



health promotion in primary health care:  
general practice & community pharmacy.  
a european project

## Projektresumé (danish)

<http://www.univie.ac.at/phc>

Karl Krajic  
Jürgen Pelikan  
Petra Plunger  
Ursula Reichenpfader

Ludwig Boltzmann-Institute for the  
Sociology of Health and Medicine

April 2001

financially supported by



managed by

Ludwig Boltzmann-Institute for the Sociology of Health and Medicine  
Universitätsstraße 7/2, 1010 Vienna, Austria

Phone: (+43-1) 4277 482-82, Fax: (+43-1) 4277 482-90

e-mail: [hcs.soc-gruwi@univie.ac.at](mailto:hcs.soc-gruwi@univie.ac.at)

WHO – Collaborating Centre for Hospitals and Health Promotion





## **Indledning**

I sommeren 1998 startede Europa-Kommissionens Generaldirektorat for Sundhed og Forbrugerbeskyttelse, under handlingsprogrammet for sundhedsfremme (Dr.Matti Rajala), projektet under den officielle titel "Udvikling af kvalitetssikret og kvalitetssikrende patientorienteret sundhedsfremme inden for den primære sundhedssektor – almenpraktiserende læger og apoteker". Projektet blev støttet af det østrigske sundhedsministerium og medfinansieret af "Fonds Gesundes Österreich".

I projektets videre forløb blev det aftalt at anvende den forkortede titel "Sundhedsfremme i almenpraksis og apoteksvæsen – et europæisk projekt".

Projektet var færdigt i april 2001.

## **Projektets primære mål og strategier**

Den definerede målsætning for projektet var at skabe et betydningsfuldt bidrag til udviklingen af kvalitetssikret og kvalitetssikrende patientorienteret sundhedsfremme inden for almenpraksis og apoteksvæsen i alle medlemslandene i den Europæiske Union. Projektets primære strategier var at:

- Sætte sundhedsfremme højere på dagsordenen - at gøre spørgsmålet mere relevant
- Fremme udvekslingen af viden og fælles lærdom i Europa
- Udvikle fælles europæiske perspektiver for emnet
- Støtte sundhedsfremme ved at
  - tilvejebringe systematisk organiseret viden om modeller for god og bedste praksis
  - identificere strategiske muligheder for national implementering
  - udvikle europæiske retningslinier, konklusioner og forslag

Efter omfattende samråd med partnerne blev den indledningsvis definerede strategi „udvikling af europæiske retningslinier“ opgivet, da den blev anset for at være hverken gennemførlig eller hensigtsmæssig. I stedet valgte man at anvende omfattende konklusioner og forslag.

## **Projektpartnere**

### **Projektkoordination**

Ludwig Boltzmann-Institute for the Sociology of Health and Medicine blev tilbudt at lede projektet på grund af deres fine resultater med at opbygge "The International Network of Health Promoting Hospitals" samarbejde med WHO Euro siden 1990. Institutet, som er en del af en større, privat, almennyttig forskningsorganisation i Østrig, er et WHO samarbejdscenter for hospitaler og sundhedsfremme.

Institutet har tidligere gennemført mindre projekter inden for området for Europa-Kommissionen (Generaldirektoratet for Sundhed og Forbrugerbeskyttelse).

### **Europæisk ekspertgruppe**

Internationale eksperter fra almenpraksis, apoteksvæsen, patientorganisationer, sundhedspolitik og sundhedsfremme samarbejdede i en "europæisk ekspertgruppe" med samråd med projektsponsorer og -koordinatorer om indhold og strategier. Organisationer fra de to brancher

Et samarbejde med organisationer inden for almenpraksis og apoteksvæsen blev etableret på europæisk og nationalt niveau.

Faglige sammenslutninger på europæisk niveau:

Som det første blev formændene for europæiske/ internationale faglige organisationer inviteret til i foråret 1998 at deltage i ekspertgruppen: for almenpraksis, Wonca Europe - ESGP/FM, UEMO og Europrev-Network; for apoteksvæsen, PGEU og EuroPharm Forum. Alle organisationer, bortset fra UEMO (den mediko-politiske organisation af almenpraktiserende læger), modtog invitationen og deltog personligt eller sendte en repræsentant. Som den næste foranstaltning blev disse organisationer samt FIP/Community Pharmacy Section anmodet om at deltage i organiseringen af den europæiske konference som "europæiske støttepartnere" for projektet. Denne anmodning blev imødekommet.

