

Tema:
Forebyggelse i
almen praksis

Indhold

- 1 Praktiserende lægers rådgivning om ændring af sundhedsvaner

HVORDAN HAR DU DET?

I 2006 svarede knap 22.000 midtjyder i aldersgruppen 25-79 år på omkring 400 spørgsmål om sundhedsvaner, sygelighed og trivsel.

De første analyser af svarene er præsenteret i *Hvordan har du det? Sundhedsprofil for region og kommuner*, som blev udgivet i november 2006.

Svarene analyseres fortsat, og nye resultater offentliggøres i *Hvordan har du det? Online*, som man kan tilmelde sig på Center for Folkesundheds hjemmeside: www.folkesundhed-midt.dk. Her kan sundhedsprofilen også downloades.

Resultaterne fra undersøgelsen bruges i det praktiske folkesundhedsarbejde i sygehusvæsen, praksissektoren og kommunerne.

Fakta om undersøgelsen:

- ▶ Undersøgelsen er baseret på en tilfældig stikprøve på 4.500 personer fra Århus kommune og 1.500 fra de øvrige 18 kommuner i Region Midtjylland, ialt 31.500 personer
- ▶ Der er benyttet et selvudfyldt postbesørget spørgeskema
- ▶ Svarprocenten var 69%

Praktiserende lægers rådgivning om ændring af sundhedsvaner

Louise Nordvig, Sundhedskonsulent.

"An apple a day keeps the doctor away"

Forfatter ukendt, ordsproget kan spores tilbage til 1600-tallet.

"6 om dagen - spis mere frugt og grønt"

6 om dagen-kampagnen. 2001

Resultaterne fra *Hvordan har du det?*

(1) viser, at 91% af befolkningen har været i kontakt med den alment praktiserende læge i løbet af den seneste treårs periode (Figur 1). Denne hyppige besøgsfrekvens giver lægen god mulighed for at give råd om ændring af belastende sundhedsvaner til sine patienter.

Forebyggende arbejde i almen praksis har stor bevågenhed både politisk og i medierne.

I de senere år er der især kommet fokus på forebyggelse af kroniske sygdomme. Mange af de kroniske sygdomme kan forebygges med en sund livsstil, og for de mennesker der allerede er syge, kan en sund livsstil i mange tilfælde være med til at forebygge yderligere udvikling af sygdommen eller udvikling af andre kroniske sygdomme. Flere undersøgelser har vist, at tilbud om helbredsundersøgelse og en efterfølgende helbredsamtale hos den praktiserende læge forbedrer befolkningens risikoprofil. Et eksempel herpå er Sundhedsprojekt Ebeltoft (2;3). Der er derfor et forebyggelsespotentiale i livsstilssamtaler hos den praktiserende læge.

! Vigtige resultater

- ▶ De praktiserende lægers rådgivningsindsat står ikke mål med det store behov, der er for rådgivning om ændring af sundhedsvaner blandt borgere i Region Midtjylland.
- ▶ Den rådgivende indsats til patienter med samme belastende livsstil varierer i forhold til patientens køn, alder og uddannelsesniveau.
- ▶ Kostrådgivning: flere yngre mennesker end midaldrende og ældre har et usundt kostmønster – rådgivning bliver givet til de midaldrende og ældre.
- ▶ Alkohol: et risikabelt alkoholforbrug forekommer hyppigere blandt højtuddannede – rådgivningsindsatsen er lavest i dén gruppe.
- ▶ Fysisk aktivitet: 70% af befolkningen får ikke daglig motion og dyrker ikke regelmæssig idræt – stort set ingen får rådgivning om motion.
- ▶ Overvægt: flere mænd end kvinder er overvægtige – rådgivning bliver hyppigst givet til kvinder.



Den forebyggende ydelse

Fokus på området har bl.a. bevirket, at der i forbindelse med kommunalreformen blev indgået en aftale mellem Sygesikringen og Praktiserende Lægers Organisation om indførelsen af en "forløbsydelse for kronikere" (især diabetespatienter), videreførelse af "kvalitetsudviklingsprojektet (DAK)" og indførelsen af en "aftalt forebyggelsesydelse" (4).

I aftalen står at:

Forløbsydelsen for kronikere udvider lægernes mulighed for at styrke indsatsen overfor personer med kroniske sygdomme og kan bl.a. bruges ved større årlige kontroller, hvor der på baggrund af kliniske retningslinier gennemføres en faglig anerkendt og anbefalet helbredsopfølgning. I stedet for honorering for de enkelte patientkontakter får lægerne et års-honorar, som skal dække de enkelt-elementer, der indgår i god behandling af kronikere.

Med den nye ydelse vil der blive øget

fokus på tværsektorielt samarbejde, herunder de kommunale tilbud, og på patientens egenomsorg. I regionale sundhedsaftaler kan der aftales konkrete, regionalt og lokalt tilpassede modeller for shared care, der fastlægger arbejdsdelingen mellem almen praksis, sygehuse og kommuner.

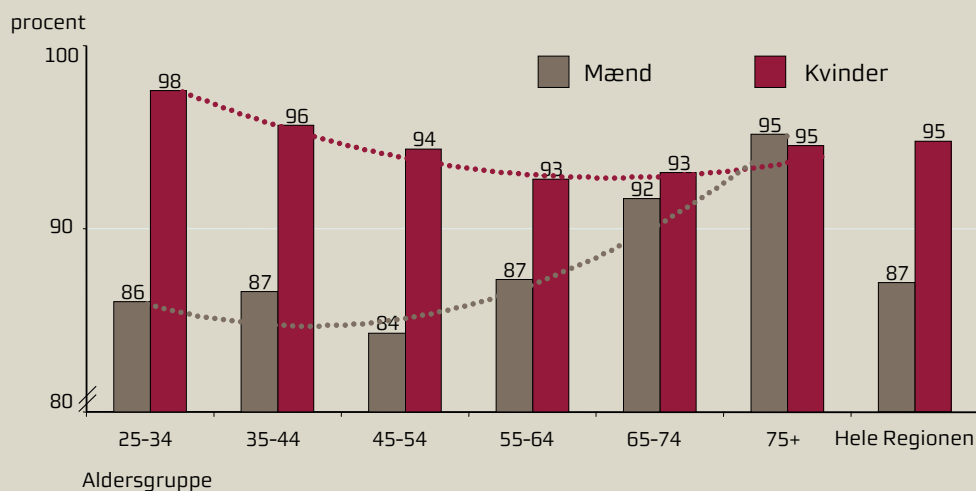
Aftalt forebyggelse retter sig særligt mod de patienter, der ikke omfattes af den nye forløbsydelse for kronikere i almen praksis. Med *aftalt forebyggelsesydelse* får lægen mulighed for at være opsøgende over for patienter, der har behov for en forebyggende indsats fx vedrørende livsstilsproblemer. Den forebyggende indsats har ofte karakter af forløb, hvor det drejer sig om opfølgning og fastholdelse af mål, som patienten har besluttet vedrørende livsstilsændringer, fx med hensyn til kost, motion, rygning og alkohol. Aftalen giver desuden lægerne mulighed for at foretage opsøgende hjemmebesøg hos skrøbelige ældre.

