

Helbredstjek som middel til at styrke danskernes sundhed

Lægemiddelindustriforeningens
sundhedspolitiske udspil om helbredstjek



Lægemiddel
industri
foreningen

Indholdsfortegnelse

Resumé	2
1. Forslag til indsats og mål.....	5
1.1 Formål	5
1.2 Hvorfor helbredstjek?	5
1.3 Helbredstjek til hvem?	7
1.4 Indhold af helbredstjek	9
1.5 Hvilke sundhedspersoner skal inddrages?	10
1.6 Omkostninger ved helbredstjek.....	12
1.7 Hvilke mål skal vi stræbe efter?	13
2. Baggrundsviden	15
2.1 Danskernes middellevetid og dødelighed	15
2.2 Hjertekarsygdomme	16
2.3 Forhøjet kolesterol (hyperkolesterolemie)	18
2.4 Forhøjet blodtryk (hypertension)	19
2.5 For højt BMI (Body Mass Index)	21
2.6 Sundhedsprojekt Ebeltoft	22

"Over en tredjedel af alle dødsfald i Danmark og næsten en femtedel af alle indlæggelser skyldes kardiovaskulære sygdomme. Der foreligger nu overvældende evidens for, at kardiovaskulære sygdomme kan forebygges ved risikomodificerende behandling, specielt farmakologisk intervention. Fra udenlandske undersøgelser ved vi, at læger ikke i tilstrækkelig grad tager sig af forebyggelse. For få personer med høj risiko identificeres, og vi er ikke aktive nok i vores indsats over for dem, der bliver identificeret."¹

¹ Anført af en tværfaglig arbejdsgruppe for forebyggelse af kardiovaskulær sygdom i Danmark. Arbejdsgruppen bestod af repræsentanter fra 6 forskellige videnskabelige selskaber: Dansk Cardiologisk Selskab, Dansk Selskab for Almen Medicin, Dansk Neurologisk Selskab, Dansk Karkirurgisk Selskab, Dansk Endokrinologisk Selskab og Dansk Hypertensionsselskab: "Kliniske retningslinjer for forebyggelse af kardiovaskulær sygdom i Danmark", tillæg til Cardiologisk Forum, august 2004, dateret 08.08.04.

Resumé

Ingen danskere skal leve kortere eller have nedsat livskvalitet på grund af forebyggelige sygdomme. Det er den vision, Lif har for danskerne og det danske sundhedsvæsen. Opfyldelse af visionen kræver, at der tænkes i nye baner, når det gælder forebyggelse og opsporing af sygdomme.

I dag lider alt for mange danskere af en af de store **folkesygdomme**: Hjertekarsygdomme, type 2-diabetes, KOL (kronisk obstruktiv lungesygdom), kræft, knogleskørhed, muskel- og skeletsygdomme, overfølsomhedssygdomme og psykiske sygdomme. Det er sygdomme, som i mange tilfælde kunne være undgået eller have fået et mindre alvorligt forløb, hvis de var blevet opdaget og behandlet i tide. Der er derfor brug for en langt mere proaktiv og målrettet indsats mod disse "stille dræbere", hvis vi skal have en mærkbar forbedring af danskernes sundhedstilstand og livskvalitet.

I en **typisk kommune** med 50.000 borgere er der cirka:

- 2.000-3.000 borgere med type 2-diabetes
- 2.000 borgere med hjertekarsygdomme
- 2.000 borgere med KOL
- 2.300 borgere med kræft
- 8.000 borgere med muskel-skeletsygdomme
- 2.000 borgere med depression

Som et væsentligt element i den styrkede forebyggelsesindsats foreslår Lif i dette sundhedspolitiske udspil, at der indføres **systematiske helbredstjek**, hvor der måles blodtryk, blodsukker, kolesterol, triglycerider, BMI og taljemål og foretages risikoberegning for udvikling af hjertekarsygdomme. Gennem helbredstjek kan vi identificere personer i risikogrupperne, og vi kan målrette og effektivisere den individrettede forebyggelses- og behandlingsindsats.

Helbredstjekket bør tilbydes personer mellem 40 og 60 år hvert tredje år. Det er i midten af 40-års alderen, at helbredskurverne knækker, og en indsats fra det 40. år vil derfor have en vis forebyggende effekt. Samtidig vil et helbredstjek hvert tredje år øge sikkerheden for, at opståede sundhedsproblemer opdages så tidligt som muligt. En realistisk prognose er, at omkring 60 procent af målgruppen vil tage imod tilbuddet, svarende til cirka 964.000 mennesker.

Helbredstjekket skal være et tilbud til borgerne, så det skal være frivilligt for den enkelte at tage imod tilbuddet. Målgruppen skal dog indbydes til helbredstjek regelmæssigt og opfordres til at tage imod tilbuddet. Lif påpeger også, at det kan blive nødvendigt at gøre en ekstra indsats for at motivere de borgere, der befinder sig i særlige risikogrupper.

På kort sigt vil indførelsen af systematiske helbredstjek medføre merudgifter i sundhedsvæsenet, men undersøgelser viser, at investeringer i systematiske helbredstjek **tjener sig selv ind** igen over en 5-6 årig periode.

Lif mener, at der i forbindelse med indførelse af systematiske helbredstjek skal opstilles en række **konkrete sundhedspolitiske mål** for, hvilken effekt helbredstjekkene skal have for danskernes sygelighed og dødelighed. Eksempler på sundhedspolitiske mål kunne være, at antallet af dødsfald på grund af hjertekarsygdomme i løbet af 10 år skal halveres til 10.000, eller at andelen af befolkningen med for højt blodtryk eller/og forhøjet kolesterol skal halveres i løbet af 6 år. Målene skal gøre det muligt at evaluere indsatsen senere hen.

Ved siden af de sundhedsmæssige gevinster er det Lifs vurdering, at indførelse af systematiske helbredstjek vil give en hidtil uset mulighed for at afdække og dokumentere danskernes sundhedstilstand.

**Helbredstjek som middel til at styrke danskernes sundhed –
et sundhedspolitisk udspil fra Lægemiddelindustriforeningen**

1. Forslag til indsats og mål

1.1 Formål

Dette sundhedspolitiske udspil fra Lægemiddelindustriforeningen (Lif) omhandler indførelse af systematiske helbredstjek i Danmark. Udspillet følger Lif's sundhedspolitiske udspil på hypertensionsområdet "Nye mål og midler i indsatsen over for forhøjet blodtryk", som kom i april 2007, og det er tanken, at flere udspil skal følge efter, herunder vedr. type 2-diabetes, KOL (kronisk obstruktiv lungesygdom) og depression.

Lif's sundhedspolitiske udspil er et led i Lif's løbende bestræbelser på at få øget *kvaliteten* i det danske sundhedsvæsen med udgangspunkt i de *resultater*, som sundhedsvæsenets indsats skaber. Det er Lif's holdning, at danskerne har krav på en klart formuleret sundhedspolitik, som baserer sig på systematiske vurderinger af de hidtidige resultater og fastsættelse af mål for, hvor den fremtidige indsats skal bringe os hen. Med de konkrete sundhedspolitiske udspil ønsker Lif at eksemplificere denne metodik på en række alvorlige sundhedsproblemer i Danmark.

