

Forebyggende helbredsundersøgelser i almen praksis.

**Supplerende specifik forebyggelsesindsats samt aftalt forebyggelseskonsultation. (2304)
+(0106)**

- Et mindre litteraturstudie af baggrunden for implementering af ydelsen i almen praksis, samt en stikprøveundersøgelse af anvendelsen af ydelsen i en by og en landpraksis på Fyn.



Forord.

Vi vil først og fremmest gerne takke vores vejleder Lise Holm, læge, ph.d. studerende for hendes hjælpsomhed med fremskaffelse af artikler, hendes flittige vejledning og hendes tålmodig med færdiggørelsen af denne rapport.

Fra afdeling for Almen Medicin, Institut for Folkesundhed, Århus Universitet vil vi gerne rette en tak til Janus Laust Thomsen, projektleder, lektor speciallæge i Almen Medicin, ph.d. for udlån af den endnu ikke offentliggjorte evalueringsrapport over anvendelsen af 0106 ydelsen, som har været et værdifuldt redskab til evaluering af vores eget projekt.

Vi vil endvidere gerne takke Stig Hansen, Sundhedsstyrelsen for hjælp med at indsamle data fra landpraksis, samt statistiker Henrik Støvring for hjælp med de statistiske begreber.

Slutteligt vil vi gerne takke vores ægtefæller for deres computertekniske support samt aldrig svigtende tålmodighed, samt vores tilsammen mange børn der aldrig lod os i tvivl om de virkelige værdier i et sundt liv.

Dorthe Licht og Hanne Nymark Vorm

Odense, januar 2009

Formål:

Delformål 1: At belyse hvilke undersøgelser som lå til grund for sundhedsstyrelsens indførelse af ydelserne 0106 samt 2304 i almen praksis i 2006.

Delformål 2: At belyse anvendelsen af aftalt forebyggelseskonsultation(0106) med tillægsydelsen supplerende specifik forebyggelsesindsats (2304) i 2 forskellige praksis på Fyn.

Dette gøres ved et mindre kvalitetssikringeprojekt hvor følgende undersøges:

1) Hyppigheden af 2304-ydelsen benyttelse.

Forbruget af 2304-ydelsen beskrives ud fra, hvor mange gange ydelsen er brugt pr ydernummer og per læge. Variationen i anvendelsen af ydelsen mellem de undersøgte praksis beskrives overordnet og i forhold til praksis karakteristika vedrørende yders køn og alder samt organisationsstruktur/kompaniskabspraksis.

2) Ydelsesmodtagernes karakteristika.

Modtagerne af den aftalte forebyggelseskonsultation karakteriseres med køn og alder samt morbiditet og risikofaktorer for udvikling af livsstilssygdomme.

Ved journalgennemgang registreres forudgående diagnoser for patienter som har modtaget 2304-ydelsen.

3) Konsekvens af ydelsen

Det registreres om der ved undersøgelsen stilles ny diagnose, om der ordineres ny medicin relateret til undersøgelsen, og om ydelsen afstedkommer en opfølgende konsultation.

Ydelsen karakteriseres i forhold til om der er tale om primær- sekundær- eller tertiær profylakse.

Baggrund:

Primære forebyggende strategier for specifik intervention rettet mod forhøjet blodtryk, forhøjet kolesterolværdier, rygning, overvægt og for lav fysisk aktivitet, overforbrug af alkohol og nedsat hørelse er som enkeltstående interventioner blevet anset for at være effektive (1), og i flere lande, herunder England, Japan, USA og Canada, anbefales forebyggende helbredsundersøgelser til den midaldrende befolkning(2;3).

Der har i mange år i Danmark været et stigende politisk ønske om, at sundhedssektoren søger at forebygge livsstilsinducerede sygdomme, så som iskæmisk hjertesygdom, type 2 diabetes og lungesygdomme (4). Allerede i 1988 opstillede PLO og DSAM's forebyggelsesudvalg på baggrund af WHO's "Sundhed for alle år 2000", "10 mål for det forebyggende arbejde i

almen praksis". Et af målene var at reducere dødeligheden som følge af kredsløbssygdomme i befolkningen under 65 år med 15% .

Baggrunden for at PLO og DSAM 's forebyggelsesudvalg netop valgte forebyggelse af iskæmisk hjertesygdom(IHS) som et af målene for en forebyggende indsats var, at man havde videnskabelig dokumentation for, at en indsats overfor risikofaktorerne for IHS kunne medføre en reduktion af incidensen og mortaliteten af IHS, samt at praktiserende lægers indsats havde betydning herfor (5) .

I forbindelse med udsendelsen af DSAM's vejledning om forebyggelse af iskæmisk hjertesygdom i 1999, indgik Praktiserende Lægers Organisation ved overenskomsten med Sygesikringen en aftale om, at praktiserende læger kunne tilbyde forebyggende konsultationer til personer, som efter lægens vurdering har mere end 20 % risiko for at udvikle iskæmisk hjertesygdom indenfor 10 år.

Man havde endvidere fra Storbritanien erfaringer med sundhedsøkonomiske omkostnings og effekt registrering fra to store kontrollerede randomiserede studier af forebyggende helbredsundersøgelser udført i almen praksis, nemlig The Family heart study og The Oxcheck Study group (6-8). Ved sammenligning af disse studier viste det mindre intensive Oxcheck program sig at være det mest omkostningseffektive målt på risikoreduktion og vundne leveår uanset køn og antagelser om hvor længe reduktionen af risikoscore vil vedvare efter intervention.(9).

I 1991 påbegyndes "-Sundhedsprojekt Ebeltoft", en randomiseret og kontrolleret undersøgelse af effekt og konsekvenser af, at tilbyde forebyggende helbredsundersøgelser og -samtaler i almen praksis. Deltagerne i projektet var mænd og kvinder mellem 30 og 49 år, bosiddende og tilmeldt lægepraksis i Ebeltoft kommune.

I undersøgelsen indgik i alt 1507 personer fordelt på 2 interventionsgrupper (1006 personer) og en kontrolgruppe (501 personer).

Ud fra "Sundhedsprojekt Ebeltoft" udfærdiger Sundhedsstyrelsen to særskilte rapporter.

I 2006 udkom Forebyggende helbredsundersøgelser og helbredssamtaler i almen praksis - en sundhedsøkonomisk analyse af "sundhedsprojekt Ebeltoft".

Rapporten er en sundhedsøkonomisk analyse af, om det vil være omkostningseffektivt at implementere forebyggende helbredsundersøgelser og -samtaler i Danmark. Konklusionen på rapporten er, at tilbud om helbredsundersøgelser og -samtaler tilbudt til 30-49 årige mænd og kvinder er omkostningseffektivt set i forhold til tilbuddet om spørgeskemaundersøgelser.