Faglige sammenslutninger på nationalt niveau:

I maj 1999 blev faglige sammenslutninger fra almenpraksis og apoteksvæsen (de, der repræsenterede faget juridisk/politisk) i EU's 15 medlemslande indbudt til at blive "transnationale partnere" i projektet. Andre nationale faglige organisationer (frivillige organisationer) blev informeret om projektet og inviteret til at samarbejde på et mere løst grundlag.

Det lykkedes inden for rammerne af projektet at etablere gode arbejdsmæssige forbindelser til partnerne i 12 af de 15 medlemslande hvad angår apoteksvæsen, og i 8 medlemslande hvad angår almenpraksis.

Selvom dette resultat nok må siges at være ganske tilfredsstillende, viste det sig, at det at finde nationale partnere var meget vanskeligere og meget mere tidskrævende end forventet. Projektkoordinatorene ser tre afgørende problemer som årsagen til disse vanskeligheder:

- Det har vist sig at være vanskeligt at henvende sig til de to erhverv i ét projekt – adskillige organisationer inden for almenpraksisen udviste åbenlyst forbehold over for et så tæt samarbejde med det andet erhverv.
- Inddragelsen af en sundhedspolitik (underforstået europæisk) i de to erhvervs dagligdag – ved at foreslå en udvikling af europæiske retningslinier – blev af adskillige potentielle partnere ikke anset for at være hensigtsmæssig.
- Den europæiske dimension har vist sig at være mindre attraktiv end forventet – ikke alle nationale partnere kunne overbevises om, at der fandtes en ekstra gevinst i den komplekse europæiske dimension.

Andre organisationer:

Foruden de faglige organisationer er det i projektet lykkedes at etablere samarbejde med

- IUHPE - International Union for Health Promotion and Education
- IAPO - International Alliance of Patients' Organizations
- WHO Regional Office for Europe

Disse organisationer har ligeledes fungeret som europæiske støttepartnere og medarrangører af konferencen.

## Projektets hovedprodukter

På baggrund af projektaftalen, råd fra den europæiske ekspertgruppe og drøftelser med projektpartnerne på to møder blev følgende slutprodukter defineret i april 2000 :

- Konceptafhandlinger i form af arbejdsdefinitioner for sundhedsfremme inden for almenpraksis og apoteksvæsen samt baggrundsafhandlinger baseret på litteratursøgning
- Landerapporter fra de deltagende medlemslande, leveret af nationale faglige sammenslutninger, som samarbejder i projektet, samt en tværfaglig analyse af disse rapporter
- En europæisk database med projekter til sundhedsfremme
- En europæisk konference om sundhedsfremme inden for almenpraksis og apoteksvæsen
- Projektkonklusioner og -forslag med opsummering af vigtige resultater i projektet
- En endelig publikation, så projektets resultater kunne distribueres til projektpartnerne og andre interesserede organisationer og enkeltpersoner.

## Milepæle for projektet

09/1998	Officiel projektstart
12/1998	1. møde i ekspertgruppen
03/1999	2. møde i ekspertgruppen
09/1999	Startmøde med partnerorganisationer
05/2000	2. projektmøde med partnerorganisationer og eksperter
11/2000	Europæisk konference i Bruxelles, lokalt afholdt af de faglige sammenslutninger fra apoteksvæsen og almenpraksis
11/2000	Lancering af en europæisk projektdatabase - med emnet sundhedsfremme inden for apoteksvæsenet - på Internettet (hjemmeside for projektet: <a href="http://www.univie.ac.at/phc">http://www.univie.ac.at/phc</a> )
indtil 2/2001	Yderligere udvikling af landerapporter, udvikling af en tværfaglig analyse, projektkonklusioner og -forslag. Redigering af konferenceforanstaltninger
indtil 4/2001	Redigering af en endelig publikation



## **Mulighederne for sundhedsfremme inden for almenpraksis og apoteksvæsen**

Det har vist sig at være vigtigt for samarbejdet med partnerne om disse produkter, at man opnår enighed om en fælles forståelse af begrebet sundhedsfremme.