De sundhedspolitiske udspil omhandler sygdomsområder, der ligger inden for de såkaldte *folkesygdomme*. Her står Danmark over for enorme sundhedsmæssige udfordringer, og det er tydeligt, at den hidtidige indsats ikke har slået til og derfor må suppleres med nye tiltag. Lif har da også noteret sig, at regeringen – som noget nyt – har opsat mål for udviklingen i danskernes middellevetid over de næste 10 år, og at forebyggelsesområdet nu gøres til genstand for et kommissionsarbejde med henblik på at få nye løsninger på bordet².

1.2 Hvorfor helbredstjek?

Hver 10. dansker lider af mindst én af de otte store folkesygdomme: hjertekarsygdomme, type 2-diabetes, KOL, kræft, knogleskørhed, muskel- og skeletsygdomme, overfølsomheds-sygdomme og psykiske sygdomme. I en typisk kommune med 50.000 borgere vil der være ca.³:

- 2.000-3.000 borgere med type 2-diabetes
- 2.000 borgere med hjertekarsygdomme
- 2.000 borgere med KOL
- 2.300 borgere med kræft
- 8.000 borgere med muskel-skeletsygdomme
- 2.000 borgere med depression

Folkesygdommene er i dag de helt dominerende årsager til danskernes sygdom, invaliditet og død og har store menneskelige og samfundsøkonomiske omkostninger.

² Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, pressemeddelelse af 24. januar 2008: "Regeringen nedsætter forebyggelseskommission".

³ Tal fra Sundhedsstyrelsen, præsenteret ved konference 15. januar 2008.

Analyser fra Verdenssundhedsorganisationen WHO peger på, at 50 % af alle sygehusindlæggelser i Danmark skyldes folkesygdomme, der kunne have været forebygget⁴. Og Vel-færdskommissionen har fremført, at Danmark har det højeste antal forebyggelige dødsfald i Europa. Mange danskere dør altså af sygdomme, som kunne have været forebygget og behandlet effektivt, hvis de var blevet opdaget i tide. Vi står derfor med et enormt forebyggelsespotentiale, som den fremtidige sundhedspolitik nødvendigvis må adressere løsninger på.

Efter Lifs mening bør alle sundhedsaktører i Danmark bl.a. arbejde ud fra en vision om, at ingen danskere skal leve kortere eller have nedsat livskvalitet på grund af forebyggelige sygdomme. Opfyldelse af visionen kræver, at der tænkes i nye baner, når det gælder sundhedsvæsenets rolle og ansvar i den forebyggende indsats.

**Sundhedsvision: Ingen danskere skal leve kortere
eller have nedsat livskvalitet på grund af forebyggelige sygdomme**

Sundhedsvæsenet skal fremover proaktivt understøtte en tidlig og systematisk indsats over for folkesygdommene modsat situationen i dag, hvor sundhedsvæsenets tilbud som alt overvejende hovedregel først træder i karakter, når den enkelte borger selv har konstateret eller har en mistanke om et sundhedsproblem og søger hjælp. Sundhedsvæsenet skal seriøst og målrettet sætte ind over for "de stille dræbere", inden sundhedsproblemerne udvikler sig til alvorlige sygdomme. Fordi symptomerne sjældent mærkes af den enkelte, før situationen er alvorlig, bør sundhedsvæsenet stille sig til rådighed med viden og teknologi, som kan spore tidlige risikofaktorer og sikre en effektiv forebyggelse og behandling.

For en række af de store folkesygdomme gælder, at risikofaktorerne er velkendte og relativt enkelt kan afdækkes af sundhedsfagligt uddannede; det gælder f.eks. hjertekarsygdomme, type 2-diabetes og KOL. Der er veludviklede behandlingsmetoder, som meget ofte kan forebygge, at lidelserne udvikler sig til alvorligere sygdomme, hvilket de alt for hyppigt gør i dag⁵. Derfor er der ingen undskyldning for ikke at sætte ind med tiltag i sundhedsvæsenet, som understøtter tidligst mulig risikovurdering og intervention.

I den sammenhæng ser Lif indførelse af systematiske helbredstjek som et oplagt og afgørende bidrag fra sundhedsvæsenet til forbedring af danskernes sundhedstilstand. Hvis vi identificerer personer i risikogrupperne gennem helbredstjek, kan vi målrette og effektivisere den indvidrettede forebyggelses- og behandlingsindsats. I det såkaldte Sundhedsprojekt Ebeltoft⁶ er det påvist, at generelle helbredsundersøgelser sammen med enkle, opfølgende tiltag markant nedsætter risikoen for hjertekarsygdom. Systematiske helbredstjek er efter Lifs mening ikke til at komme udenom, og slet ikke i regeringens bestræbelser på at forlænge danskernes levetid

⁴ Health Report 2002: "Reducing Risks. Promoting Healthy Life", Geneva, 2002.

⁵ Se f.eks. Lifs sundhedspolitiske udspil: "Nye mål og midler i indsatsen over for forhøjet blodtryk", april 2007.

⁶ Sundhedsprojekt Ebeltoft er en dansk randomiseret undersøgelse udført i almen praksis med det formål at undersøge effekten af et tilbud om generelle helbredsundersøgelser og samtaler til den uselekterede midaldrende praksispopulation. Se også del 2 i dette udspil.

med 3 år over den næste 10 års periode⁷. 3 års forøgelse af middellevetiden vil bringe Danmark på niveau med Sverige – vel at mærke hvis svenskerne ikke øger deres middellevetid!⁸

Med helbredstjek identificeres personer i risikogrupperne

Foruden den specifikke risiko- og sygdomsidentifikation har systematiske helbredstjek også et alment sundhedsfremmende sigte, fordi de giver mulighed for at afdække og afhjælpe andre sygdomme eller plagsomme tilstande blandt patienterne. Erfaringer viser, at der via forebyggende helbredsundersøgelser hyppigt bliver fundet sundhedsproblemer, som ikke var kendt inden undersøgelsen⁹.

Og borgerne vil gerne have helbredstjek. En del studier viser¹⁰, herunder Sundhedsprojekt Ebeltoft, at der er en stor vilje og en positiv indstilling til at deltage i generelle helbredsundersøgelser. Dette bekræftes i en måling fra AIM AC Nielsen¹¹, som viser, at 95 % af de adspurgte "højst sandsynligt ville gøre brug af regelmæssige sundhedstjek", hvis de blev tilbudt i Danmark. Målingen viser også, at 80 % af de adspurgte er helt eller delvist enige i, at det danske sundhedsvæsen bør prioritere indførelse af regelmæssige sundhedstjek. Målingerne bestyrkes af, at tilslutningen til forebyggelseskonsultationer i almen praksis hidtil har overgået forventningerne¹².

1.3 Helbredstjek til hvem?

En ordning med systematiske helbredstjek skal naturligvis indrettes, så den er sundhedsfagligt meningsfuld. De risikofaktorer og sygdomme, der fokuseres på i et helbredstjek, vil ikke ramme alle i befolkningen lige hyppigt. Derfor skal systematiske helbredstjek *ikke* tilbydes alle 5,4 millioner danskere. Det skal være et fast forankret tilbud i sundhedsvæsenet til den del af befolkningen, hvor det har faglig relevans set i relation til risiko for sygdom.