Tilbuddet om intervention i form af helbredsundersøgelse og -samtaler har signifikant bedre effekt, opgjort over en periode på 5 år, set i forhold til tilbuddet om spørgeskemaundersøgelse, i form af flere vundne leveår.

Tilbuddet om helbredsundersøgelser og -samtaler til interventionsgrupperne ikke signifikant dyrere end tilbuddet til spørgeskemagrupperne, opgjort over en periode på 6 år.

Opgørelsen af vundne leveår er baseret på en antagelse af livslang effekt af interventionerne og resultaterne skal dermed tages med et vist forbehold. De beregnede udgifter er derimod kun opgjort over en periode på 6 år og det forventede fremtidige mindre forbrug i interventionsgruppen er ikke medregnet (10).

I 2006 udkom ligeledes i tilslutning til ovenstående rapport en analyse af patientperspektivet med det formål at belyse, om befolkningen ønsker, at der skal være et tilbud om generelle helbredsundersøgelser, og om der er etiske, psykologiske eller sociale problemer knyttet til indførelsen. Rapporten konkluderer at såfremt der er dokumentation for, at et tilbud om forebyggende generelle helbredsundersøgelser med helbredssamtaler medfører reduktion i risiko for sygdom og tidlig død og såfremt man derfor ønsker at tilbyde generelle helbredsundersøgelser og helbredssamtaler til befolkningen, er der med den foreliggende viden ikke noget, der taler imod at indføre tilbuddet til befolkningen (11).

Beslutningen om indførelsen af aftalt forebyggelseskonsultation 0106 samt tillægsydelse 2304 blev truffet i Fagligt Udvalg bestående af repræsentanter for PLO, danske regioner, sundhedsministeriet og sundhedsstyrelsen april 2006. Baggrunden var bl.a. det ovennævnte Sundhedsprojekt Ebeltoft samt en PHD afhandling af Bo Christensen, om forebyggelse af iskæmisk hjertesygdom i almen praksis (12). Der forelå således ikke egentlig klinisk evidens for indførelsen, men ovenstående undersøgelser samt de præliminære resultater fra Ebeltoftstudiet gav anledning til at indføre ydelsen.

Fra fagligt udvalg, udkom der 2007 en vejledning om anvendelsen af aftalt forebyggelseskonsultation og tillægsydelser i almen praksis (13).

Om *aftalt forebyggelseskonsultation 0106* fremgår det, at ydelsen er en i forvejen aftalt konsultation med et specifikt forebyggende formål.

Det forebyggende formål kan vedrøre kost, motion, rygning, alkohol og andet misbrug, fysiske forhold, sociale og psykiske forhold.

Konsultationen kan gennemføres ved klinikpersonale.

Der skelnes ikke mellem primær, sekundær og tertiær forebyggelse.

Ydelsen kan gives på lægens initiativ.

En forebyggelseskonsultation kan ikke anvendes til udredning og behandling.

Tillægsydelsen Supplerende Specifik forebyggelsesindsats, ydelse 2304.

Beskrives som en samlet risikovurdering og ressourcevurdering samt målsætning for udvikling af alvorlige kroniske sygdomme, komplikationer eller tilsvarende tilstande.

Kan også indeholde opfølgende demenssamtale med tværfaglig koordinerende indsats.

Anvendes som forebyggelsesindsats mod de store kroniske sygdomme også i form af årsstatus og undersøgelse i henhold til faglig anbefaling og klinisk vejledning.

Indeholder Systematisk samlet risikovurdering og ressourcevurdering

Status af pt helbredssituation

Vurdering af medicinordinationer

Fastlæggelse af behandlingsmål

Ydelsen kan kun anvendes sammen med en aftalt forebyggelseskonsultation.(0106)

Materiale og metode:

Litteratursøgningsprotokol

Den første litteratursøgning blev foretaget i PubMed. Søgningen var systematisk og de primære søgeord var health check og general practice. Dette gav i alt 473 artikler.

Efter manuel gennemlæsning af overskrifter blev relevante artikler udvalgt og bestilt via Videncenteret eller udprintet fra PubMed.

Vi søgte endvidere på sundhedsstyrelsens hjemmeside, og fandt der 2 videnskabelige rapporter udgivet af Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering vedrørende Ebeltoftprojektet.

Der blev endvidere foretaget manuel litteratursøgning med udgangspunkt i en gennemgang af referencelisterne på de artikler, der blev fundet ved den elektroniske litteratursøgning.

Slutteligt blev der foretaget en elektronisk litteratursøgning på specifikke forfattere, og 2 PhD afhandlinger fremskaffet efter personlig henvendelse til forfatterne.

Evalueringsrapporten over 0106 ydelsen som endnu ikke er publiceret er fremskaffet ved personlig henvendelse til Janus Laust Thomsen projektleder, lektor, speciallæge i almen medicin, ph.d.

Datasøgning i praksis

Data findes for alle forebyggelseskonsultationer med supplerende specifik forebyggelsesindsats (0106+2304) i land og bypraksis i en given periode.

For landpraksis vedkommende anvendes datasystemet Æskulab. Data er søgt via sygesikringens centrale register, idet datasystemet Æskulab ikke kunne anvendes til søgning. Her fremkom en liste på 514 patienter fra tidsrummet januar 2007 til juli 2008. Ud fra denne liste vælger man en stikprøve på 50 tilfældigt udvalgte patienter. I listen af patienter fra sygesikringens centralregister fremgår konsultationsdatoen ikke, men ud fra data og journalgennemgang kunne man fastsætte hvilken konsultation der var tale om.

For bypraksis vedkommende anvendes datasystemet Medwin og her kan data findes ved at finde alle regninger for ydelsen 0106+2304 i statistikprogram. Der fremkommer en samlet liste på 78 patienter for perioden 1/1-07 til 31/12-07. Heraf gennemgås de første 50 patienter. Patienterne er listet efter dato og man antager at der ikke er signifikant forskel på udkommet af konsultationen, eller patientdemografi, i forhold til den dato konsultationen er foretaget. Køn og alder for patienterne registreres.

I landpraksis har man indført at patienterne diagnosekodes og man kan derfor ekstrapolere diagnose koderne direkte til opgørelsen. Dog har man for begge praksis vedkommende sat flere diagnoser på ud fra journalnotaterne, patienternes medicinske behandling, foreliggende blodprøver og kliniske undersøgelser.

Efter gennemlæsning kunne man registrere følgende data og diagnoser:

Om der var udregnet BMI, hvis vægt og højde var angivet blev det udregnet om pt havde BMI >30. Hvis der ikke var angivet højde (ej heller tidligere registreret) men blot en vægt registreres data som 0 med mindre pt blev beskrevet som adipøs hvor pt indgik i kategori BMI >30.

Hyperkolesteolæmi. Dvs om der var kolesterolværdi som blev påtalt som forhøjet, eller om patienten var i medicinsk lipidsænkende behandling. Vi har ikke registreret nøjagtige værdier for kolesterol, ej heller taget stilling til om diagnose hyperkolesterolæmi var berettiget ud fra nuværende retningslinier.