Livstilsfaktorerne/sundhedsvanerne: kost, rygning, alkoholindtag og mo-

tion, betegnes ofte som KRAM-faktorerne. Ud over spørgsmål vedrørende kost, rygning, alkohol og motion, er der i analysen her også inddraget spørgsmål vedrørende stress og overvægt. Disse to sidstnævnte indikatorer kan ikke henføres under kategorien sundhedsvaner. Stress må derimod anses for en risikofaktor for udvikling af sygdom og dårlig trivsel og desuden som en hæmmende faktor for sund livsstil. Overvægt kan ses som et resultat af kost- og motionsvaner og vil således oftest være nært forbundet med "usunde" sundhedsvaner eller dårlig livsstil.

I det følgende kortlægges dels **behovet** for ændring af belastede sundhedsvaner, stress og overvægt opgjort på køn, alder og uddannelsesniveau, dels praktiserende lægers **rådgivningsindsats** til patienter, der har et behov for rådgivning, altså til de patienter, der har en risikoadfærd. Også disse analyser er opgjort på køn, alder og uddannelsesniveau. Endelig er lægernes rådgivning om sundhedsvaner opgjort på patienter med kronisk sygdom.

Figur 1. Så mange borgerne i Region Midtjylland har været ved lægen i løbet af de sidste 3 år. Opgjort på **køn og alder**





Metode

I undersøgelsen indgår i alt 21.708 tilfældigt udvalgte personer i alderen 25-79 år. For en nærmere beskrivelse af dataindsamlingsmetode, svarprocent mv. se Region Midtjyllands sundhedsprofil for region og kommuner (5). I analysen her er kun medregnet personer, der har angivet at have været ved egen læge indenfor de sidste tre år (91% af befolkningen). I det følgende benævnes de patienter.

I analysen fokuseres generelt på patienter med "usunde" sundhedsvaner, defineret efter følgende kriterier:

Kost. Der er benyttet en kostscore udviklet ved Center for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden (6). Kostscoren bygger på oplysninger om indtaget af frugt, grøntsager, fisk og fedtstoffer. Kostscoren opdeler svarpersonerne i tre grupper efter kostens kvalitet:

- 1 Sund kost.
- 2 Middelsund kost.
- 3 Usund kost.

I analysen fokuseres på den andel, der ifølge kostscoren har et usundt kostmønster.

Rygning. Rygere omfatter personer, der ryger dagligt eller lejlighedsvist.

Alkohol. *Hvordan har du det?* (1) indeholder tre mål for risikabelt alkoholforbrug:

- 1 Rusdrikkeri: Hvor hyppigt indtages der fem genstande eller flere ved en enkelt lejlighed?
- 2 Storforbrug: Drikkes der sædvanligvis mere pr. uge end de anbefalede maksimale genstandsgrænser (14 genstande for kvinder, 21 genstande for mænd)?
- 3 Afhængighed: Er der tegn på alkoholafhængighed (målt ved hjælp af CAGE-C (7))?

De tre typer af alkoholproblemer kan både optræde hver for sig og samtidigt. Hos 20% finder man mindst en af de tre former for risikabelt alkoholforbrug. I analysen fokuseres på denne gruppe.

Motion. I analysen fokuseres på personer, der er fysisk inaktive. Det omfatter patienter, der er fysisk aktive <30 minutter om dagen og ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden.

Stress. I *Hvordan har du det?* indgår et generelt mål for stress: *Perceived Stress Scale* (PSS) (8;9). PSS går fra 0 til 40. Jo højere score, jo højere stressniveau. I analysen fokuseres på den mest stressede femtedel af befolkningen (17-40 point).

Overvægt. Vægtstatus er målt ved hjælp af Body Mass Index (BMI) ud fra deltagernes egne oplysninger om højde og vægt (kg/m²). I analysen fokuseres på andelen med moderat til svær overvægt (BMI ≥25)

Resultaterne er opgjort på køn, alder og uddannelsesniveau efter følgende grupperinger:

Alder. Studiepopulationen (25-79 år) er i analysen opdelt i 3 aldersgrupper: 25-44 år, 45-64 år og 65-79 år.

Uddannelsesniveau. Uddannelsesniveau er beskrevet ved hjælp af Dansk Uddannelsesnomenklatur (10). Laveste uddannelsesniveau svarer til ingen eller en kort erhvervsuddannelse. Mellemløst uddannelsesniveau svarer til en faglig eller kort boglig uddannelse. Højeste uddannelsesniveau svarer til en mellemlang eller lang boglig uddannelse.

Endelig er kronisk sygdom inddraget efter følgende kriterier:

Kronisk sygdom. Analysen omfatter 17 kroniske sygdomme, der hver især bidrager væsentligt til sygdomsbyrden i befolkningen. Sundhedsvanerne i de forskellige grupper af kronisk syge er beskrevet i *Hvordan har du det?* i kapitlet om *sundhedsvaner* (5). Det er vigtigt at være opmærksom på, at der er et vist overlap mellem de enkelte sygdomsgrupper, idet lidt over halvdelen af de kronisk syge har mere end én sygdom.

Hvordan har du det? Online 2 (11) belyser sociale forskelle i sundhedsvaner hos kroniske patienter. Der henvises til online-artiklen, som en naturlig forløber for resultaterne i dette nummer.

De statistiske analyser er foretaget ved hjælp af survey-procedureerne i statistikprogrammet Stata 9. Der er korrigeret for over/underrepræsentation på kommuneniveau ved hjælp af vægtning, da sandsynligheden for at blive udtrukket til stikprøven varierede fra kommune til kommune. Der er desuden korrigeret for forskelle i svarprocent i forhold til kommune, køn og alder (efterstratificering).

I analyserne er der benyttet en logistisk regressionsmodel med hver af de 6 risikofaktorer som afhængig variabel og køn, alder og uddannelsesniveau som uafhængige variable.



Resultater

Så mange har modtaget rådgivning om ændring af sundhedsvaner

Figur 2 viser, hvor mange der har modtaget rådgivning af de 91%, der har været ved egen læge de seneste tre år. Patienterne er opdelt i grupper, der på forskellige niveauer visualiserer hvor rådgivningsindsatsen er i fokus:

- 1 Alle patienter.
- 2 Patienter uden belastende sundhedsvaner og uden kronisk sygdom.
- 3 Patienter med belastende sundhedsvaner, uden kronisk sygdom.
- 4 Patienter med kronisk sygdom, uden belastende sundhedsvaner.
- 5 Patienter med kronisk sygdom og med belastende sundhedsvaner.