I Sundhedsprojekt Ebeltoft tilbød man sundhedstjek til alle borgere mellem 30 og 50 år, bl.a. for at kunne sætte tidligt ind med ændringer i livsstil o.lign. Tal fra Statens Institut for Folkesundhed viser¹³, at brugen af forebyggende helbredstjek og -samtaler øges med stigende alder, og at den stiger markant ved overgangen fra aldersgruppen 25-44 år til aldersgruppen 45-64 år¹⁴. Data fra Sundhedsstyrelsen¹⁵ supplerer dette billede ved at vise, at forebyggende

⁷ "Mulighedernes samfund", Regeringsgrundlag, november 2007, VK Regeringen III.

⁸ Se del 2 i dette udspil.

⁹ I Sundhedsprojekt Ebeltoft viste det sig, at 30 % af de undersøgte havde lavt kondital, 12 % havde svagt syn og 19 % havde dårlig hørelse. I en undersøgelse i det tidligere Nordjyllands Amt fandt man hos 34 % af deltagerne ikke-kendte lidelser i bevægeapparatet, stofskiftesygdomme og kredsløbssygdomme, og helbredsamtaler viste sig at være gode til at konstatere psykologiske og sociale problemer.

¹⁰ Sundhedsstyrelsen, 2006: "Forebyggende helbredsundersøgelser og helbredsamtaler i almen praksis – en analyse af patientperspektivet".

¹¹ AIM-undersøgelse, september 2007.

¹² Ifølge Danske Regioner var forventningen, at der i 2009 ville blive gennemført 400.000 forebyggelseskonsultationer i almen praksis; i perioden januar-september 2007 blev dog gennemført over 550.000.

¹³ Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005, Dansk Institut for Folkesundhed.

¹⁴ Andelen, der i 2005 havde været til forebyggende helbredstjek/helbredsamtale inden for de seneste 3 år, udgjorde 27,8 % i aldersgruppen 25-44 år, mens den i aldersgruppen 45-64 år udgjorde 43,3 %.

¹⁵ "Kontakter til praktiserende læger under sygesikringen 2006", Tal fra Sundhedsstyrelsen 2007:9.

konsultationer hos alment praktiserende læge klart anvendes mest af de +40 årige, der stod for 89 % af alle forebyggelseskonsultationer i 2006¹⁶. *Lif foreslår på den baggrund, at tilbuddet gives til personer mellem 40 og 60 år.* Det er i midten af 40'erne, at "helbredskurverne knækker", og en indsats fra det 40. år vil derfor have en vis forebyggende effekt. I den anden ende af aldersgruppen har personer over 60 år i forvejen mange lægebesøg og følges derfor under alle omstændigheder ofte løbende.

Systematiske helbredstjek bør tilbydes alle borgere mellem 40 og 60 år

Der er 1,6 millioner danskere mellem 40 og 60 år¹⁷, som dermed er det maksimale antal, der vil skulle have gennemført et helbredstjek ifølge Lifs forslag. I praksis skal man imidlertid se bort fra de personer, der af forskellige grunde ikke ønsker at tage imod det systematiske tilbud, herunder dem, som allerede får foretaget helbredstjek f.eks. som led i udredning af sygdomsforløb eller som led i virksomhedsordninger o.lign. Ifølge Statens Institut for Folkesundhed havde knap 37 % af den voksne befolkning i Danmark i 2005 fået foretaget et forebyggende helbredstjek eller gjort brug af forebyggende helbredssamtale inden for de seneste 3 år¹⁸. Denne andel må forventes at være steget siden da som følge af flere virksomhedsordninger og indførelse af ydelsen "forebyggelseskonsultationer" i almen praksis pr. 1. april 2006¹⁹. Hvis der således tages højde for, at i størrelsesorden 40 % af den voksne befolkning i forvejen har gjort brug af forebyggende helbredssamtale eller helbredsundersøgelse eller af andre grunde ikke ønsker at møde op, vil en realistisk prognose formentlig være, at omkring 60 % af målgruppen tager imod tilbuddet, svarende til knap 964.000 personer.

Sundhedsvæsenets tilbud om helbredstjek skal naturligvis tilrettelægges, så det er frivilligt, om den enkelte borger vil tage imod tilbuddet. Men det skal være proaktivt og systematisk i den forstand, at borgere i målgruppen indbydes regelmæssigt og opfordres til at tage imod tilbuddet. Det bør desuden overvejes, om der skal gøres en særlig indsats for at motivere de borgere²⁰, der befinder sig i særlige risikogrupper.

Som udgangspunkt er det næppe sundhedsfagligt relevant at tilbyde alle i målgruppen et årligt generelt helbredstjek. I Sundhedsprojekt Ebeltoft fik personerne i målgruppen (30-50 årige) det generelle tilbud om helbredsundersøgelse hvert 5. år. *Lif foreslår, at tilbuddet om helbredstjek til 40-60 årige gives fast hvert tredje år, så opståede sundhedsproblemer, der vil være hyppigere i denne aldersgruppe, opdages så tidligt som muligt.*

Borgere i målgruppen bør tilbydes helbredstjek hvert tredje år

¹⁶ I 2006 udgjorde antallet af forebyggelseskonsultationer i alt 544.947. For de første 9 måneder af 2007 udgjorde antallet 552.141. Kilde: Danske Regioner.

¹⁷ Danmarks Statistik, befolkningstal pr. 1. januar 2007.

¹⁸ Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005, Statens Institut for Folkesundhed.

¹⁹ Landsoverenskomsten om almen lægegerning 2006.

²⁰ Se f.eks. "Sundhed og sygelighed i Danmark 2005", Statens Institut for Folkesundhed, og "2004HjerteStatistik", Hjerteforeningen og Statens Institut for Folkesundhed. Heraf fremgår bl.a., at risikoen for hjertekarsygdomme er størst blandt de lavere sociale grupper, og at risikoadfærd som rygning og for lidt motion er særligt udtalt blandt borgere med kort uddannelse.

Ved indførelsen af helbredstjek behøver alle i målgruppen af praktiske årsager ikke at få tilbuddet det første år; der kan i stedet vælges en implementering over en 2 eller 3 års periode. Det vil udjævne antallet af undersøgelser over årene og dermed, både i implementeringsfasen og videre frem, fordele arbejdsbyrden for de sundhedspersoner, der skal gennemføre helbredstjekkerne og varetage den nødvendige opfølgning. Hvis helbredstjekkerne implementeres og fordeles løbende over 3 år, vil omkring 321.000 personer skulle tjekkes pr. år.

1.4 Indhold af helbredstjek

Gennem mange år har der i flere lande eksisteret tilbud om helbredsundersøgelser foretaget i den primære sundhedstjeneste til hele eller dele af befolkningen, f.eks. i England, Canada og USA og Japan²¹. Helbredsundersøgelserne har forskelligt indhold, men fælles for dem alle er en vurdering af den enkeltes risiko for hjertekarsygdom, ofte ud fra en måling af blodtryk og kolesterolniveau samt registrering af livsstilsfaktorer som f.eks. rygning, alkoholforbrug og motion. Helbredsundersøgelserne er ofte ledsaget af screening for f.eks. sukkersyge og overvægt samt lunge-, lever- og nyrefunktion²².

Afhængigt af indholdet i de enkelte undersøgelser er resultaterne anvendt til at intervenere over for en eller flere risikofaktorer eller over for egentlige sygdomme hos patienterne. Undersøgelserne sigter således dels mod at identificere sygdom, så behandling kan iværksættes på et tidligere stadie og dermed måske være mere effektiv, dels mod at identificere risikofaktorer for fremtidig sygdom på et tidspunkt, hvor de er reversible.