På baggrund af "The Ottawa Charter for Health Promotion", udkast til koncepter, som er gennemgået på projektmøder, og en analyse af publiceret litteratur udviklede man arbejdsdefinitioner for sundhedsfremme inden for den primære sundhedssektor (Almenpraksis [dok 8], Apoteksvæsen [dok 7]) i samarbejde med partnerne inden for rammerne af en projektarbejdsgruppe.

Patient-/brugerorienteret sundhedsfremme inden for almenpraksis og apoteksvæsen kan betragtes som

- en proces med den almenpraktiserende læge/apotekeren og hans/hendes medarbejdere i et patientcentreret eller patientfokuseret aspekt - primært i et direkte samspil, ansigt til ansigt
- et forsøg på at gøre patienten/brugeren af almenpraksisen eller apoteket i stand til bedre at kunne bestemme over og forbedre hans/hendes helbred og sundhed (hvor sundhed skal forstås som ingen sygdom eller handicap), herunder de komplekse bio-psykosociale dimensioner af sundheden i hverdagen

På konferencen var der adskillige bidrag, som yderligere uddybede de konceptmæssige spørgsmål, især åbningsforedragene af Ilona Kickbusch [dok 24], som præsenterede principper for sundhedsfremme og fremhævede "sundhedsforståelse" som et vigtigt investeringsområde; af Claire Anderson [dok 23], som gav en oversigt over de mange muligheder for sundhedsfremme for apoteksvæsenet; af Chris van Weel [dok 26] med en gennemgang af forholdet mellem sundhedsfremme, koncepter for den primære sundhedssektor og et patientcentreret aspekt; af Sylvie Stachenko [dok 25], der skitserede de større rammer for sundhedspolitikken; og af Sue Ziebland [dok 27], der præsenterede et samfundsvidenskabeligt perspektiv for, hvad systematisk hensyntagen til patientens indfaldsvinkel (i modsætning til den faglige indfaldsvinkel) kunne betyde.

## **Konklusioner**

### **Hvorfor er almenpraksis og apoteket interessante rammer for sundhedsfremme?**

Almenpraksis og apoteket har begge gode muligheder for sundhedsfremme: i de fleste medlemslande udgør de indgangen til sundhedsvæsenet. Almenpraktiserende læger og apotekere anvendes med stor hyppighed og de ser regelmæssigt store og forskelligartede dele af befolkningen. Desuden består deres kreds af patienter/kunder af alt lige fra sunde og raske personer til kronisk syge personer og af folk fra alle sociale lag og etniske baggrunde.

De fleste almenpraktiserende læger, og også mange apotekere, har et mangeårigt forhold til mange af deres patienter/kunder. Almenpraksisen giver gode muligheder for en stærk person- og baggrundsfokusering, og apotekets aktiviteter omfatter også ofte interaktive, kommunikationsmæssige og rådgivningsmæssige aspekter, som kan udnyttes til sundhedsfremme.

### **Er sundhedsfremme blevet anerkendt som en integreret del af faglige roller – og i hvilken udstrækning er sundhedsfremme realiseret inden for den faglige praksis?**

Sundhedsfremme – forstået som et bredt, altomfattende koncept, der inkluderer forebyggende foranstaltninger og sundhedslære, primært udført med person-fokuserede aktiviteter i konsultationen – er blevet integreret i den rolleforståelse, som er fremsat af mange almenpraktiserende lægers sammenslutninger i Europa.

Sundhedsfremme har også fået forøget opmærksomhed som en opgave for apoteket: den vigtigste rolle for apotekerne forbliver udleveringen af medicin (herunder rådgivning), men opfattelsen af denne rolle er blevet bredere i de seneste år. Man forsøger nu at placere apotekeren som en vigtig medspiller i folkesundheden, og apoteket som et "sundhedscenter".

I drøftelser med begge erhverv forekommer det, at sundhedsfremme er mere attraktivt, jo tættere dets praktiske implementering er forbundet til de nuværende kerneopgaver for de to erhverv. Inden for apoteksvæsenet kan denne interesse også være forbundet til et generelt skifte til en patientcentreret indfaldsvinkel som et særligt aktiv for dette erhverv.