Hypertension. Dvs om de var i behandling for hypertension, eller fik målt BT som blev registreret som forhøjet. Den nøjagtige værdi for blodtryk er ikke registreret i vores gennemlæsning.

Diabetes type 1 eller 2. Registreret ud fra blodsukkerværdier, medicinering og diagnosekodning. Patienterne er registreret med diagnosen diabetes hvis de får antidiabetisk medicinsk behandling, hvis de kommer til årskontrol af diabetes, eller det er nævnt fra lægen at de skal til yderligere kontrol af blodsukker. Diætreguleret diabetes er også registreret som aldersdiabetes.

Iskæmisk hjertesygdom. Hvis lægen noterer at patienten har iskæmisk hjertesygdom eller patienten er kodet til at have sygdommen. Hvis patienten er i medicinsk behandling for iskæmisk hjertesygdom.

KOL eller astma. Opgjort ud fra medicinsk behandling forud for undersøgelsen. Hvis der er foretaget lungefunktionsundersøgelse er selve lungefunktionsundersøgelsen ikke vurderet i forbindelse med vores gennemgang, med mindre lægen har noteret at der er nedsat lungefunktion som led i KOL eller astmatisk sygdom.

Hypo- eller hyperthyreose. Opgjort ud fra medicinsk behandling forud for undersøgelsen. Alle patienter registreret med både hypo- og hyperthyreose. Blodprøveværdierne er ikke gennemgået idet man må formode at et eventuelt problem med stofskifte vil fremgå af lægens vurdering.

Andre diagnoser. Pga den lave forekomst i undersøgelsen ses under samlet betegnelse "andre diagnoser".

Rask/kroniker. Raske patienter definerer vi ved, at patienten ikke har en kronisk diagnosekode og ikke er i varig medicinsk behandling. Vi tæller ikke patienter som har BMI >30 som raske. Kroniske patienter er patienter som har en diagnose relateret til de otte folkesygdomme:
Aldersdiabetes
Kræftsygdomme

Hjerte-karsygdom
Knogleskørhed
Muskel-og skeletlidelser
Astma og allergiske sygdomme
Psykiske lidelser
KOL

Patienter som har hypertension og er behandling medregnes som kronikere. Patienter som har BMI>30 medregnes ikke som kronikere. Indeholdt i kroniker diagnosen regner vi også stofskiftelidelser og blodsygdomme.

Ny medicin. Får patienterne ordineret ny medicin som følge af undersøgelsen. Dvs hvis medicinen ordineres i tilknytning til oplysninger som fremkommer ved undersøgelsen. Herunder indgår også ændring i dosis af tidligere medicin.

Opfølgende konsultation. Har patienten været til opfølgende konsultation efter den registrerede forebyggelseskonsultation. Her medregnes kun konsultationer som er relevante i denne sammenhæng. Hvis de har konsulteret lægen i anden anledning, f.eks akutte infektionssygdomme, er disse konsultationer ikke medregnet.

Ny diagnose. Er der stillet en ny diagnose ved undersøgelsen, eller i forbindelse med videre udredning som iværksættes, som resultat af den forebyggende helbreds-konsultation. Hvilke diagnoser der stilles er registreret ved gennemlæsningen. Det er primært hyperkolesterolæmi som er en hyppig forekommende ny diagnose, og derfor er det den diagnose der er lavet separat opgørelse for. Øvrige nye diagnoser er listet i opgørelsen som “andre nye diagnoser”.

CVD risikovurdering. Det er registreret om der er listet en kardiovaskulær risikuvurdering enten i form af et procenttal, eller at det nævnes at patienten har forhøjet risiko eller ikke anses for at have forhøjet risiko for kardiovaskulær sygdom. Den aktuelle værdi er ikke registreret, men der er udelukkende set på om der er foretaget en vurdering.

Rygning. Er det oplyst i journalen om patienten er ryger eller ikke ryger.

Statistik

For alle resultater har vi beregnet sandsynlighed og specifikke p-værdi samt konfidensinterval. Den sande værdi for den registrerede parameter ligger med 95% sikkerhed indenfor det beregnede konfidensinterval.

$$p = \text{antal} / \text{totale antal (n)}$$

$$se(p) = \text{sqrt.} (1/n * p (1-p))$$

$$CI = p \pm 1,96 * se(p)$$

Resultater

Alder og køn for stikprøve tabel 1 og tabel 2

Vi har gennemgået journaler fra 50 patienter fra hver praksis. I landpraksis er gennemsnitsalderen for patienterne næsten 10 år højere end i bypraksis. Henholdsvis 61,64 år i forhold til 52,50 år for patienterne i bypraksis.

Fordelingen af mand/kvinde er forskellig. I landpraksis er der lige fordelt mænd og kvinder og i byen er der overvejende kvinder med 41 kvinder mod 9 mænd.

Tabel 1

Gennemsnits alder	år
landpraksis	61,64
Bypraksis	52,5
Medianalder	
landpraksis	63
bypraksis	51

Antal 2304-ydelser pr læge

Landpraksis er en 4 mands kompaniskab med 2 kvinder og 2 mænd med en gennemsnitsalder på 51 år. Der er i en 1½ årig periode anvendt i alt 514 2304-ydelser svarende til 171 ydelser pr ½ år, svarende til 42,7 ydelse pr læge.