Helbredstjek har dermed forebyggelse og behandling af hjertekarsygdomme som primære mål, men da der fokuseres på risikofaktorer, som også har betydning for flere af de øvrige folkesygdomme, f.eks. type 2-diabetes, KOL og kræft, vil effekten i realiteten række videre.

Med baggrund i Sundhedsprojekt Ebeltoft og eksisterende ordninger med helbredsundersøgelser i andre lande foreslår Lif, at et systematisk helbredstjek i Danmark som minimum kommer til at omfatte: måling af blodtryk, blodsukker, kolesterol og triglycerider. Endvidere beregning af BMI, taljemål og risikoberegning for udvikling af hjertekarsygdom. Alt sammen som grundlag for en rådgivende, motiverende samtale og om nødvendigt formulering af en personlig (be)handlingsplan.

Et systematisk helbredstjek bør som minimum omfatte: måling af blodtryk, blodsukker, kolesterol og triglycerider samt beregning af BMI, taljemål og risikoberegning for udvikling af hjertekarsygdom. Resultaterne bør danne grundlag for en rådgivende, motiverende samtale om behov for ændringer i kost-, ryge-, alkohol- og motionsvaner, og der bør om nødvendigt formuleres en personlig (be)handlingsplan.

²¹ "Forebyggende helbredsundersøgelser og sundhedsfremme i almen praksis for den midaldrende befolkning", Ugeskrift for Læger 2002;164(45):5240.

²² Sundhedsstyrelsen, 2006: "Forebyggende helbredsundersøgelser og helbredssamtaler i almen praksis – en analyse af patientperspektivet".

Med henblik på at kvalificere den opfølgende samtale bør der samtidig med indbydelsen til helbredstjekket gives mulighed for, at den indbudte kan udfylde et spørgeskema, hvis vedkommende selv ønsker det. Formålet med spørgeskemaet er at få rettet fokus mod helbred og livsstil og at give borgeren mulighed for at forberede sig til samtalen.

1.5 Hvilke sundhedspersoner skal inddrages?

I debatten om helbredstjek er det ofte blevet fremført, at de praktiserende læger ikke har ressourcer til at løfte opgaven. Hvis de 321.000 årlige helbredstjek fordeles på de ca. 3.600 alment praktiserende læger i Danmark, vil der skulle gennemføres ca. 89 helbredstjek i gennemsnit pr. læge om året. Det svarer til ca. 2,5 undersøgelser pr. arbejdsuge (36 uger), som skal ses i forhold til de næsten 38 millioner kontakter, der er til almen praksis i løbet af et år, hvoraf knap 20 millioner er egentlige konsultationer i lægens praksis²³. Og det er endda uden fraregning af de konsultationer, som de forebyggende helbredstjek på sigt vil overflødiggøre, jf. erfaringerne fra Sundhedsprojekt Ebeltoft, der viser, at den gruppe borgere, der tog imod tilbuddet om helbredsundersøgelse, havde et faldende forbrug af ydelser i almen praksis.

Men hvorfor gennemføre helbredstjekket hos den praktiserende læge? Ud fra en betragtning om optimal udnyttelse af de sundhedsfaglige ressourcer synes det mere relevant med en model, hvor det generelle helbredstjek udføres af andet sundhedsfagligt personale end den praktiserende læge. Helbredstjekkerne, med det indhold som er foreslået her, vil kunne gennemføres af klinikpersonalet i almen praksis, i et ambulatorium eller på et kommunalt sundhedscenter afhængigt af de lokale muligheder og ønsker. I Danmark benytter almen praksis markant mindre praksispersonale end praktiserende læger i andre lande, og erfaringerne fra udlandet viser, at der her ligger et betydeligt uudnyttet potentiale. Det kliniske praksispersonales arbejde med forebyggende ydelser kan med fordel og forholdsvist ukompliceret fremmes i almen praksis²⁴. Mulighederne for at lade andre sundhedsfagligt uddannede varetage undersøgelserne og visse af de opfølgende opgaver vil oplagt kunne styrkes gennem etablering af større lægeklinikker, hvilket der bl.a. lægges op til i udspillet om fremtidens almene praksis fra Danske Regioner²⁵.

I Sundhedsprojekt Ebeltoft blev samtlige helbredsundersøgelser udført af laboranter efter invitation af deltagernes praktiserende læge, mens de opfølgende samtaler om behov for livsstilsændringer og/eller farmakologisk eller anden behandling blev gennemført af de praktiserende læger. Opgavefordelingen i et landsdækkende tilbud vil kunne varieres lokalt afhængigt af lægepraksis' organisering og eventuelle specialisering. Som en praktiserende læge fra en større praksis udtrykker det²⁶:

²³ I 2006 var der 37,9 millioner kontakter til de alment praktiserende læger. Kilde: "Kontakter til praktiserende læger under sygesikringen 2006", Nye tal fra Sundhedsstyrelsen, 2007:9.

²⁴ "Almen praksis i Fremtidens Sundhedsvæsen", Danske Regioner, november 2007.

²⁵ "Almen praksis i Fremtidens Sundhedsvæsen", Danske Regioner, november 2007.

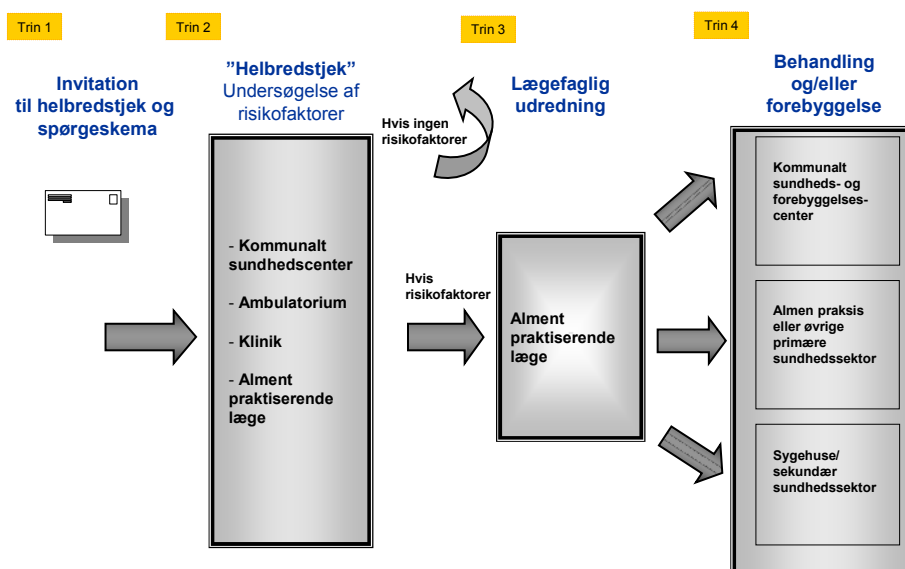
²⁶ Ole Skjoldby i "Stort lægehus giver frihed og fagligt fællesskab", artikel i "Fremtidens Almen Praksis", Danske Regioner, november 2007.