Der synes dog at være betragtelige muligheder for yderligere udvikling af sundhedsfremme i den daglige praksis: Det er i projektet lykkedes at synliggøre en række modeller og initiativer inden for forskellige områder af sundhedsfremme (se f.eks. den tværfaglige analyse af sundhedsfremme inden for almenpraksis og apoteksvæsen [dok 3]), men man har også fået øjnene op for den generelle mangel på systematiske oplysninger om dette emne i de fleste medlemslande. Alligevel forekommer det påfaldende, at den udstrækning, hvori enkelte almenpraktiserende læger og apoteker udnytter målsætningerne og principperne for sundhedsfremme i deres daglige praksis, varierer markant fra land til land og blandt de enkelte praktiserende læger og apotekere.

### **I hvilken udstrækning er sundhedsfremme blevet en del af faguddannelsen og undervisningen?**

Selvom der inden for begge erhverv er sat lovende initiativer i gang, figurerer sundhedsfremme og relevante færdigheder og kompetencer endnu ikke særlig markant inden for faguddannelsen og undervisningen. Dette er tydeligvis tilfældet, når man ser på den grundlæggende faguddannelse på universitetsniveau i de fleste af medlemslandene. Hvad angår den praktiske uddannelse inden for begge erhverv - systematiske indlæringsprocesser for relevante emner, f.eks. viden om forebyggelse og sundhedsudvikling, udvikling af praktiske kommunikationsfærdigheder - synes den at have gode muligheder for yderligere udvikling. Inden for apoteksvæsenet forekommer der at være en tendens til forøget opmærksomhed på relaterede spørgsmål.

Inden for den (frivillige) videreuddannelse af praktiserende læger har man udviklet et større antal strukturerede programmer for livslang uddannelse – en nødvendighed, som også anerkendes af faglige sammenslutninger inden for apoteksvæsenet.

### **I hvilken udstrækning er sundhedsfremme blevet en del af praksisforskning?**

Som det er tilfældet med mange andre ydelser inden for den primære sundhedssektor er aktiviteter til sundhedsfremme inden for almenpraksis og apoteksvæsenet endnu ikke blevet dokumenteret tilstrækkeligt eller evalueret. Selvom der findes adskillige modeller og initiativer, forekommer antallet af systematisk konstruerede, dokumenterede og evaluerede undersøgelser af aktiviteterne inden for dette område at være meget lille. Branchens begrænsede

interesse i nyskabelser og forskning, som ikke har med produkter at gøre, er en vigtig faktor, der kan forklare denne mangel.

Ikke desto mindre er nogle forskningsaktiviteter inden for almenpraksis, i takt med engagementet i nationale og multinationale forskningsinitiativer, under udvikling, og mindre lokale forskningsaktiviteter er ved at blive sat i gang. I mange lande er de forskningsmæssige infrastrukturer og foranstaltninger, som skal understøtte almenpraktiserende lægers engagement i forskning, endnu på et tidligt udviklingstrin. En sammenhængende struktur for forskning og evaluering synes endnu at mangle.

Inden for apoteksvæsenet er forskning, som er relevant for sundhedsfremme inden for dette erhverv, kun delvist gennemført sammenlignet med forskningsaktiviteterne inden for de traditionelle områder. Man kan dog støde på lovende initiativer til forskning, som er relateret til sundhedsfremme, hvad enten det foregår i universitetsfakulteternes afdelinger for sundhedsfremme eller socialmedicin eller via (internationalt) samarbejde mellem forskere og praktiserende læger/repræsentanter for de faglige grupper.

