styrke efteruddannelsen i samtaleterapi med supervision.
- Styrke det tværfaglige samarbejde med praktiserende psykiatere og psykologer.
- Bedre henvisningsmuligheder så der sikres reel lige og gratis adgang til terapi.

- Forbedre samarbejdet med distriktpsychiatrien og de psykiatriske afdelinger, og styrke udviklingen af bedre samarbejdsmodeller.

Rygerlunger (Kronisk Obstruktiv Lungesygdom - KOL)

Baggrund

Ca. 200.000 personer lider af rygerlunger og antallet er stigende. Sygdommen fører til ca. 3.000 dødsfald årligt og er dermed den fjerdehyppigste dødsårsag. Især blandt kvinder har sygdommen udviklet sig foruroligende i takt med ændringerne i kvinders rygemønster. Det skønnes, at der årligt indlægges 15.000 personer på grund af KOL. Antallet er fordoblet inden for de sidste 10 år. I alt 700 personer får hvert år tildelt helbredsbetingsbetet førtidspension på grund af KOL.

Kilde: "Sund hele livet", regeringens sundhedsprogram, 2002.

Status – hvad gør de praktiserende læger i dag

- Almen praksis ser i dag et tiltagende antal patienter med rygerlunger. Den hyppigste årsag til rygerlunger er rygning, og sygdommen spiller en direkte eller indirekte rolle ved hvert 10. dødsfald.
- De praktiserende læger udfører et stort opsporingsarbejde både i den almindelige konsultation og i forebyggelseskonsultationerne.
- Der udføres i flere praksis i dag lungefunktionstest, som er særdeles velegnede til at følge og motivere patienten til fortsat rygeophør.
- Mange praksis beskæftiger sig også med rygeafvænning, her er "den motiverende samtale" et praktisk og godt værktøj. Der er også mulighed for at give personalet rygestopkurser.
- Almen praksis tilbyder rygerlunge-patienter influenza- og pneumococvaccination, da rygerlunge-patienter udgør en risikogruppe i forhold til disse sygdomme.
- Der er udgivet en motionsmanual af P.L.O. og DSAM, der giver den praktiserende læge et overblik over motionens positive indvirkning på patienter med lungesygdomme.
- I nogle amter tilbyder man at rehabilitere rygerlunge-patienter via fysisk træning, men det er desværre kun få amter, der har dette tilbud.
- Der arrangeres centrale (bl.a. Institut for rationel farmakoterapi) og lokale kurser.

Mål:

De praktiserende læger ønsker at prioritere opsporing, behandling og rehabilitering af rygerlunge-patienter og at motivere flere rygerlunge-patienter til varigt rygeophør.

- De praktiserende læger bør sammen med patienten udfylde et forebyggelsesskema med bl.a. oplysninger om rygevaner for at få mulighed for at motivere flere til rygeophør.

- Der bør arbejdes for, at rygerlunge-patienter tilbydes bedre henvisningsmuligheder til fysisk træning, da fysisk træning forbedrer deres livskvalitet og reducerer antallet af indlæggelser.
- Implementering og brug af ”Den motiverende samtale” bør styrkes ved flere kurser. I Frederiksborg Amt har et projekt vist, at dette nytter.
- Forskningen i det sammenhængende patientforløb med andre samarbejdspartnere bør styrkes.

Vejen frem for en styrket forebyggelsesindsats i almen praksis

Borgeren er og bliver den vigtigste person, når der tales om forebyggelse, som skal nytte. Uden erkendelse, aktiv deltagelse og opfølgning har professionel indsats ikke tilstrækkelig effekt til, at borgeren selv oplever, at forebyggelsesindsatsen øger livskvaliteten på længere sigt.

Den praktiserende læge er den centrale professionelle figur inden for individuel forebyggelse i forhold til både voksne og børn, idet lægen inden for et år ser mere end 80 % af sine patienter. Med udgangspunkt i et konkret sundhedsproblem giver det en enestående mulighed for en forebyggelsesindsats. Lægen bliver patientens rådgiver og tovholder igennem de mange problemer, der kan opstå i et eller flere forebyggelsesforløb. Det er en opgave, som den praktiserende læge er vant til, og som han/hun udøver hver eneste dag i klinikken. Det er imidlertid en opgave, der bør fokuseres mere på og en opgave, der bør systematiseres bedre.

Landsoverenskomsten og eventuelt andre aftaler mellem P.L.O. og det offentlige bør i højere grad facilitere denne opgave.

Klinikpersonalet i almen praksis kan og bør inddrages i dette arbejde.

Helsetjeneste- og interventionsforskning, efteruddannelse og kvalitetsudvikling skal styrkes på forebyggelsesområdet.

Den praktiserende læge skal have mulighed for at hjælpe sine patienter med henvisning til blandt andet diætist, rygestopkursus og motionsinstruktion. Det bør være faciliteter, som alle kommuner bør tilbyde sine borgere efter henvisning fra den praktiserende læge.

Der er behov for et tværsektorielt og udbygget samarbejde med alle de samarbejdspartnere, som på hver deres vis bidrager til at give patienten et godt og sammenhængende patientforløb i forhold til forebyggelse på alle niveauer.

Forebyggelsesindsatsen sætter på mange måder ordene "sundhed" og "sygdom" i et nyt lys. Nutidens livsstilsbetingede sygdomme og ændrede levevilkår har bl.a. medført, at familielægens rolle er ændret i forhold til borgeren. Ikke sådan at forstå, at forebyggelse er en ny opfindelse, men at "ejerskabet" til forebyggelsen ikke ligger i sundhedsvæsenet, men først og fremmest hos borgeren selv. Den praktiserende læge skal både i forhold til patienten og det øvrige samfund være med til at sikre, at forebyggelsen sker på baggrund af viden og indsigt i den enkeltes livssituation, og lægen skal sikre patientens accept og ønske om at diskutere livsstilsændringer. Lægen skal balancere mellem at udføre rettidig omsorg og undgå utidig indblanding. Indsatsen skal foregå i samarbejde med de øvrige aktører på området som fx hjemmepleje, fysioterapeuter, kommunen og den lokale idrætsforening. Indsatsen skal i sidste ende kunne måles på øget antal leveår, bedre livskvalitet set i forhold til den enkeltes formåen, ydeevne og mulighed for at påvirke egne betingelser for at have et godt liv, uanset om borgeren er rask, i risikogruppe eller kronisk syg.

Forebyggelse er ikke kun et individuelt anliggende - det er en fælles opgave, som professionelle behandlere skal hjælpe borgerne til at gennemføre. Som samfund er det vigtigt at prioritere indsatsen rigtigt, og at drage nytte af den forskning og de erfaringer, der allerede er tilgængelige.

På Institut for Folkesundhedsvidenskab har man lavet såkaldt interventionsforskning. Denne forskning viser bl.a. hvilke modeller, der er egnede, når man tænker på at implementere forebyggelse, og hvilke modeller, der har vist sig mindre effektfulde. På samme måde har man i Sverige længe kendt - og fokuseret på - levevilkårene som det centrale element, når man har talt folkesundhed.

Hvis forebyggelsesindsatsen skal lykkes, er det vigtigt at holde fast i, at borgernes levevilkår generelt set ikke forringes, men fortsat styrkes fra politisk hold - både centralt og decentralt. Desuden er det vigtigt, at indsatsen evalueres, så vi prioriterer rigtigt, og ikke kun bliver bedre til at forebygge, men også til at drage nytte af de erfaringer, vi gør os. Forebyggelse må ikke gå hen og blive et "modeord" - det skal være en implementerbar størrelse, der virkelig gør en forskel.