"I et lægehus har vi råd til folk, der kan hjælpe os. Den nye overenskomst lægger vægt på forebyggelse, og sololæger skal fortælle fru Jensen, at der er mere fedt i majonæse end tomat. Men vi har sygeplejersker til at kostvejlede, og de er mere empatiske, grundigere og systematiske. Vi koncentrerer os om at behandle."

Personer, for hvem helbredstjekket ikke afslører risikofaktorer, vil efter at være blevet orienteret om undersøgelsesresultaterne kunne standse forløbet. Personer, som vil have behov for vejledning om livsstilsændringer, vil kunne fortsætte forløbet enten hos praktiserende læge eller hos andre relevante sundhedspersoner med henblik på f.eks. gennemførelse af en motiverende samtale og henvisning til eksisterende forebyggende tilbud om f.eks. rygeafvænning, motion, diætist, patientskoler m.v. Hvor der er tale om, at helbredstjekket afslører behov for yderligere intervention, vil personen naturligvis skulle fortsætte forløbet hos den alment praktiserende læge. Hvis det skønsmæssigt anslås, at halvdelen af de 321.000 undersøgte har risikofaktorer, der kræver en videre lægefaglig vurdering og intervention, bliver der behov for gennemsnitligt 1,2 opfølgende konsultationer pr. uge hos den enkelte praktiserende læge.

Figur 1 nedenfor giver et eksempel på en mulig overordnet struktur for systematiske helbredstjek, og figur 2 illustrerer, hvorfor presset på lægerne ikke nødvendigvis bliver stort som følge af de systematiske helbredstjek.

Figur 1: Eksempel på struktur for systematiske helbredstjek



Figur 2: Model for helbredstjek



1.6 Omkostninger ved helbredstjek

Der er ingen tvivl om, at indførelse af systematiske helbredstjek, som det her anbefales, vil indebære merudgifter i sundhedsvæsenet på kort sigt. Sundhedsprojekt Ebeltoft, der har været i gang siden 1991, viser imidlertid, at der samlet set ikke er ekstra omkostninger forbundet med helbredstjek. En sundhedsøkonomisk analyse af projektet dokumenterer således, at generelle helbredsundersøgelser og -samtaler, som de er tilrettelagt i Ebeltoft-undersøgelsen, er omkostningseffektive, når direkte omkostninger i sundhedsvæsenet og indirekte omkostninger ved kort- og langvarigt arbejdsfravær/ophør grundet sygdom tages i betragtning²⁷. De umiddelbare implementeringsomkostninger tjenes altså ind ved mindre sygdom blandt de undersøgte, og indsatsen er samlet set omkostningsneutral over en 5-6 årig periode. Et tilsvarende resultat findes i en hollandsk analyse af screening og efterfølgende behandling for hypertension²⁸.

Investeringerne i systematiske helbredstjek tjener sig selv ind

Sagen er altså:

²⁷ "Forebyggende helbredsundersøgelser og helbredssamtaler i almen praksis – en sundhedsøkonomisk analyse af Sundhedsprojekt Ebeltoft", Sundhedsstyrelsen og DSI, MTV – puljeprojekter 2006;6 (6)

²⁸ Toward Targeted Hypertension Screening Guidelines", Buuren S.v. et al, Medical Decision Making, marts/april 2006: "Strict adherence to the current hypertension screening guidelines saves costs (i.e. the total prevention costs are less than the costs of prevented morbidity and mortality)".

"At tage et ansvar koster penge. Det handler om at investere – og om at have den fornødne tålmodighed til at vente på den gevinst, som helt sikkert kommer!" (citat fra kronik i Ugeskrift for Læger om sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse.)²⁹

1.7 Hvilke mål skal vi stræbe efter?

Efter Lifs mening bør der i forbindelse med indførelse af systematiske helbredstjek opstilles en række sundhedspolitiske mål for, hvilken effekt indsatsen vurderes at få bl.a. på danskernes sygelighed og dødelighed, altså de sundhedsmæssige resultater af indsatsen. Målene bør grundlæggende udspringe af den overordnede sundhedspolitiske vision om, at "ingen danskere skal leve kortere eller have nedsat livskvalitet på grund af forebyggelige sygdomme", jfr. side 4.

Effekten af et landsdækkende, systematisk tilbud om helbredstjek vil naturligvis afhænge af mange forhold, herunder tilslutning til ordningen, patienternes egne handlinger på baggrund af risikovurderingerne, lægernes interventioner og meget andet. Og udviklingen i de øvrige forebyggende og behandlende tilbud i sundhedsvæsenet står jo heldigvis ikke stille, mens helbredstjek indføres, rulles ud og gøres til genstand for evaluering. Derfor vil man aldrig med fuld sikkerhed kunne fremlægge videnskabelig evidens for, at helbredstjek alene kan tilskrives bestemte opnåede resultater på folkesundheden. Men det bør efter Lifs mening ikke føre til handlingslammelse og manglende sundhedspolitiske målsætninger, som senere kan danne udgangspunkt for evaluering af tilbuddene.

Systematiske helbredstjek vil give hidtil usete muligheder for afdækning og dokumentation af danskernes sundhedstilstand, og indførelse af et systematisk tilbud om helbredstjek bør derfor følges af krav om dokumentation baseret på hensigtsmæssige it-løsninger, som kan anvendes af det involverede sundhedspersonale.

Indførelse af systematiske helbredstjek vil bidrage til opfyldelse af de sundhedspolitiske mål, der er opstillet i Lifs sundhedspolitiske udspil om indsatsen over for forhøjet blodtryk³⁰, fordi modellen med systematiske helbredstjek imødekommer det behov, der er for en systematisk og intensiv indsats over for bl.a. hypertension. Disse mål fremgår af *bilag 1*.

Da helbredstjek imidlertid har et væsentligt bredere indhold end blodtryksmåling alene, må helbredstjek sammen med de opfølgende tiltag forventes at have en forstærket positiv effekt på befolkningens sygelighed og dødelighed, ikke mindst som følge af effekten på hyppigheden og følgerne af hjertekarsygdomme, som derfor er valgt som hovedfokus nedenfor, hvor Lif opstiller eksempler på mulige sundhedspolitiske mål. Lif vil i kommende udspil sætte spot på sundhedspolitiske løsninger og mål for indsatsen over for type 2-diabetes og KOL, som imidlertid også påvirkes positivt, hvis der indføres systematiske helbredstjek.

²⁹ "Folkesundhed - et fælles ansvar", kronik af Claus Hyldahl i Ugeskrift for Læger 2002;164(47):5544.

³⁰ "Nye mål og midler i indsatsen over for forhøjet blodtryk", Lægemedielindustriforeningen, april 2007.