Alle, der har været ved lægen

I hele populationen af patienter har 14% modtaget råd vedrørende kost, 11% vedrørende rygning, 16% vedrørende alkohol, 2% vedrørende motion, 17% har fået råd om at "tage den mere med ro", og 13% har fået råd om at tabe sig.

Patienter uden usunde sundhedsvaner og uden kronisk sygdom

Gruppen af patienter, der har modtaget rådgivning, men ikke har nogen usunde vaner, stress eller overvægt og som ej heller er belastet af en kronisk lidelse, er lille. Denne andel omfatter, som nævnt, patienter, der på det tidspunkt spørgeskemaet blev udfyldt, ikke tilhørte gruppen med belastende sundhedsvaner. Det udelukker ikke, at de tidligere kan have haft belastende vaner, som de har modtaget rådgivning omkring. Råd de måske har fulgt og usunde vaner, de har lagt fra sig i den forløbne treårige periode.

Patienter med usunde sundhedsvaner men uden kronisk sygdom

Som forventet er der flere i gruppen med belastende sundhedsvaner, der modtager rådgivning end i gruppen uden belastende sundhedsvaner.

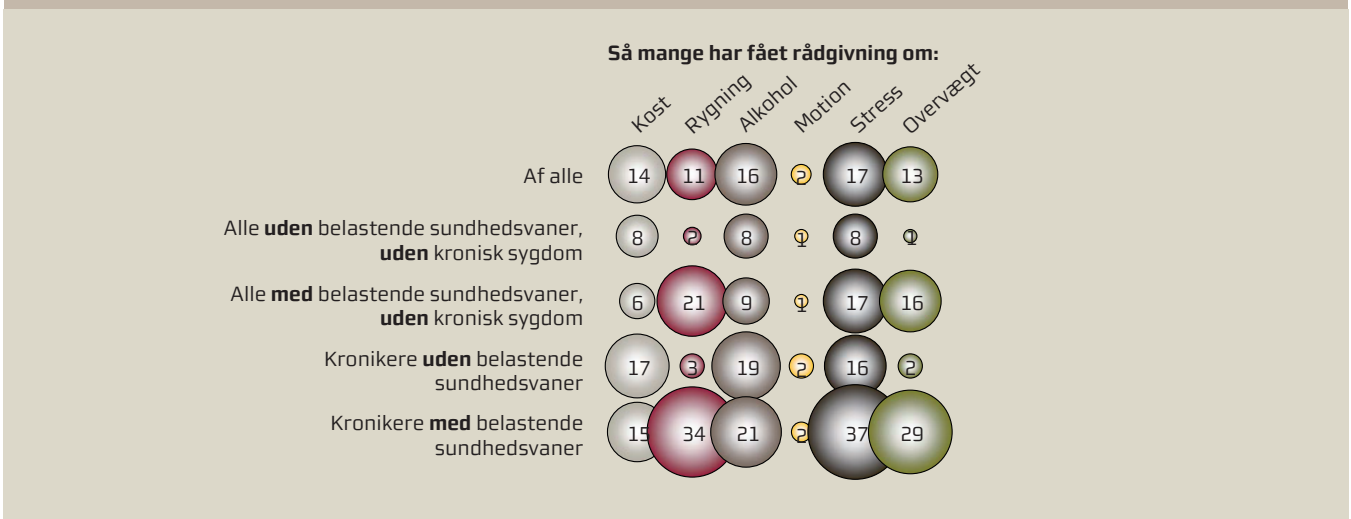
I gruppen med belastende sundhedsvaner (uden kronisk sygdom) har 6% modtaget kostråd, 21% råd om rygeafvænnning, 9% om at nedsætte alkoholforbruget, kun 1% om motion, 17% om at tage det mere med ro og 16% har modtaget råd om at tabe sig.

Patienter med kronisk sygdom

Andelen af patienter, der har mindst én kronisk lidelse, er stor. Ifølge *Hvordan har du det?* er det 61% af borgerne i Region Midtjylland (5). Den kroniske sygdom vil i mange tilfælde – men ikke altid – være en følge af usund livsstil. Eksempelvis kan type-2 diabetes, hjerte-karsygdomme, forhøjet blodtryk, slidgigt og visse former for kræft være en følge af usund kost, rygning og overvægt. Andelen, der modtager rådgivning, må generelt forventes være større blandt kronikere. Også blandt kronikere, der ikke har en usund livsstil. Eksempelvis er en sund livsstil vigtig for at sygdommen ikke forværres hos type-1 diabetikere, og kostrådgivning vil gives som en naturlig del af behandlingen, uanset om de har behov eller ej.

Af figur 2 ses desuden, at rådgivningsindsatsen til personer med usunde vaner er størst omkring tobak, stress og overvægt, og at stort set ingen får rådgivning om motion. Man kunne ellers forvente, at den megen omtale af "motion på recept", der blev lanceret i 2003, ville have inspireret lægerne til en øget rådgivning på dette område.

Figur 2. Andelen af patienter, der har fået rådgivning om ændring af sundhedsvaner, stress og overvægt, af egen læge i løbet af de seneste 3 år. Alle tal er opgjort i %





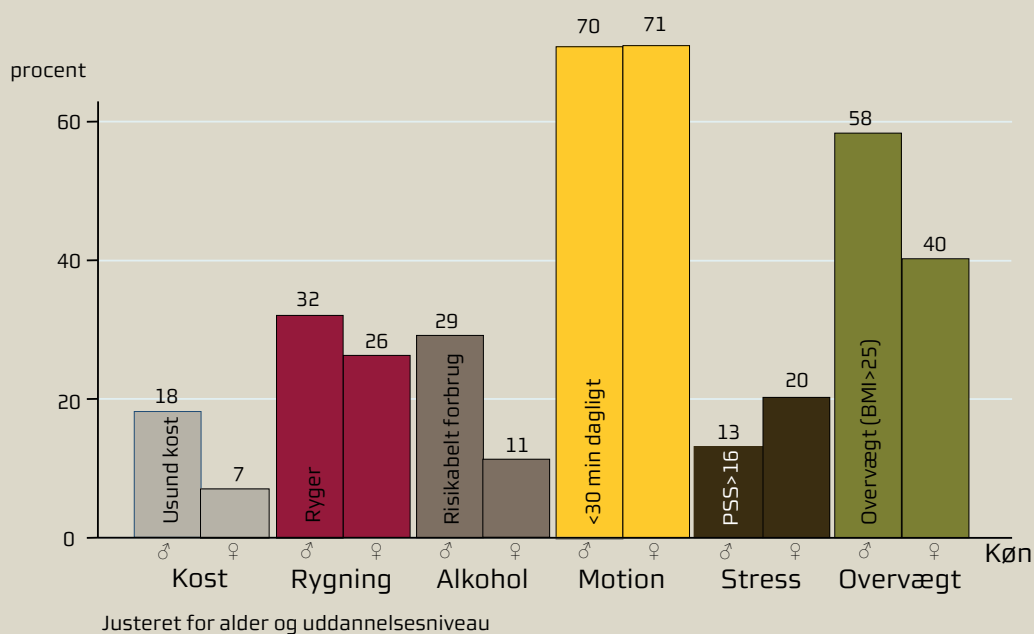
Så stort er behovet for rådgivning om sundheds-vaneændring

De "usunde" sundhedsvaner fordelt på køn, alder og uddannelsesniveau fremgår af henholdsvis figur 3, 4 og 5.