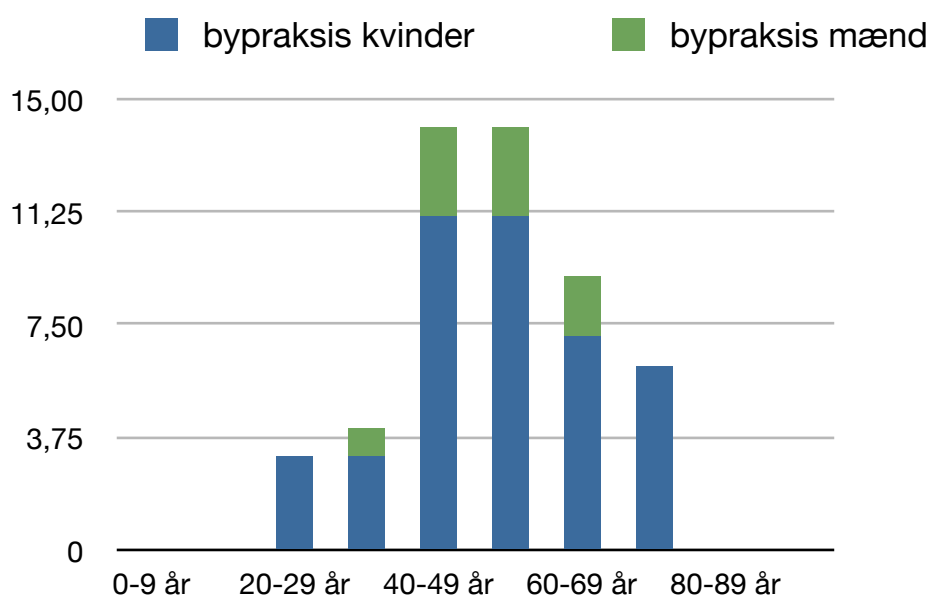
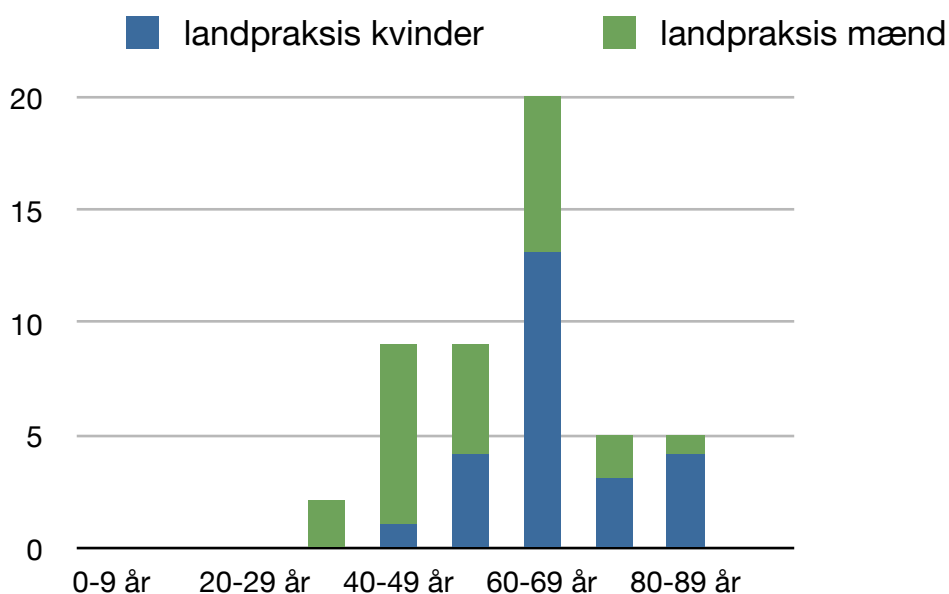
Bypraksis er en 2 mands kompaniskabspraksi med 2 kvindelige læger med en gennemsnitsalder på 51 år. Der er i en periode på 1 år anvendt ialt 78 2304-ydelser svarende til 39 ydelser pr læge og for 1/2 år altså *19,5 ydelser pr læge*.

Tabel 2

Alderfordeling af patienterne i stikprøverne som har modtaget 2304 ydelser fordelt på køn og 10 års aldersgrupper

køn/ alder	0-9 år	10-19 år	20-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-69 år	70-79 år	80-89 år	90 år +	ialt
landp raksis kvind er	0	0	0	0	1	4	13	3	4	0	25
landp raksis mæn d	0	0	0	2	8	5	7	2	1	0	25
bypra ksis kvind er	0	0	3	3	11	11	7	6	0	0	41
bypra ksis mæn d	0	0	0	1	3	3	2	0	0	0	9
ialt	0	0	3	6	23	23	29	11	5	0	100

Tabel 2 fortsat



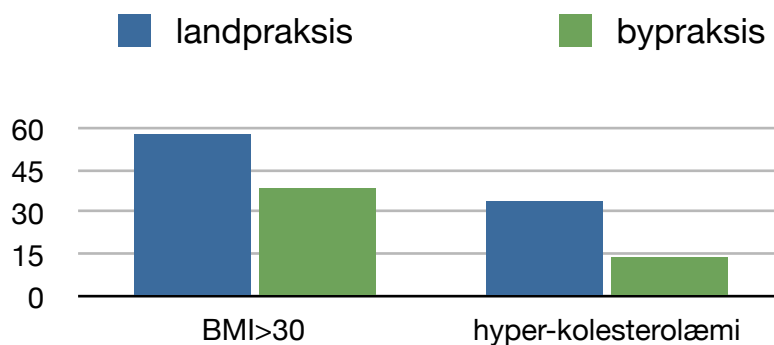
BMI tabel 3 og tabel 5

36% af patienterne i landpraksis BMI > 30 og 26% af patienterne i bypraksis BMI > 30 opgjort som procent af alle 50 patienter for hver praksis.

I landpraksis var der ialt 24(48%) patienter og i bypraksis 33(66 %) patienter som havde fået registreret BMI.

I landpraksis har 58 procent, af de som har fået målt BMI, et BMI >30. I bypraksis er det 39 procent, af de som har fået målt BMI, som har BMI > 30.

Tabel 3



	BMI>30	hyper-kolesterolæmi
landpraksis	58	34
bypraksis	39	14

Hyperkolesterolæmi tabel 3 samt tabel 5

I landpraksis har 34 procent af patienterne diagnosen hyperkolesterolæmi forud for konsultationen, og yderligere 10 procent får stillet diagnosen som resultat af konsultationen. I bypraksis har 14 procent diagnosen hyperkolesterolæmi forud for konsultationen, og yderligere 24 procent får stillet diagnosen som resultat af konsultationen. Der er 1 patient i bypraksis med kendt hyperkolesterolæmi som efter undersøgelsen ikke bibeholder diagnosen.

Hypertensions tabel 5

Her ses at der er 50% i landpraksis med hypertension mod 14% i bypraksis. Disse patienter indgår i tabel 8, hvor man opgør antallet af patienter med kronisk diagnose forud for konsultationen.

Diabetes tabel 5

I landpraksis har 18 procent diagnosen diabetes mod 2 procent i bypraksis. Disse patienter indgår også i tabel 8 som patienter med kronisk diagnose.

Iskæmisk hjertesygdom (IHD) tabel 3

I landpraksis har 12% IHD forud for konsultationen og i bypraksis 4%. Disse patienter indgår også i tabel 8 som patienter med kronisk diagnose.

KOL + Astma tabel 5

I landpraksis har 4 procent diagnosen mod 6 procent i bypraksis. Disse patienter indgår også i tabel 8 som patienter med kronisk diagnose.

Stofskiftelidelse tabel 5

I landpraksis har 6 procent stofskiftelidelse og i bypraksis 4 procent. Disse patienter indgår også i tabel 8 som patienter med kronisk diagnose.