Eksempler på sundhedspolitiske mål

- **I løbet af 10 år skal antallet af dødsfald som følge af hjertekarsygdomme halveres fra de nuværende ca. 20.000 om året til 10.000 om året.**
- **I løbet af 10 år skal danskernes middellevetid forlænges med 2 år for mænd og 1½ år for kvinder alene som følge af en reduktion i dødsrisikoen ved hjertekarsygdom³¹.**
- **Om 10 år skal andelen af danskere med hjertekarsygdom udgøre højst 4 %³².**
- **Om 3-6 år skal andelen af danskere i aldersgruppen over 45 år med en positiv vurdering af eget helbred udgøre 85 %³³.**
- **Om 3-6 år skal 80 % af alle borgere i aldersgruppen 40-60 år kende deres helbredstilstand, herunder blodtryk, kolesteroltal, blodsukker og BMI.**
- **Den andel af befolkningen, der har forhøjet blodtryk eller/og forhøjet kolesterol, skal halveres i løbet af 6 år.**
- **Den andel af befolkningen, der har for højt blodsukker, skal halveres i løbet af 6 år.**
- **Den andel af befolkningen, der - målt ved BMI - er overvægtige eller svært overvægtige, skal halveres i løbet af 6 år.**

³¹ Det er beregnet, at fjernelse af iskæmisk hjertesygdom som dødsårsag i 2000 ville give en tilvækst i middellevetiden på to år for mænd og 1½ år for kvinder. Kilde: "Dødeligheden i Danmark gennem 100 år", Knud Juel, Statens Institut for Folkesundhed.

³² Andelen udgjorde i 2005 7,4 %, jf. sundheds- og sygelighedsundersøgelsen fra Statens Institut for Folkesundhed.

³³ Andelen, som har et virkelig godt eller godt selv vurderet helbred, udgjorde i 2005 77 % for aldersgruppen 45-64 år og 66,7 % for aldersgruppen over 65 år, jf. sundheds- og sygelighedsundersøgelsen fra Statens Institut for Folkesundhed.

2. Baggrundsviden

2.1 Danskernes middellevetid og dødelighed

Middellevetiden i Danmark er, ligesom i den øvrige verden, stigende. I 2006 udgjorde den 75,9 år for mænd og 80,9 år for kvinder³⁴. Middellevetiden i Danmark er imidlertid sakket agterud de sidste 35 år sammenlignet med en lang række andre lande i og uden for Europa, jf. tabel 1 nedenfor. Fra en 6. plads i 1970 er Danmark rykket ned på en 21. plads i 2005, og kun østeuropæiske lande har haft en lige så beskeden udvikling i middellevetiden som Danmark.

Tabel 1: Forventet middellevetid 0-årige (mænd og kvinder)

	1970	2005	Vækst	Note	Vækst %
Østrig	70,0	79,5	9,5		13,6
Belgien	71,0	78,7	7,7		10,8
Danmark	73,3	77,9	4,6		6,3
Finland	70,8	78,9	8,1		11,4
Frankrig	72,2	80,3	8,1		11,2
Tyskland	70,4	79,0	8,6		12,2
Grækenland	72,0	79,3	7,3		10,1
Irland	71,2	79,5	8,3		11,7
Italien	72,0	80,4	8,4		11,7
Luxembourg	70,3	79,3	9,0	1971-2005	12,8
Holland	73,7	79,4	5,7		7,7
Portugal	67,5	78,2	10,7		15,9
Spanien	72,0	80,7	8,7		12,1
Sverige	74,7	80,6	5,9		7,9
Storbritannien	71,9	79,0	7,1		9,9
Island	74,3	81,2	6,9		9,3
Norge	74,2	80,1	5,9		8,0
Australien	70,8	80,9	10,1		14,3
Canada	72,9	80,2	7,3	1971-2004	10,0
New Zealand	71,5	79,6	8,1		11,3
Schweiz	73,8	81,3	7,5		10,2
USA	70,9	77,8	6,9	1970-2004	9,7
DK's placering	6	21	22		22

Kilde: OECD

Når Danmark sammenlignes med velhavende OECD lande, som foruden Vesteuropa også omfatter USA, Canada, Australien og New Zealand, har danske kvinder den korteste middellevetid blandt alle 20 lande, og mænd har den 5. korteste.

³⁴ Nyt fra Danmarks Statistik, maj 2007.

Den utilfredsstillende udvikling i middellevetiden i Danmark skyldes først og fremmest en alt for høj dødelighed blandt de midaldrende. I aldersgruppen 45-64 år har danske kvinder siden 1980 haft den højeste dødelighed blandt 20 OECD-lande³⁵, bl.a. fordi dødsfald forårsaget af KOL og lungekræft som følge af rygning er meget hyppige blandt danske kvinder.

2.2 Hjertekarsygdomme

Hjertekarsygdomme udgør den klart hyppigste dødsårsag i Danmark. Således var hjertekarsygdomme i år 2000 årsag til 20.531 dødsfald eller 36 % af alle dødsfald i Danmark (57.204). Til sammenligning døde knap 16.000 personer eller 28 % af kræft³⁶, som er den næst hyppigste dødsårsag.

Hjertekarsygdomme er en samlebetegnelse for lidelser i hjerte og/eller kar. Dødsfaldene inden for hjertekarsygdomme fordelte sig i 2000 således³⁷:

Tabel 2: Fordelingen af dødsfald inden for hjertekarsygdomme år 2000

	Mænd antal	Mænd %	Kvinder antal	Kvinder %	I alt antal	I alt %
Reumatisk hjer- tesygdom	12	0,1	11	0,1	23	0,1
Hypertension	229	2,3	272	2,5	501	2,4
Iskæmisk hjer- tesygdom	4.743	48,6	4.368	40,5	9.111	44,4
Andre hjertesyg- domme	1.797	18,4	2.081	19,3	3.878	18,9
Cerebrovaskulære sygdomme	2.032	20,8	2.962	27,5	4.994	24,3
Sygd. i arterier, arterioler m.m.	785	8,0	858	8,0	1.643	8,0
Sygdomme i blodårer og lym- fesystem	156	1,6	225	2,1	381	1,9
Total	9.754	100,0	10.777	100,0	20.531	100,0

Ved åreforkalkning i hjertets kranspulsåre taler man om iskæmisk hjertesygdom, som er den hyppigste lidelse og dødsårsag inden for hjertekarsygdomme. Ud fra befolkningsundersøgelser og undersøgelser i almen praksis skønnes det, at 150.000-200.000 personer i Danmark har iskæmisk hjertesygdom; heraf er kun en mindre del diagnosticeret. Sygdommen er årsag til omkring 1/3 af indlæggelserne for hjertekarsygdomme. Blandt de i alt ca. 57.000 personer,

³⁵ "Dødeligheden i Danmark gennem 100 år", Statens Institut for Folkesundhed.

³⁶ "HjerteStatistik2004", Hjerteforeningen og Statens Institut for Folkesundhed.

³⁷ "HjerteStatistik2004", Hjerteforeningen og Statens Institut for Folkesundhed.

der var indlagt for hjertekarsygdom i 2002, var knap halvdelen (godt 27.000) indlagt med iskæmisk hjertesygdom.

I Danmark er den aldersstandardiserede dødelighed af iskæmisk hjertesygdom faldet støt siden midten af 1970'erne, mest udtalt for mændenes vedkommende³⁸. Det samme er sket i resten af Vesteuropa og i Nordamerika. Selvom dødeligheden og incidensen af iskæmisk hjertesygdom er faldet, dør der totalt set flere af sygdommen, fordi antallet af midaldrende og ældre i den danske befolkning stiger, netop den gruppe for hvem iskæmisk hjertekarsygdom er hyppigst.