Mænds og kvinders "usunde" sundhedsvaner. Figur 3.

Af figur 3 fremgår forskellen på risikoadfærd hos mænd og kvinder, efter at der er justeret for alder og uddannelsesniveau. Det fremgår at mere end dobbelt så mange mænd (18%) som kvinder (7%) har et usundt **kost**indtag. Hver tredje mand er **ryger** mod hver fjerde kvinde, mere end dobbelt så mange mænd har et risikabelt **alkohol**forbrug (29% mod 11% blandt kvinder) og de er næsten 1/3 flere **overvægtige** i den mandlige del af befolkningen. Derimod er der flere kvinder med en høj **stress**score, 20% mod 13% blandt mænd. Andelen, der er fysisk inaktive, er meget høj hos begge køn, nemlig 70-71%.

Figur 3. Så mange i Region Midtjylland har "usunde" sundhedsvaner, stress og overvægt blandt mænd og kvinder



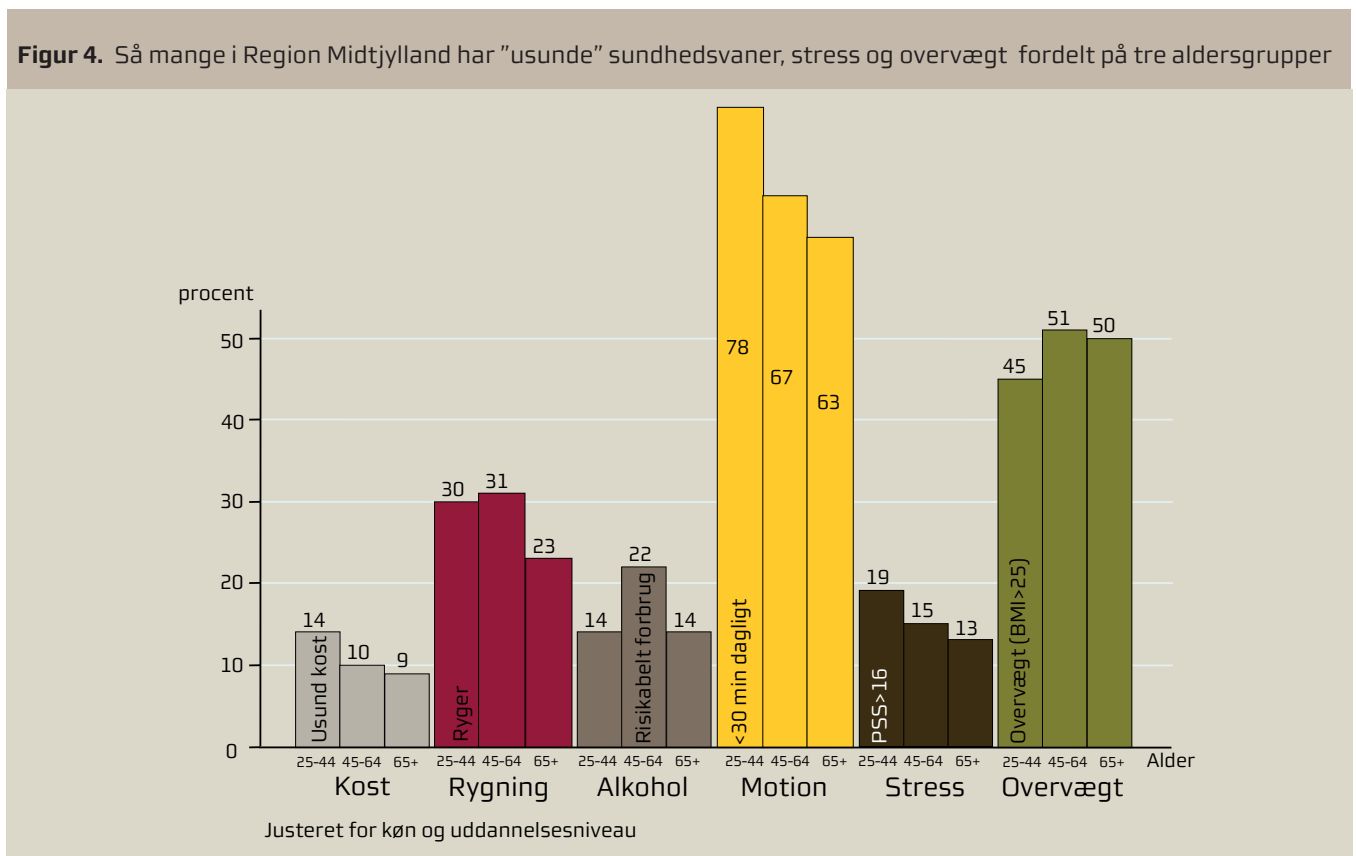


Usunde sundhedsvaner og alder. Figur 4.

Opgøres de "usunde" vaner på alder, justeret for køn og uddannelsesniveau er billedet lidt mere broget afhængigt af hvilken af vanerne der fokuseres på. Det er i aldersgruppen 25-44 år, man finder den største andel med usundt kostmønster, 14% mod 10% i gruppen af midaldrende og mod 9% i gruppen af ældre. Sammenlignet med de to øvrige aldersgrupper, er de yngste også mere belastet af **stress** og gruppen er også dén, der har den højeste andel af **fysisk inaktive**, 78%. Både andelen med høj stressscore og med fysisk inaktive reduceres med stigende alder selvom andelen af fysisk inaktiv kun reduceres moderat, dvs. til 63% blandt de ældste. Andelen af **rygere** er ens i to aldersgrupper (\approx 25-64 år), hvor hver tredje person er ryger.

I den ældste aldersgruppe er det kun ca. hver fjerde der ryger. De midaldrende omfatter flest med risikabelt **alkohol**forbrug. Andelen er 22% mod 14% i de to øvrige aldersgrupper. Andelen af **overvægtige** er lavest (om end høj) i aldersgruppen til og med 44 år (45%). Fra 45 år er halvdelen af patienterne overvægtige.