Andre diagnoser Tabel 5

Ses hos 20 procent af patienterne i landpraksis og 24 procent af patienterne i bypraksis. Diagnoserne nævnes her i vilkårlig rækkefølge og uden opgørelse af antal patienter med diagnosen:

Apopleksia cerebri

Perniciøs anæmi

Osteoporose

Anæmi B 12 mangel

Dyspepsi/gastritis

Potensproblemer

Skadeligt brug af alkohol

Hashmisbrug

Rygsmærter

Rheumatoid artrit

Depression

Kræftsygdomme med c.coli, c.mammae, c.pulm, Kronisk lymfatisk leukemi

Raske Tabel 4 og Tabel 5

Ingen patienter i landpraksis var foruden diagnose forud for konsultationen. I bypraksis var 30 procent af patienterne uden diagnose forud for konsultationen. Efter konsultationen var der fortsat 22 procent som ikke havde diagnose.

Tabel 4

FORTSAT RASK AF PRIMÆRT RASKE	primært rask	fortsat rask
landpraksis	0	0
bypraksis procent (antal)	30 % (15)	22 % (11)

Tabel 5

	procent	se(p)	konfidens- interval (CI)
BMI >30 BLANDT DE REGISTREREDE			
landpraksis	58%	0,1	0.58+/-0.20
bypraksis	39%	0,084	0.39+/-0.16
BMI > 30 BLANDT ALLE			
Landpraksis	36%	0,067	0,36+/-0,13
bypraksis	26%	0,062	0,26+/-0,12
HYPERKOLESTEROLÆMI			
landpraksis	34%	0,067	0.34+/-0.13
bypraksis	14%	0,049	0.14+/-0.10
HYPERTENSION			
landpraksis	50%	0,07	0.50+/-0.14
bypraksis	14%	0,049	0.14+/-0.10
DIABETES			
landpraksis	18%	0,054	0.18+/-0.11
bypraksis	2%	0,02	0.02+/-0.04
IHD			
Landpraksis	12%	0,046	0.12+/-0.09
Bypraksis	4%	0,028	0.04+/-0.05
KOL+ASTMA			
landpraksis	4%	0,028	0.04+/-0.05
bypraksis	6%	0,034	0.06+/-0.07
STOPSKIFTTELIDELSE			
landpraksis	6%	0,034	0.06+/-0.05
bypraksis	4%	0,028	0.04+/-0.05
ANDRE DIAGNOSER			

	procent	se(p)	konfidens-interval (CI)
landpraksis	20%	0,057	0.20+/-0.11
bypraksis	24%	0,06	0.24+/-0.12
RASKE/-DIAGNOSE			
landpraksis	0	0	0
bypraksis	30%	0,065	0.30+/-0.13
NY DIAGNOSE			
landpraksis	26%	0,062	0.26+/-0.12
bypraksis	26%	0,062	0.26+/-0.12
NY MEDICIN			
landpraksis	30%	0,065	0.30+/-0.13
bypraksis	30%	0,065	0.30+/-0.13
KOMMER TIL OPFØLGENDE KONS			
landpraksis	90%	0,042	0.90+/-0.08
bypraksis	72%	0,063	0.72+/-0.12
rygerstatus oplyst			
landpraksis	30%	0,065	0.30+/-0.13
bypraksis	54%	0,07	0,54+/-0,14
CVD risikovurdering foretaget			
landpraksis	16%	0,052	0,16+/-0,10
bypraksis	42%	0,07	0,42+/-0,14

Ny diagnose Tabel 5 og 6, og ny medicin Tabel 5

I landpraksis får 26 procent stillet ny diagnose. Opgørelse over nye diagnoser fremgår af tabel 6 og 7. 10 procent af samlede antal pt på n=50 får stillet diagnosen hyperkolesterolæmi og 16 procent får andre diagnoser. Blandt disse kan nævnes kroniske diagnoser som osteoporose, hypertension, angina pectoris, kronisk iskæmisk hjertesygdom og diabetes mellitus. 74 procent har uændret diagnose. 30 procent får ny medicin.

I bypraksis får 26 procent stillet en ny diagnose. I tabel 6 og 7 ses at 24 procent diagnostiseres med hyperkolesterolæmi, og der stilles ikke andre nye diagnoser. Differencen på 2 procent er en patient som tidligere havde hyperkolesterolæmi og efter konsultationen får slettet den diagnose. Uændret diagnose forekommer hos 76 procent. 30 procent får ny medicin.

Tabel 6

	procent	se(p)	konficens interval (CI)
hyper-kolesterolæmi som ny diagnose			
landpraksis	10%	0,042	0,1+/-0,08
bypraksis	24%	0,06	0,24+/-0,12
andre nye diagnoser			
landpraksis	16%	0,052	0,16+/-0,10
bypraksis	0	0	0
uændret diagnose			
landpraksis	74%	0,062	0,74+/-0,12
bypraksis	76%	0,06	0,76+/-0,12

Opfølgende konsultation Tabel 5

90 procent af patienterne i landpraksis og 72 procent af patienterne i bypraksis har siden været til opfølgende konsultation.

Risikovurdering. Tabel 5

I landpraksis har 8 patienter (16 procent) af patienterne fået foretaget CVD risikovurdering. I bypraksis har 21 patienter (42 procent) af patienterne fået foretaget CVD risikovurdering.

Rygerstatus oplyst Tabel 5

Rygerstatus er oplyst hos 30 procent af patienterne i landpraksis og 54 procent af patienterne i bypraksis.

Kronikere/tertiær profylakse. Tabel 7 og tabel 4

Tabel 7

kronisk diagnose	procent	Se(p)	Konfidens-interval (CI)
landpraksis	74%	0,062	0,76+/-0,09
bypraksis	40%	0,069	0,40+/-0,10

Definition af primær versus sekundær og tertiær profylakse se bilag A(14).

Antal kronikere er opgjort som nævnt i metode og materiale.

I landpraksis opgøres at 74 procent af patienterne forud for ydelsen var kronikere, dvs at der var tale om en tertiær profylaktisk ydelse. I resterende 26 procent af konsultationerne er anvendelsen til sekundær profylakse og tidlig opsporing og slet ingen til primær profylakse.

I bypraksis har 40 procent af patienterne en kronisk diagnose forud for konsultationen og hermed var der tale om tertiær profylaktisk ydelse. 60 procent har ikke kronisk diagnose. I alt 15 patienter(30%) af patienterne var primært raske og 11 patienter(22 %) var fortsat raske efter konsultationen. For disse 11 patienters vedkommende har man anvendt konsultationen i primært forebyggende øjemed eller for alle 15 patienter som primært var raske har man anvendt konsultationen som tidlig opsporing/sekundær forebyggelse.

Diskussion.

I vores opgave har vi lagt vægt på at finde frem til nogle af de mest betydningsfulde studier der giver klinisk evidens for indførelsen af forebyggelseskonsultationer i almen praksis. WHO skønner, at 70 % af alle lidelser i år 2020 skyldes livsstilsfaktorer (15). heriblandt fysisk inaktivitet, overvægt, uhensigtsmæssig ernæring , rygning og alkoholmisbrug. Primær forebyggelse rettet mod disse faktorer er således af største betydning for folkesundheden. Forebyggende helbredsundersøgelser, der er rettet specifikt imod forebyggelsen af hjertekarsygdom har i flere undersøgelser vist sig at kunne opfange og formindske risikofaktorer for hjertekarsygdom.