Det er dokumenteret³⁹, at dødeligheden blandt de kortest uddannede danskere er 2-3 gange højere end blandt personer med lang videregående uddannelse. De overordnede funktionærer har den laveste risiko for at dø af hjertekarsygdom, både blandt mænd og kvinder. Der er tale om en udpræget ulighed i sygdoms- og dødsrisikoen også på dette område, som overvejende skyldes forskelle i livsstil, herunder kost-, ryge-, alkohol- og motionsvaner. En systematisk og proaktiv indsats fra sundhedsvæsenets side i form af tilbud om helbredstjek og opfølgende rådgivning og behandling vil kunne medvirke til udligning af denne ulighed i risiko. Det vil dog formentlig kræve, at der fra sundhedsvæsenets side gøres en særlig indsats for at motivere de grupper i befolkningen, som erfaringsmæssigt fravælger denne type tilbud⁴⁰.

I sundheds- og sygelighedsundersøgelserne spørges til forekomsten af langvarig sygdom blandt de interviewede, herunder til typen af den langvarige sygdom. For hjertekarsygdom er der sket en stigning i den selvrapporterede andel med hjertekarsygdom i perioden 1987 til 2005, som tabel 3 viser.

Tabel 3: Andel med selvrapporteret langvarig hjertekarsygdom

År	(%)	Antal svarpersoner
1987	5,2	4752
1994	6,1	4667
2000	6,5	16688
2005	7,4	14566

Siden 1999 har de praktiserende læger i Danmark, på grundlag af en individuel risikovurdering, kunnet tilbyde forebyggende samt opfølgende konsultationer til personer med 10-års risiko for iskæmisk hjertesygdom på mere end 20 % og personer med iskæmisk hjertesygdom. Der findes flere modeller, som kan estimere risikoen for, at symptomfrie personer udvikler kardiovaskulær sygdom. Modellerne er næsten alle baseret på observationsstudier af populati-

³⁸ Dansk Selskab for Almen Medicin, 2007: "Forebyggelse af iskæmisk hjertekarsygdom i almen praksis".

³⁹ "HjerteStatistik2004", Hjerteforeningen og Statens Institut for Folkesundhed.

⁴⁰ "Forebyggende helbredsundersøgelser og sundhedsfremme i almen praksis i den midaldrende befolkning", Thomssen, Lauritzen og Engberg i Ugeskrift for Læger 2002;164(45):5240.

oner, der er fulgt gennem mange år. Det fremgår af såvel danske som internationale retningslinjer, at der som hovedregel bør anvendes en række forskellige risikofaktorer ved vurdering af den enkelte patients samlede risiko for udvikling af hjertekarsygdom og deraf evt. intervention. Den seneste kliniske vejledning fra Dansk Selskab for Almen Medicin anbefaler at anvende et risikoskema baseret på det såkaldte SCORE-system⁴¹. SCORE omfatter risikofaktorerne: køn, alder, rygning⁴², systolisk blodtryk og total kolesterol. Anbefalingerne underbygger, at man ved helbredstjek foretager en bredere vurdering af patienternes samlede risikoprofil for udvikling af hjertekarsygdom som grundlag for rådgivning og evt. intervention.

Ved forebyggelse af hjertekarsygdom er der behov for en multifaktoriel indsats, som både omfatter livsstilsændringer og evt. farmakologisk behandling⁴³. Gennemførelse af systematiske helbredstjek og herunder risikoberegning for udvikling af hjertekarsygdom m.m. vil kunne danne grundlag for en målrettet forebyggende og behandlende indsats på dette område. Det vil dog være afgørende, at behandlingen tilrettelægges i overensstemmelse med de til enhver tid gældende kliniske retningslinjer.

2.3 Forhøjet kolesterol (hyperkolesterolæmi)

Undersøgelser viser⁴⁴, at det gennemsnitlige kolesterolniveau i et land er en god prædikator for hyppigheden af iskæmisk hjertekarsygdom. Forhøjet kolesterolindhold i blodet er ikke i sig selv en sygdom, men udgør en af risikofaktorerne ved udvikling af åreforkalkning, og bestemmelse af kolesteroltallet bør derfor indgå i et helbredstjek.

Kolesterol er et af kroppens fedtstoffer (lipider). Det dannes i leveren og indgår i kroppens celler, hormoner, D-vitamin og galdesyre. Kolesterol transporteres rundt i kroppen med blodet, og kolesteroltallet måles ved hjælp af en blodprøve.

Det er indholdet af det såkaldte LDL-kolesterol (low density lipoprotein) i blodet, som har betydning for dannelse af åreforkalkning, mens HDL-kolesterol (high density lipoprotein) har en beskyttende virkning.

Både arv og miljø har betydning for kolesterolniveauet. Flere arvelige tilstande giver svært forhøjet LDL-kolesterol, og 10.000 danskere har en arvelig form for forhøjet kolesterol, som kaldes familiær hyperkolesterolæmi.

I Danmark fødes vi med et total kolesteroltal på 2½ mmol/l (millimol pr. liter). Dette stiger med alderen, og det vurderes, at omkring 2,1 millioner danskere over 35 år har et total kolesterol \geq 5 mmol/l. Undersøgelser viser, at risikoen ved et for højt kolesteroltal for alvor tager

⁴¹ Dansk Selskab for Almen Medicin, 2007: "Forebyggelse af iskæmisk hjertekarsygdom i almen praksis". (SCORE = Score COronary Risk Evaluation). Ved risikovurdering hos patienter med diabetes anbefales brug af en anden model (Diacard).

⁴² Rygning er årsag til 14 % af alle dødsfald, der skyldes hjertesygdomme, jfr. Sundhedsstyrelsen, 2005: "Hjertesygdom. Fakta og forebyggelse".

⁴³ Dansk Selskab for Almen Medicin, 2007: "Forebyggelse af iskæmisk hjertekarsygdom i almen praksis".

⁴⁴ Dansk Selskab for Almen Medicin, 2007: "Forebyggelse af iskæmisk hjertekarsygdom i almen praksis".

fart, når tallet overstiger 5 mmol/l. Derfor udgør dette p.t. grænsen mellem normalt og forhøjet kolesteroltal. Når kolesterolindholdet i blodet er mindre end 5 mmol/l, betegnes det som ideelt; ved et indhold på 5,0 – 6,4 mmol/l som let forhøjet; ved et indhold på 6,5 – 7,9 mmol/l som moderat forhøjet og over 7,9 mmol/l som udtalt forhøjet.

Fordi risikoen for hjertekarsygdomme m.m. er stadig stigende med stigende kolesteroltal, vil langt de fleste danskere have gavn af at få sænket kolesteroltallet. For patienter med manifesteret kardiovaskulær sygdom, diabetes eller hyperkolesterolemie sættes behandlingsmålet lavere end 5 mmol/l, fordi disse patienter er i højrisikogruppen mht. den absolutte 10-års risiko for at dø af hjertekarsygdom.

Epidemiologiske undersøgelser viser, at andelen af danskere, der har fået målt kolesterolindholdet i blodet inden for de seneste tre år, er steget fra 14,9 % i 1994 til 36,7 % i 2005⁴⁵.

Behandling for forhøjet kolesterol omfatter livsstilsændringer (rygeophør, ændrede kostvaner og motion) og evt. lipidsænkende medicinsk behandling.

2.4 Forhøjet blodtryk (hypertension)

Forhøjet blodtryk udgør en væsentlig risikofaktor for udvikling af meget alvorlige og hyppige organskader som blodprop i hjernen, hjerneblødning, blodprop i hjertet, hjertesvigt, nyresvigt og blindhed. Et væsentligt element i et systematisk tilbud om helbredstjek er derfor at få identificeret de personer, der har forhøjet blodtryk i henhold til de gældende retningslinjer. Dette gælder såvel ubehandlede personer som personer, der faktisk er i medicinsk behandling, men som af forskellige årsager ikke behandles til mål.