Figur 4. Så mange i Region Midtjylland har "usunde" sundhedsvaner, stress og overvægt fordelt på tre aldersgrupper

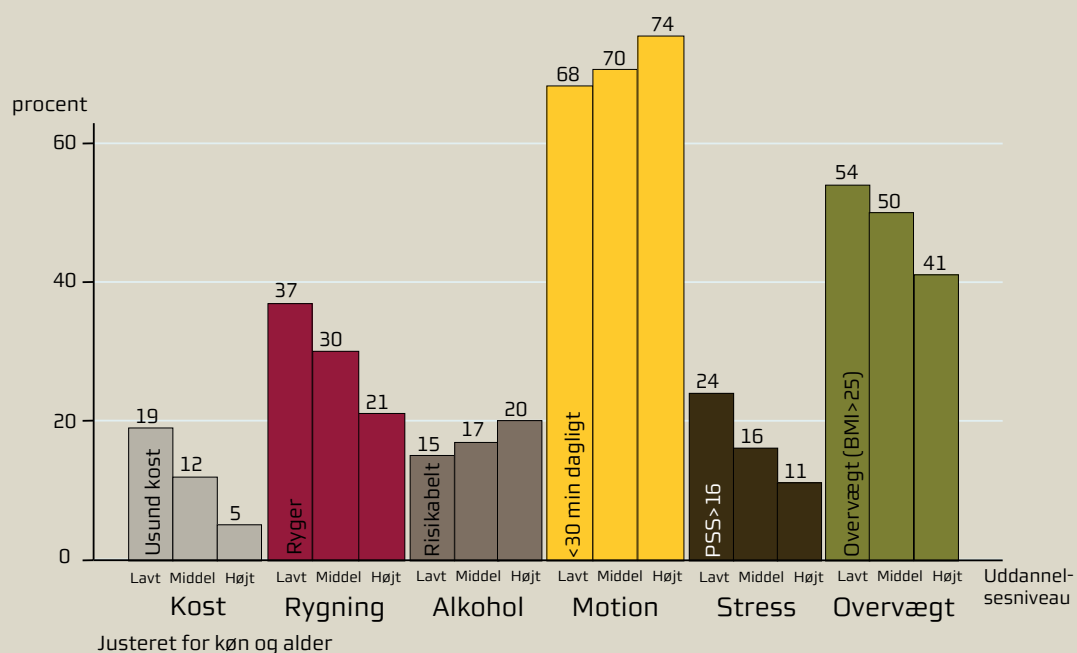




Usunde vaner og uddannelse. Figur 5.

Udbredelsen af usunde sundhedsvaner er størst blandt personer med korte uddannelser. Det gælder dog ikke risikabelt **alkohol**forbrug og **fysisk inaktivitet**. Andelen med disse to belastende sundhedsvaner øges med stigende uddannelsesniveau. 15% blandt de kortuddannede har et risikabelt alkoholindtag mod 20% i gruppen med de længerevarende uddannelser. Tilsvarende ses færre fysisk inaktive i gruppen med lavt uddannelsesniveau. Der er justeret for køn og alder.

Figur 5. Så mange i Region Midtjylland har "usunde" sundhedsvaner, stress og overvægt, fordelt på lavt, middel og højt uddannelsesniveau.





Rådgivningspraksis

Så mange med behov for sundhedsvaneændring får rådgivning hos lægen

De praktiserende lægers rådgivningspraksis til patienter, der har behov for rådgivning på grund af belastende vaner, er vist i figur 6, 7 og 8. Rådgivningspraksis er opgjort på køn, alder og uddannelsesniveau.

Forskel i rådgivningspraksis om sundhedsvaner til mænd og kvinder. Figur 6.

Hvis forholdsmæssigt lige mange mænd og kvinder får rådgivning, vil søjlerne ud for de enkelte risikofaktorer være lige høje hos mænd og kvinder. Der er justeret for alders og uddannelsesmæssige forskelle. I gruppen af personer med **usundt**

kostmønster har lige mange mænd og kvinder, nemlig 11%, fået råd om at ændre kostvanerne.

Når det drejer sig om råd til **rygerne** om rygeophør, har hver tredje mandlige ryger mod lidt over hver fjerde kvindelige ryger modtaget rådgivning.

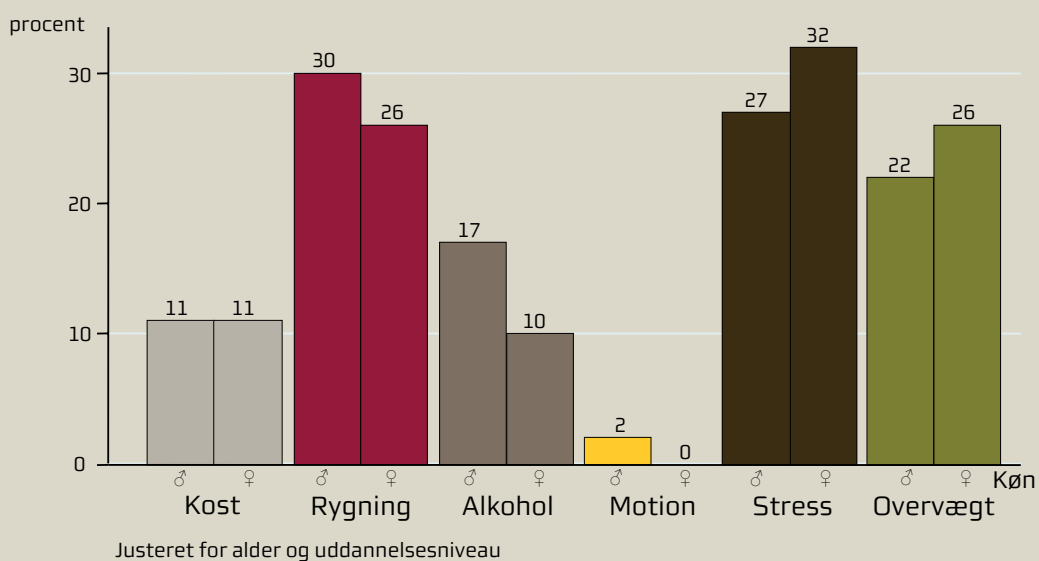
Rådgivning om at nedsætte **alkohol**forbruget er ligeledes forskellig afhængigt af, om man er mand eller kvinde. 17% mænd med et risikabelt forbrug mod kun 10% kvinder med et risikabelt forbrug, har fået rådgivning.

Der bliver stort set ikke givet råd om at dyrke mere **motion**. Det er kun 2% af de fysisk inaktive mænd (gruppen

af inaktive mænd udgør 70%), der har fået rådgivning, mens ingen af de fysisk inaktive kvinder, der udgør lige så stor en andel, har fået rådgivning. Af den gruppe, der har en høj **stress**-score, får derimod flere kvinder end mænd, råd om "at tage den mere med ro". Hver tredje kvinde med høj stressscore mod hver fjerde mand.

Ligeså vedrørende råd om vægttab til **overvægtige**. Flere overvægtige kvinder end overvægtige mænd har fået rådgivning.

Figur 6. Andel af patienter med belastende sundhedsvaner, stress og overvægt, der har modtaget rådgivning om ændring af sundhedsvaner, "at tage den med ro" og overvægt. I procent fordelt på **mænd og kvinder**.