Således konkluderer man i et Cochrane *review* af 18 randomiserede studier, at helbredsundersøgelser har gunstig virkning på primær forebyggelse af hjertekarsygdom. I studiet fandt man at helbredsundersøgelser kan formindske risikofaktorer som hypertension, rygning og hyperkolesterolæmi. Trods forbedring af risikofaktorer for CVD fandt man i samme Cochrane review ingen forskel i hverken total dødelighed eller død af kardiovaskulære årsager (16).

Resultaterne fra et 5 års opfølgningsstudie af Ebeltoft undersøgelsen har vist en meget høj deltagelsesrate for både helbredsundersøgelser og helbredssamtaler. 75 % deltog fra start og 85 % deltog mindst en gang i løbet af en 5 års opfølgningsperiode.

Der var en absolut reduktion af prevalensen af deltagere med forhøjet CVD risiko i interventionsgruppen sammenholdt med kontrolgruppen. Reduktionen af CVDR skete primært på baggrund af livsstilsændringer uden brug af forebyggende medicin. Undersøgelsen var økonomisk dominant, dvs forebyggelsesundersøgelser og helbredssamtaler medførte en signifikant reduktion af risikofaktorer og dermed øgning i forventet restlevetid uden ekstra

omkostninger. Der var en samlet positiv opfattelse af forebyggelseskonsultationer og helbredssamtaler (17).

Ebeltoftundersøgelsen adskiller sig fra de 2 eneste tidligere randomiserede og kontrollerede undersøgelser af forebyggelsesundersøgelser i primær sektoren ved at forebyggelseskonsultationer i Ebeltoft undersøgelsen blev udført ved praktiserende læger, mens det i de øvrige undersøgelser var sygeplejersker der forestod konsultationerne (6-8). De praktiserende læger bliver fra såvel politisk som fra lægefaglig side anset som nøgleaktører i forbindelse med forebyggende helbredsundersøgelser og helbredssamtaler (18).

I Danmark fandt vi, at der ikke var egentlig klinisk evidens for at indføre ydelserne, men at de foreløbige resultater fra Ebeltoft-undersøgelsen pegede i retning af en gavnlig effekt på hjertekarsygdomme i form af en signifikant reduktion af kendte risikofaktorer.

I den endnu ikke publicerede evalueringsrapport over 0106 ydelsen (19) ses på diagnoser i Landspatientregisteret, kontakter i sygesikringsregisteret samt medicinforbrug i Lægemiddelregisteret forud og efter 0106-ydelsen, samt 2304 og 2305. Samtidigt ses også på selvoplyste livsstilsparametre og kronisk sygdom for personer fra "Sundhedsprofilen" i region Midtjylland. Ovenstående rapport gør udelukkende brug af registerdata. Som supplement hertil har vi har valgt at forsøge at karakterisere den patientkategori nærmere, som har modtaget 2304 ydelsen ved en gennemgang af journaler og en systematisk opsamling af diagnosekoder.

Vi har valgt at se på udvalgte data, idet undersøgelsen ellers ville blive for omfattende. Den tidsmæssige begrænsning for projektet har gjort, at vi har måttet udvælge en stikprøve på 50 patienter fra hver praksis ud af det samlede antal modtager af ydelsen i en nærmere afgrænset periode. Det begrænser selvfølgelig data en del. Vi har valgt udelukkende, at foretage diagnoseregistrering, og har derfor ikke aktuelle tal for hverken BMI, kolesteroltal, blodtryk eller blodsukker. For at undersøge validiteten af vores resultater fra stikprøveundersøgelsen, har vi udregnet konfidens intervaller for de fundne værdier.

På det tidspunkt vi begyndte at opgøre vores tal forelå hverken resultaterne af 5 års opfølgelsen fra Ebeltoft studiet (17) eller evalueringsrapporten over 0106-ydelsen. Det havde været mere ideelt hvis vi havde kendskab til hvilke parametre de havde anvendt forud for opstart af vores projekt idet man så kunne sammenligne tallene direkte.

Undersøgelsen er ment som et mindre kvalitetssikringsprojekt.

Vi fandt i vores stikprøve undersøgelse en gennemsnitsalder på 61,6 år for landpraksis og 52,5 år for bypraksis. Den tilsvarende median alder var henholdsvis 63 og 51 år. Da gennemsnitsalder og medianalder for begge praksis er næsten sammenfaldende kan vi antage at vores populationer i stikprøverne er normalfordelte.

I evalueringsrapporten over 0106-ydelsen, fremgår det at hovedparten af 0106 ydelserne gives til personer over 40 år. Fordelingen af 2304 ydelsen følger fordelingen af 0106 ydelsen mht pt alder og køn. Modtagerne af ydelsen i de enkelte aldersgrupper rummer en næsten ligelig fordeling af mænd og kvinder med en lille overvægt af kvinder blandt de yngre og ældre.

Vores data ligger sig tæt op af disse og viser at det primært er aldersgruppen over 40 år der modtager ydelsen. Ydelsen har slet ikke været brugt til gruppen af børn og unge under 20 år. Blandt ydelsesmodtagerne i bypraksis er der en stor overvægt af kvinder.

Forskellen mellem de demografiske data for de to praksis afspejler formentlig en forskellig patientpopulation i land og bypraksis.

En bypraksis og kompaniskabspraksis med udelukkende kvindelige læger har forventeligt et større antal kvindelige pt end en landpraksis der har en ligelig kønsfordeling blandt lægerne. Gennemsnitsalderen for begge stikprøver samt landsopgørelsen af anvendelsen af 2304 adskiller sig fra alderen på patienterne der blev indbudt til Ebeltoftprojektet.

Antallet af 2304 i de to praksis, hvor ligger det i forhold til landsgennemsnittet:

Vi fandt i vores undersøgelse en gennemsnitlig anvendelsen af 2304 ydelsen pr læge på henholdsvis 42,7 ydelse pr læge i landpraksis og 19,5 ydelse pr læge i bypraksis opgjort over en ½ årlig periode.

Gennemsnitsalderen for lægerne i de to praksis var 51 år for begge praksis.

Vores resultater ligger lidt over, hvad man finder i opgørelsen fra evalueringsrapporten for 0106 ydelsen. Denne viser for tilsvarende praksistype og aldersgruppe et antal ydelser på 16,2 ydelse / læge i aldersgruppen 50 -59 år over en ½ årlig periode, nemlig fra uge 14 -39 2007.

Med en ca 10 års forskel i medianalder og gennemsnitsalder mellem stikprøvepopulationen i de to praksis vil man forventeligt finde en større morbiditet blandt patienterne i den ældre aldersgruppe. Det større antal ydelser pr læge i landpraksis sammenholdt med bypraksis kunne afspejle ydelsens anvendelse til kontrol af kronikere, med behov for regelmæssig opfølgning.