### **Hvad er virkningen af en infrastruktur for praktiseringen af sundhedsfremme?**

Ikke overraskende er økonomiske incitamenter (som det ses i godtgørelsesordninger) blevet gjort ansvarlige for, at deltagende faglige sammenslutninger i flere medlemslande ikke har udnyttet mulighederne inden for almenpraksisen i tilstrækkelig udstrækning. Det forekommer, at aktiviteter, som kan henføres under denne paraply af "sundhedsfremme", ikke får fornøden støtte i disse ordninger. Forholdsvis hyppigt repræsenteret er (især inden for socialforsikringssystemerne) forebyggende aktiviteter såsom cancerscreening, helbredsundersøgelser og ligeledes børneklivninger, samt specifik rådgivning på sygdomsorienterede klinikker. Men der synes næsten ikke at være nogen modeller, som uforbeholdent belønner kommunikationsmæssige eller relationsmæssige aspekter i konsultationen økonomisk. På den anden side synes sundhedsvæsener, som er kendetegnet ved fokusering på den primære pleje (hyppigere i nationale sundhedsvæsener), bedre at kunne gøre almenpraktiserende læger i stand til at arbejde med en samarbejdende og samvirkende samfundsorienteret indfaldsvinkel. I sundhedsvæsener, hvor de almenpraktiserende læger primært praktiserer enkeltvis, mente man, at denne form for almenpraksis ikke var befordrende for lægens arbejde med sundhedsfremme og forebyggelse. Ikke desto mindre har man lanceret enkelte projekter og initiativer, som har været i stand til at forcere denne barriere, og disse er blevet godt

modtaget lokalt. Hvad angår strategier til systematisk kvalitetsforbedring forekommer det, at kun få vejledningsinstrumenter (både retningslinier og protokoller) er blevet implementeret og at evaluering generelt mangler.

For apoteksvæsenets vedkommende domineres et (endnu ret kritisk) billede af incitamenterne af refusionssystemer, som overvejende er baseret på margener og/eller faste beløb pr. udleveret præparat. Selvom formidlingen af viden - såsom rådgivning på apoteket - tydeligt viser en produktforbindelse (medicin eller andre helbredsrelaterede produkter), vil man blive nødt til at udforske nye innovative systemer, som tager højde for den forøgede vægt på formidlingen af viden.

Organiseringen af arbejdet og udviklingen af de fysiske rammer kan også udvides yderligere med vægt på patient-/brugercentreret praksis, og kvalificeret personale kan tildeles mere tid til vejledning og rådgivning af patienter.

### **Findes der et potentiale for praktisering af sundhedsfremme i almenpraksis, apoteksvæsen og over for patienter/brugere?**

I forbindelse med projektet har man set en markant interesse i en integreret, samvirkende indfaldsvinkel til sundhedsfremme inden for den primære sundhedssektor med særlig fokus på patienterne, deres behov og krav (det patientcentrerede aspekt), som kan optimere sammenkoblingen mellem almenpraksis og apotek:

### **Forslag til Europa-Kommissionen**

I forbindelse med projektet har man udviklet forslag til mulige foranstaltninger, som Europa-Kommissionen kan gennemføre i forbindelse med ovenstående skitserede områder i konklusionerne (se Konklusioner og forslag [dok 4]).

For blot at fremhæve et enkelt punkt er man i projektet stødt på en betydelig mangel på forskning og udvikling af viden, især i forbindelse med aktiviteter til sundhedsfremme, som fokuserer på kommunikation.

En snæver forskningsbase og mangel på systematiske gennemgange, som gør det vanskeligt at skelne mellem innovation og almindelige lokale variationer, synes især at være problematisk inden for fagområder som medicin og apoteksvæsen, der er domineret af (teknologisk) innovation, som foregår med stor hastighed. Denne

teknologiske innovation får normalt god støtte af den branchefinansierede forskning og af efterfølgende analyse af denne forskning, som er systematisk udbredt inden for strukturer med Evidence Based Medicine, der giver almenpraktiserende læger hurtig og pålidelig information om god og bedste praksis.

Denne innovationsproces støttes også særdeles godt af en udførlig struktur af reklame, publikationer, konferencer, workshops og personlige repræsentanter for medicinalfirmaerne til de enkelte læger.

Hvis aktiviteterne til sundhedspleje og sundhedsfremme skal have en mere afbalanceret udvikling i de kommende år, og dermed give kommunikationsfokuserede aktiviteter (som de fleste sundhedsfremmende aktiviteter er) en rimelig chance i denne skrappe konkurrence om de almenpraktiserende lægers opmærksomhed og prioritering, bør Kommissionen investere i

- forskning (især projekter med en praksis-orienteret model), etablering af netværk og udveksling af erfaringer fra projekt til projekt
- støtte af strategier med Evidence Based Medicine til gennemgang og udbredelse med henblik på primære aktiviteter til sundhedsfremme
- konferencer og workshops
- indføring af denne type viden og færdigheder i alle former for faguddannelse.