Aldersmæssige forskelle i rådgivningspraksis om sundhedsvaner. Figur 7.

Færre i aldersgruppen 25-44 år med et usundt **kostmønster** får råd om at ændre kostvaner. Det drejer sig om 9% mod 12% i de to andre aldersgrupper.

Det samme er tilfældet med råd om **rygeophør**. Her får kun hver fjerde ryger i den yngste gruppe rådgivning, mens ca. hver tredje i gruppen af midaldrende og ældre rygere får rådgivning.

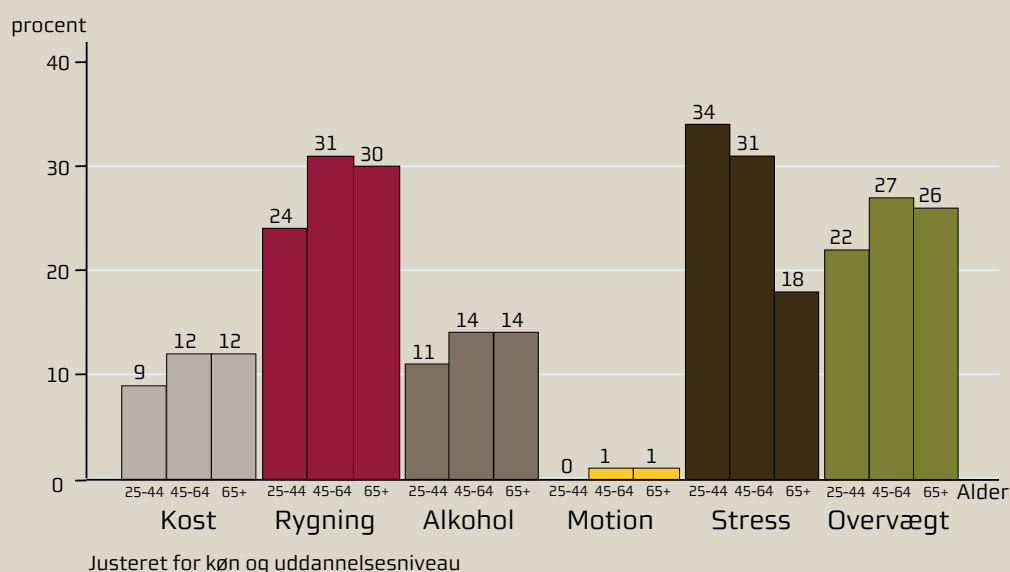
Når det gælder råd om at nedsætte **alkohol**forbruget til den del af befolkningen, der har et risikabelt alkoholforbrug, er det igen den yngste aldersgruppe, der i mindst udstrækning modtager rådgivning sammenlignet med de midaldrende og ældre.

Der bliver slet ikke givet råd vedrørende motion til den yngste gruppe af fysisk inaktive og i de to andre aldersgrupper, får kun 1% råd om at dyrke mere motion.

Rådet "at tage den mere med ro" bliver til gengæld hyppigere givet til den yngre gruppe med høj **stress**score. Hver tredje i den yngre gruppe får råd, mens rådgivningen er mindre hyppig i den ældste aldersgruppe af stressede personer. I den gruppe får færre end hver femte patient med høj stressscore rådgivning.

Ca. hver fjerde **overvægtige** i de to ældste aldersgrupper (\approx 45-79 år) har fået råd om vægttab mod hver femte blandt de yngre.

Figur 7. Andel af patienter med belastende sundhedsvaner, stress og overvægt, der har modtaget rådgivning om ændring af sundhedsvaner, "at tage den med ro" og overvægt. I procent fordelt på **alder**.





Forskel i rådgivningspraksis til personer med forskelligt uddannelsesniveau.

Figur 8.

Det generelle billede er, at andelen der modtager rådgivning reduceres med stigende uddannelsesniveau. Selvom der ikke ses en markant forskel, afspejler det dog en tendens. Mest slående er rådgivning vedrørende **kost** og **alkohol**. Blandt dem, der har et usundt kostmønster i gruppen af kortuddannede, får næsten dobbelt så mange rådgivning om ændring af kostvaner end blandt dem, der har et usundt kostmønster i gruppen med længerevarende uddannelse, 14% mod 8%. Endvidere får 10% af personer med et overforbrug af alkohol blandt de højtuddannede råd om at nedsætte alkoholforbruget, mod 13% blandt de lavt uddannede med et risikabelt alkoholforbrug.

Kroniske patienter (som i større udstrækning får rådgivning) udgør en delmængde af alle patienter med belastende sundhedsvaner.

Forskel i rådgivningspraksis til personer med kroniske sygdomme. Figur 9.

Figur 9 viser andelen af kronisk syge (17 sygdomskategorier), der har modtaget råd om ændring af sundhedsvaner.

Forekomsten af den enkelte kroniske sygdom i Region Midtjylland er vist i procent ud for hver sygdomskategori.

Rådgivningspraksis vedrørende de enkelte sundhedsvaner til alle, der har været ved egen læge de seneste 3 år, er angivet nederst i diagrammet. Jf. i øvrigt Region Midtjyllands sundhedsprofil (5).

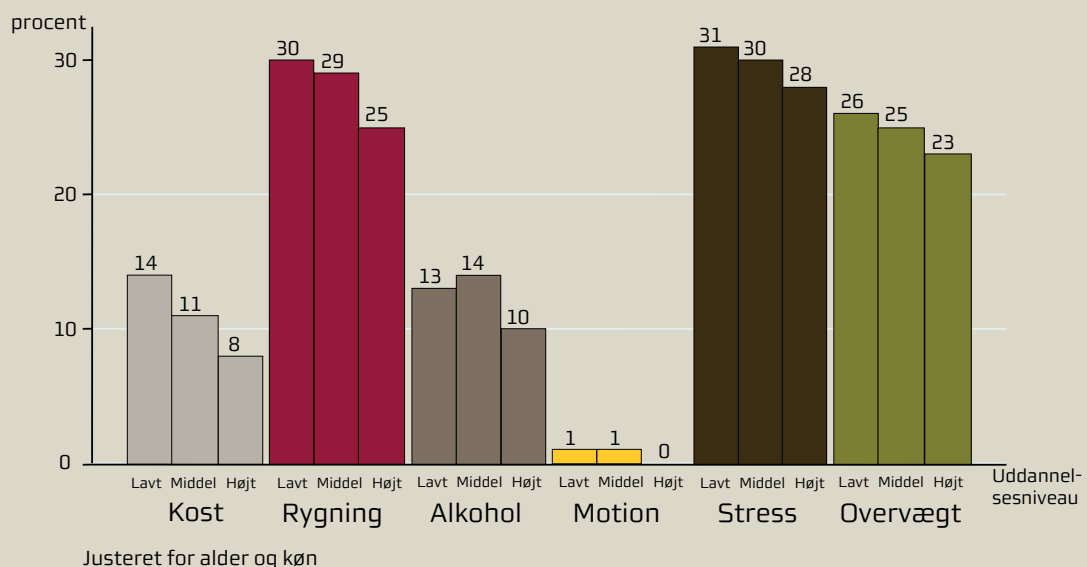
Det er personer med diabetes, der hyppigst modtager råd om ændring af en eller flere sundhedsvaner. Derefter er det personer, der har haft en blodprop i hjertet eller hjertekrampe, personer med psykisk sygdom/mentale forstyrrelser, med kronisk bronkitis/for store lunger/KOL og personer med forhøjet blodtryk. Den sygdomsgruppe, hvori færrest

får rådgivning om sundhedsvaner, er allergikerne. Ser man på rådgivningen vedrørende de enkelte risikofaktorer modtager personer med kronisk sygdom generelt hyppigere rådgivning end den øvrige befolkning med enkelte undtagelser.