Det skal bemærkes, at de fundne tal er et udtryk for et tidsbillede, der knytter sig til den valgte opfølgningsperiode. Man har således i 0106 rapporten fundet en sæsonvariation med et lavt forbrug i sommerferieperioden.

Samtidigt må man overveje om der er et stigende forbrug over tid. Dette kunne afspejle at ydelsen i uge14-37 2007 endnu ikke var fuldt implementeret.

Den lidt hyppigere anvendelse af ydelsen i vores undersøgelse kunne således afspejle en bedre implementering af ydelsen siden uge 39 2007, da man i landpraksis har udtrukket data på ydelsen fra en længere periode dvs. fra jan 2007 til og med juni 2008, og i bypraksis for hele året 2007.

Dette understøttes af en opgørelse af ydelsesforbruget i Region Midtjylland fra Jan 2007 til marts 2008 for 0106 ydelsen. Denne viser et helt klar større forbrug af 0106 ydelsen i de første 12 uger af 2008 uger end i de samme uger af år 2007.

Stigningen af 0106 ydelsen er i denne periode på 49%, mens antallet af 0101 ydelser kun er steget godt 5%.

Patienter som har hypertension og er i antihypertensiv behandling medregnes som kronikere. Det kan diskuteres om de er kroniske, idet mange patienter formentlig kunne undvære medicinsk antihypertensiv behandling hvis de ændrede livsstil, og at ikke alle patienter med hypertension har varig karsygdom. Patienter som har BMI>30 medregnes ikke som kronikere hvilket kan diskuteres, idet meget få patienter taber sig til normalvægt. Her er vores argument dog, at fedme i sig selv er en risikofaktor for senere udvikling af kardiovaskulære sygdomme og kræftsygdomme men ikke en decideret sygdom.

Der er i vores undersøgelse formentlig selektionsbias i registrering af risikofaktorer. Registrering af BMI er efter vores opfattelse mere udbredt hos patienter med højt BMI end blandt normalvægtige.

Rygning er i vores undersøgelse dårligt registreret. Dette kunne være på grund af, at rygerstatus er bekendt af lægen og derfor ikke fremgår af journalnotatet. CVD risiko er også foretaget i få tilfælde. 16 procent i landpraksis og 42 procent i bypraksis. Den risiko stratificering man foretager iht. DSAMs vejledning om forebyggelse af iskæmisk hjertesygdomme er for patienter uden kendt iskæmisk hjertesygdom eller diabetes. De mange kronikere i landpraksis forklarer måske at der er foretaget få risikovurderinger.

I evalueringsrapporten for 0106 fremgår at 59,6 procent af alle modtagere af 2304 ydelsen havde mindst en kronisk diagnose inden for de listede 8 kroniske folkesygdomme. Ydelsen blev altså her brugt som tertiær profylakse. I de resterende 40,4 % blev ydelsen derfor anvendt til primær eller sekundær profylakse og herunder tidlig opsporing.

Nøglespørgsmålet er om denne undersøgelse nytter noget. Finder man patienter med lidelser som senere kan føre til sygdomme. Finder man de patienter som allerede har udviklet kroniske sygdomme. Ville man have fundet de patienter alligevel er et andet spørgsmål.

Konklusion

Vores data peger på, at forebyggelseskonsultationerne udpeger en del patienter som er i risikogruppe for senere at udvikle iskæmisk hjertesygdom. Der findes mange patienter med hyperkolesterolæmi, og der iværksættes behandling af dette. Der foretages i udbredt grad opfølgende konsultation. Der diagnosticeres også alvorlige lidelser så som diabetes og iskæmisk hjertesygdom.

Ebeltoft undersøgelsen er det første studie af sin art der kan påvise en økonomisk dominant effekt både når det gælder de faktiske omkostninger ved helbredsundersøgelser samt omkostningerne ved det kontrollerede randomiserede studie (17). I vores stikprøveundersøgelse af anvendelsen af 2304 ydelsen i almen praksis finder vi en

overvejende brug af ydelsen til tertiær og sekundær profylakse. Man kan overveje, om indførelsen af det aktuelle sundhedstilbud med forebyggende helbredsconsultation ligger sig tæt nok op af Ebeltoftundersøgelsen til, at man kan overføre de positive resultater af en forebyggende helbredsundersøgelse til den danske befolkning.

Perspektivering

Man kan frygte, at der vil være en gruppe af risikopatienter som ikke konsulterer læge, før de har udviklet sygdom. Den høje deltagelsesrate og den positive ændring af patienternes CVDR i Ebeltoftundersøgelsen kan formentlig skyldes, at patienterne blev personligt inviteret med brev til forebyggelsesconsultationen af egen læge, samt at der efterfølgende blev udfærdiget et personligt skriftligt feed back med foreslag til en sundere livsstil. Efter vores viden er det ikke anvendt praksis, at indkalde patienten pr.brev til en primær forebyggende helbredsundersøgelse. Aftalen om en forebyggende helbredsconsultation fremkommer når patienten i anden anledning søger læge eller på patientens opfordring.

Antallet af deltagende praktiserende læger og patienter i vores studie var ikke særligt stort, og det vil derfor være relevant at gennemføre større studier, hvor generaliserbarheden af de kvantitative fund kan undersøges.

Forfatterne til denne rapport finder at der synes at være rum for en mere udbredt anvendelse af ydelsen til primære forebyggelsesconsultationer .

Reference List

- (1) Kanstrup H, Refsgaard J, Engberg M, Lassen JF, Larsen ML, Lauritzen T. Cholesterol reduction following health screening in general practice. Scand J Prim Health Care 2002 Dec;20(4):219-23.
- (2) The Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. The Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada.; 1994.
- (3) U.S.Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services. 2nd ed. Washington, DC: US. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion; 1996.
- (4) Regeringens Folkesundhedsprogram 1999- 2008 : Et handlingsorienteret program for sundere rammer i hverdagen. København: Sundhedsministeriet; 1999.