Personer, der lider af knogleskørhed, får sjældnere råd vedrørende kostvaner og overvægt end den generelle befolkning, og allergikere får sjældnere råd vedrørende rygning og overvægt end den øvrige befolkning. Generelt får få rådgivning vedrørende motion.

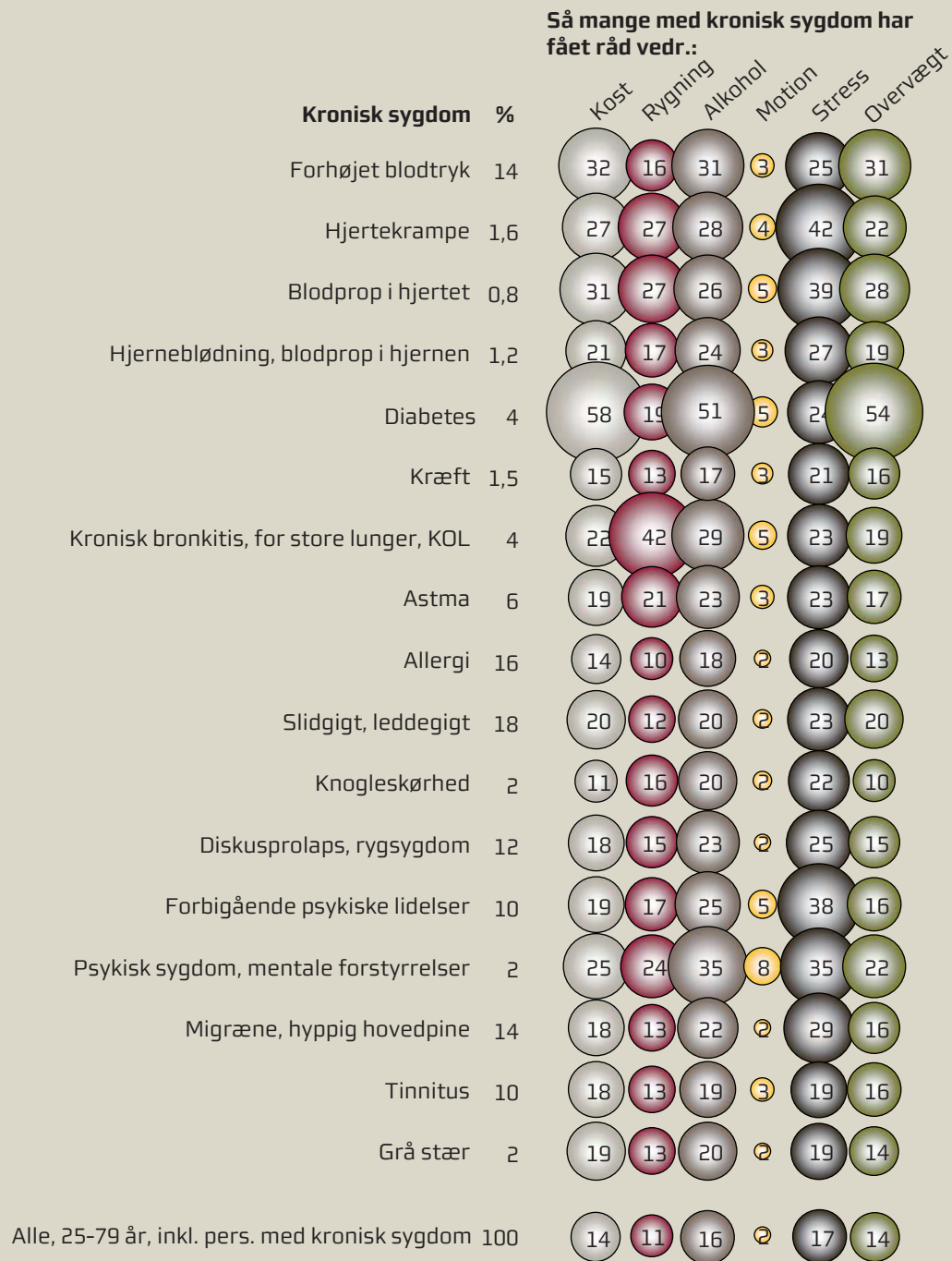
Personer med psykisk sygdom, psykiske lidelser, kronisk bronkitis/for store lunger/KOL, diabetes og blodprop i hjertet afviger dog signifikant ($p < 0,05$) fra den øvrige befolkningsgruppe, idet der hyppigere bliver givet råd om motion til disse sygdomsgrupper.

Figur 8. Andel af patienter med belastende sundhedsvaner, stress og overvægt, der har modtaget rådgivning om ændring af sundhedsvaner, "at tage den med ro" og overvægt. I procent fordelt på lavt, middel og højt uddannelsesniveau.





Figur 9. Andelen af personer med **kronisk sygdom**, der har fået rådgivning vedr. sundhedsvaner, stress og overvægt af egen læge i løbet af de seneste 3 år. Alle tal er opgjort i %





Diskussion

Det kan konstateres, at rådgivningspraksis langt fra står mål med det store behov, der er for rådgivning. Flere faktorer kan være medvirkende til, at andelen af patienter, der har fået rådgivning, ikke er større.

Patienterne kan have glemt eller fortrængt, at deres praktiserende læge har tilrådet rygestop, vægttab, kostændring mm. Andre studier støtter dog patienternes oplysning om, at ændring af sundhedsvaner langt fra altid tages op i almen praksis, når det er relevant (12;13).

Det må desuden tages i betragtning, at rådgivning om ændring af sundhedsvaner kan forekomme malplaceret, hvis den skal finde sted uden relation til det aktuelle problem, som patienten præsenterer i konsultationen. Patienten vil kunne betragte det som "utidig indblanding". Man kan tænke sig, at den praktiserende læge finder det mere naturligt at snakke livsstil med den patient, der henvender sig med et problem, hvor kost-, alkohol-, ryge- og motionsvaner kan spille en rolle. Studier om brug af livsstilssamtaler i almen praksis er heller ikke entydige, når det drejer sig om patienternes holdning. I en litteraturgennemgang om rådgivningspraksis (14) er konklusionen, at der er divergerende meninger om, hvorvidt patienterne finder det irrelevant, at lægen tager spørgsmål op om sundhedsvaner, når årsagen til konsultationen er en anden.

Det er desuden muligt, at praktiserende læges egen holdning, køn og alder kan influere på rådgivningspraksis.

Analyserne her understreger behovet for at indføre de nye forebyggelses- og forløbsydelse hos de praktiserende læger for at fremme

en mere systematisk rådgivning om sundhedsvaner.

Men uanset årsagen til, at så relativt få får råd om ændring af livsstil, forklarer det ikke forskelle i rådgivningshyppighed hos patienter med samme belastende livsstil. **Analyserne viser nemlig, at rådgivningshyppigheden varierer med patientens køn, alder og uddannelsesniveau.**

Blandt rygerne er det mænd der hyppigst får rådgivning. Det samme gælder patienter med et risikabelt alkoholforbrug. Derimod er der en større andel af stressede kvinder end mænd, der får rådgivning. Det sidste kan sandsynligvis forklares ved, at kvinder hyppigere end mænd henvender sig til egen læge med et stressrelateret problem, fx psykiske helbredsproblemer. Også flere overvægtige kvinder end mænd får rådgivning om vægttab på trods af, at flere mænd er overvægtige. Denne forskel kan muligvis forklares ved, at overvægt for kvinders vedkommende, kan være den primære årsag til lægebesøget. Den større samfundsmæssige accept af moderat overvægt hos mænd, kan også være en del af forklaringen.

Ser man på den aldersmæssige forskel i rådgivningsmønsteret, er der generelt færre yngre (25-44 år) med belastende livsstil, der får rådgivning. Det gælder for alle risikofaktorerne. Eftersom der er taget højde for køn og uddannelsesniveau, er det ikke dér årsagen skal findes. Måske regnes aldersgruppen 25-44 år for en problemfri gruppe, eller disse patienters dagsorden for konsultationen er af en karakter, hvor livsstil ikke naturligt bliver bragt på banen. Det er dog i den aldersgruppe, der er flest, der får råd om "at tage den med ro".

Kortuddannede med belastende livsstil får generelt hyppigere rådgivning end personer med længerevarende uddannelse med samme risikoadfærd. Det ses især vedrørende kost og til dels også ved alkohol. Højtuddannede kan være bedre til at "skjule" problemet måske på grund af fravær af andre belastende livsomstændigheder. Flere med lavt uddannelsesniveau er eksempelvis oftere belastede af kronisk sygdom. Jf. *Hvordan har du det? Online 2*, der belyser de sociale forskelle i sundhedsvaner blandt kroniske patienter (11).



Referencer

- 1) Larsen FB, Nordvig L. Hvordan har du det? Spørgeskema. 23-2-2006. Afdeling for Folkesundhed, Århus Amt. www.folkesundhed-midt.dk
- 2) Larsen EL, Thomsen JL, Lauritzen T, Engberg M. Forebyggende helbredsundersøgelser og helbredsamtaler i almen praksis - en analyse af patientperspektivet. 2006. Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og MTV.
- 3) Rasmussen SR, Kilsmark J, Hvenegaard A, Thomsen JL, Engberg M, Lauritzen T et al. Forebyggende helbredsundersøgelser og helbredsamtaler i almen praksis - en sundhedsøkonomisk analyse af "Sundhedscentret Ebeltoft". 2006. Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og MTV.
- 4) Sygesikringens Forhandlingsudvalg (SFU) og Praktiserende Lægers Organisation (PLO). Aftale om almen lægegering - indførelse af en aftalt forebyggelsesydelse. 26-6-2006.
- 5) Larsen FB, Nordvig L, Søe D. Hvordan har du det? sundhedsprofil for region og kommuner. 21-11-2006. Region Midtjylland. www.folkesundhed-midt.dk
- 6) Toft U, Kristoffersen LH, Lau C, Borch-Johnsen K, Jorgensen T. The Dietary Quality Score: validation and association with cardiovascular risk factors: the Inter99 study. Eur J Clin Nutr 2007; 61 (2):270-278.
- 7) Zierau F, Hardt F, Henriksen JH, Holm SS, Jorring S, Melsen T et al. Validation of a self-administered modified CAGE test (CAGE-C) in a somatic hospital ward: comparison with biochemical markers. Scand J Clin Lab Invest 2005; 65 (7):615-622.
- 8) Cohen S, Williamson G. Perceived Stress in a Probability Sample of the United States. Social Psychology of Health , 31-67. 1988.
- 9) Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. J Health Soc Behav. [4], 385-396. 2007.
- 10) Dansk Uddannelses-Nomenklatur. DUN 2001. 2002. Danmarks Statistik og Undervisningsministeriet.
- 11) Larsen FB. Kroniske patienter: Sociale forskelle i sundhedsvaner, Hvordan har du det? Online 2. 2007. Center for Folkesundhed, Region Midtjylland. www.folkesundhed-midt.dk
- 12) Gallefoss F, Drangsholt K. Røkkeintervensjon og hindringer for dette blant fastleger i Vest-Agder. Tidsskr Nor Laegeforen 2002; 122 (27):2608-2611.
- 13) Pisinger C. Praktiserende lægers implementering af rygeafvænnings - med hovedfokus på barrierer mod implementering. 2005. Sundhedsstyrelsen.
- 14) Thorsen T, Dalsted R. Rådgivning i almen praksis om alkohol, kost, motion, rygning. En litteraturoversigt. 2005. Sundhedsstyrelsen, Viden- og dokumentationsenheden.



'Hvordan har du det?

- Sundhedsprofil for region og kommuner'

Læs Region Midtjyllands sundhedsprofil på www.folkesundhed-midt.dk, hvor rapporten kan downloades.

Trykte eksemplarer af profilen kan rekvireres på hvordanhardudet@rm.dk pris 100 kr. + forsendelse

Udgiver: Region Midtjylland | Center for Folkesundhed | Sundhedsfremme og Forebyggelse | Olof Palmes Allé 15 | 8200 Århus N
Tlf: 8728 4700 | Fax: 8728 4702 | Mail: HvordanHarDuDet@rm.dk | Web: www.folkesundhed-midt.dk

Redaktion: Finn Breinholt Larsen (ansvarshavende) (Finn.Breinholt@stab.rm.dk) | Louise Nordvig (Louise.Nordvig@stab.rm.dk)

Distibution: Dorthe Søe (Dorte.Soee@stab.rm.dk)

Tryk og lay-out: Grafisk Service, Region Midtjylland 970-07-160

Grafik: Hanne Ravn Hermansen

ISSN: 1902-4371