- (5) Mabeck CE. Forebyggelse i almen praksis. Sundhed for alle år 2000 - Nu må der ske noget. Ugeskr Læger; 21989. Report No.: 151.
- (6) British family heart study: its design and method, and prevalence of cardiovascular risk factors. Family heart study group. Br J Gen Pract 1994 Feb;44(379):62-7.
- (7) Prevalence of risk factors for heart disease in OXCHECK trial: implications for screening in primary care. Imperial Cancer Research Fund OXCHECK Study Group. BMJ 1991 May 4;302(6784):1057-60.
- (8) Effectiveness of health checks conducted by nurses in primary care: results of the OXCHECK study after one year. Imperial Cancer Research Fund OXCHECK Study Group. BMJ 1994 Jan 29;308(6924):308-12.
- (9) Wonderling D, Langham S, Buxton M, Normand C, McDermott C. What can be concluded from the Oxcheck and British family heart studies: commentary on cost effectiveness analyses. BMJ 1996 May 18;312(7041):1274-8.
- (10) Rasmussen SR, Kilsmark J, Hvenegaard A, Thomsen JL, Engberg M, Lauritzen T, et al. Forebyggende helbredsundersøgelser og helbredssamtaler i almen praksis - en sundhedsøkonomisk analyse af "Sundhedsprojekt Ebeltoft". Medicinsk Teknologivurdering - puljeprojekter 2006;6(6):1-67.
- (11) Larsen EL, Thomsen JL, Lauritzen T, Engberg M. Forebyggende helbredsundersøgelser og helbredssamtaler i almen praksis - en analyse af patientperspektivet. Medicinsk Teknologivurdering - puljeprojekter 2006;6(7):1-61.
- (12) Christensen B. Forebyggelse af iskæmisk hjertesygdom i almen praksis : Praktiserende lægers mulighed for forebyggelse af iskæmisk hjertesygdom gennem opsporing af og intervention over for mænd med forhøjet risiko for udvikling af iskæmisk hjertesygdom Institut for Almen Medicin, Århus Universitet; 1995.
- (13) Fagligt udvalg. Anvendelse af aftalt forebyggelseskonsultation og tillægsydelser. Sundhedsstyrelsen; 2007 Feb.
- (14) Det Nationale Begrebsråd for Sundhedsvæsenet. Terminologi - forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. Center for Forebyggelse; Sundhedsstyrelsen; 2005 Jun.
- (15) WHO. The World Health Report. Making a difference. 2006.
- (16) Ebrahim S, Davey Smith G. Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease (Cochraine review). Cochraine Libery, Oxford; 2001.
- (17) Lauritzen T, Jensen MS, Thomsen JL, Christensen B, Engberg M. Health tests and health consultations reduced cardiovascular risk without psychological strain, increased healthcare utilization or increased costs. An overview of the results from a 5-year randomized trial in primary care. The Ebeltoft Health Promotion Project (EHPP). Scand J Public Health 2008 Aug;36(6):650-61.

- (18) Regeringens Folkesundhedsprogram 1999-2008. København: Sundhedsministeriet; 2009.
- (19) Afdelingen for Almen Medicin, Institut for Folkesundhed. Evaluering af ydelsen for aftalt forebyggelseskonsultation (0106-ydelsen) i almen praksis. De praktiserende lægers og patienters brug af samt oplever og erfaringer med den aftalte forebyggelseskonsultation. 2009. Århus Universitet.
Ref Type: Unpublished Work

Bilag A

PRIMÆR FOREBYGGELSE

Definition: Forebyggelse, der har til formål at hindre sygdom, psykosociale problemer eller ulykker i at opstå

Bemærkninger: Målgruppen kan være hele befolkningen eller udvalgte grupper og enkeltindivider, og aktører er sundhedsprofessionelle og professionelle fra andre sektorer, herunder myndigheder. Primær forebyggelse foregår bl.a. i lokalsamfund, skoler og institutioner, på arbejdspladser og inden for den primære og sekundære sundhedssektor. Den lovgivende og regulerende del af primær forebyggelse betegnes strukturel forebyggelse. Eksempler på primær forebyggelse er tandplejens undervisning i god tandhygiejne, vaccinationer, folkeskolens seksualundervisning, den kommunale sundhedstjenestes ydelser (børn og unge-læger og sundhedsplejersker) og miljølovgivning.

SEKUNDÆR FOREBYGGELSE

Definition: Forebyggelse, der har til formål at opspore og begrænse sygdom og risikofaktorer tidligst muligt

Bemærkninger: Sekundær forebyggelse anvender systematisk screening og opportunistisk screening som opsporende redskaber, mens interventionsdelen kan omfatte vejledning, behandling, adfærdsændring eller mere strukturelle indgreb for at undgå yderligere sygdomsudvikling. Sekundær forebyggelse finder typisk sted i den primære sundhedssektor, men også på sygehuse og i andre sektorer som fx undervisnings- og socialsektoren. Sekundær forebyggelse udføres af sundhedsprofessionelle, fx af praktiserende læger, sundhedsplejersker, sygehuspersonale, tandlæger og tandplejere. Målgruppen er befolkningsgrupper eller patienter eller andre borgere med erkendt eller uerkendt sygdom eller risikofaktorer. Eksempler på begrebet er screening for livmoderhalskræft, forebyggende astmabehandling, regelmæssige tandeftersyn, ind- og udskolingsundersøgelser samt tidlig opsporing af patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) i almen praksis og nakkefoldsscreening.

TIDLIG OPSPORING

Definition: Del af sekundær forebyggelse, der har til formål at finde risikofaktorer og diagnosticere sygdom tidligst muligt

Bemærkninger: Formålet med tidlig opsporing er at skabe mulighed for tidlig intervention (fx behandling eller risikobegrænsning) og dermed standse sygdomsprogression og evt. udvikling af funktionstab. Tidlig opsporing er opsporingsdelen af sekundær forebyggelse, og den kan udføres både ved systematisk screening og opportunistisk screening. En anden del af sekundær forebyggelse består i intervention. Tidlig opspo-

ring foregår oftest i sundhedssektoren, men kan også finde sted i fx undervisnings- og socialsektoren samt på arbejdspladserne. Aktørerne er typisk sundhedsprofessionelle, men professionelle fra undervisnings- og socialsektoren bidrager også, fx på skoler og i andre institutioner. Målgruppen er patienter eller andre borgere, herunder patienter, der evt. er i kontakt med sundhedsvæsenet af anden årsag. Eksempler på begrebet er kræftscreening, sundhedsplejerskens undersøgelser af børn i hjemmene, børn og unge-lægens ind- og udskolingsundersøgelser, opsporing af kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) i almen praksis og den kommunale tandplejes identifikation af ”risikobørn”.

TERTIÆR FOREBYGGELSE

Definition: Forebyggelse, der har til formål at bremse tilbagefald af sygdom og forhindre udvikling og forværring af kroniske tilstande, herunder fysisk og psykosocial funktionsnedsættelse

Bemærkninger: Tertiær forebyggelse er målrettet patienter med erkendt sygdom og foregår i sundhedsvæsenet ofte i tværsektorielt samarbejde. Aktørerne er sundhedsprofessionelle i samarbejde med professionelle fra bl.a. socialsektoren. Tertiær forebyggelse er defineret ud fra sygdomsstadie, mens rehabilitering er defineret ud fra patientens helhedssituation, inkl. egne behov og ønsker. Tertiær forebyggelse indgår ofte som en naturlig del af rehabiliteringen. Eksempler på tertiær forebyggelse er forebyggelse af (nye) frakturer hos patienter med osteoporose vha. hoftebeskyttere,