Faglige skøn tilsiger, at kun omkring halvdelen af dem, som faktisk lider af forhøjet blodtryk, er vidende om det. Den seneste sundheds- og sygelighedsundersøgelse fra 2005 viser, at knap 15 % af de adspurgte selv rapporterer et forhøjet blodtryk. I 1994 udgjorde andelen godt 6 % og i 2000 8,5 %, og den er således væsentligt forøget gennem de seneste 10 år. Hyppigheden af forhøjet blodtryk er størst blandt kvinder og i aldersgruppen over 45 år.

⁴⁵ Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005, Dansk Institut for Folkesundhed.

Tabel 3: Andel med selvrapporteret forhøjet blodtryk

	Alder*	% i 2000	% i 2005
Mænd	16-24 år	0,5	0,2
	25-44 år	2,3	2,8
	45-64 år	11,5	16,9
	65+ år	18,9	31,5
	Mænd i alt	7,8	13,2
Kvinder	16-24 år	0,5	0,4
	25-44 år	2,1	3,6
	45-64 år	11,5	18,7
	65+ år	26,3	38,4
	Kvinder i alt	9,3	16,1
Total		8,5	14,7

*) Data fra 2000 er opgjort på aldersgrupperne: 16-24, 25-44, 45-66 og +67 årige.

Det er vurderet, at flere end 2.000 danskere hvert år dør som direkte følge af forhøjet blodtryk svarende til 4 % af alle dødsfald⁴⁶. Forhøjet blodtryk har relativt størst betydning i aldersgruppen 45-64 år, hvor det er årsag til ca. 11 % af alle dødsfald. Mænd, der dør af forhøjet blodtryk, mister i gennemsnit godt 16 leveår, mens kvinder mister ca. 25 leveår.

Der kan være mange årsager til forhøjet blodtryk. Man ved, at en række forhold alene og i kombination øger risikoen: overvægt, tobaksrygning, alkoholmisbrug, fed og saltholdig kost, mangel på motion, diabetes 1 og 2, nyresygdom, forhøjet kolesterol m.m.⁴⁷ Man ved også, at risikoen er øget for mænd over 55 år og for kvinder over 65 år⁴⁸.

Diagnosticerings- og behandlingsmulighederne vedr. hypertension er velbelyste og bliver til stadighed bedre. Behandlingsmulighederne omfatter både livsstilsændringer og farmakologiske tiltag. Valg af behandling afhænger af flere faktorer: tilstedeværelsen af risikofaktorer, hypertensive organforandringer, anden sygdom og sværhedsgraden af blodtryksforhøjelsen.

I 2005 var knap 668.000 danskere i behandling med blodtryksnedsættende medicin⁴⁹. Med tal spændende fra 25 til 75 % er der varierende oplysninger om, hvor mange af de behandlede, der når behandlingsmålet⁵⁰, dvs. behandles sådan, at blodtrykket falder til det anbefalede.

⁴⁶ "Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark", Statens Institut for Folkesundhed, juni 2006.

⁴⁷ www.netdokter.dk/medicin.

⁴⁸ "Hypertensio arterialis", Dansk Hypertensionsselskab og Hjerteforeningen, 2004.

⁴⁹ Data fra Lægemiddelstyrelsen.

⁵⁰ Ifølge Institut for Rationel Farmakoterapi.

2.5 For højt BMI (Body Mass Index)

BMI anvendes til at klassificere overvægt ud fra kropsmassen ud fra følgende formel: $Vægt \text{ i kilo} : (Højde \text{ gange højde})$. For kvinder ligger det ideelle BMI mellem 20,5 og 24,9; for mænd ligger det mellem 22,0 og 26,4⁵¹.

BMI over 30: Svær overvægt

BMI 25 - 30: Moderat overvægt

BMI 20 - 25: Normalvægtig

BMI under 20: Undervægtig

Hvert år dør 1.300-1.400 danskere på grund af overvægt, svarende til godt 2 % af alle dødsfald. Et dødsfald relateret til overvægt sker godt 25 år for tidligt for mænd og knap 24 år for tidligt for kvinder⁵². De svært overvægtige har en højere dødelighed end normalvægtige, særligt når det gælder personer under 65 år.

Alt for mange danskere er overvægtige, og udviklingen går den forkerte vej. I 2005 var 64,5 % af de voksne mænd i Danmark overvægtige eller svært overvægtige, mens det for kvinderne var 47,4 %.

Tabel 4: Andel af danskere som er overvægtige eller svært overvægtige

År	Køn	Svært overvægtige (%)	Overvægtige (%)
1987	Mænd	5,6	39,7
	Kvinder	5,4	22,1
1994	Mænd	8,2	44,3
	Kvinder	7,0	27,9
2000	Mænd	9,8	49,6
	Kvinder	9,1	34,0
2005	Mænd	11,8	52,7
	Kvinder	11,0	36,4

Note: Svært overvægtige har et BMI ≥ 30 , mens overvægtige har et BMI ≥ 25 .

Overvægt øger risikoen for iskæmisk hjertesygdom, apopleksi, diabetes og flere kræftformer. Langvarig belastende sygdom forekommer hyppigst blandt svært overvægtige. Godt 14.600 mænd anslås at have langvarig belastende sygdom på grund af svær overvægt, mens godt 61.500 kvinder vurderes at være belastet af sygdom på grund af overvægt eller svær overvægt⁵³.

⁵¹ De Danske Vægtkonsulenters hjemmeside.

⁵² "Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark", Statens Institut for Folkesundhed, juni 2006.

⁵³ "Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark", Statens Institut for Folkesundhed, juni 2006.

2.6 Sundhedsprojekt Ebeltoft

Sundhedsprojekt Ebeltoft har til formål at undersøge effekten af generelle helbredsundersøgelser og helbredssamtaler i almen praksis. Undersøgelsen er randomiseret og kontrolleret og er tilrettelagt, så den kan vise effekterne af indsatsen også på lidt længere sigt, nemlig efter 5 og 10 års forløb; den startede i 1991.

Undersøgelsen er gennemført af de praktiserende læger i Ebeltoft Kommune, og i alt 2.000 tilfældigt udvalgte borgere i alderen 30-50 år blev inviteret til at deltage, svarende til knap 58 % af kommunens gruppe 1-patienter i den pågældende aldersgruppe. De personer, som indvilgede i at deltage, modtog en invitation fra egen praktiserende læge og et spørgeskema om helbred, livsstil, psykosociale forhold og andet.

Godt 1.500 deltog i undersøgelsen svarende til en deltagelsesprocent på 75 %. Deltagelsen var højere blandt kvinder (80 %) end blandt mænd (71 %). Deltagerne blev tilfældigt placeret i 3 grupper: 1) en kontrolgruppe, 2) en interventionsgruppe med tilbud om helbredsundersøgelse og 3) en interventionsgruppe med tilbud om både helbredsundersøgelse og en efterfølgende 45 minutter varende helbredssamtale med egen praktiserende læge.

Deltagere i interventionsgrupperne blev tilbudt en helbredsundersøgelse, som bl.a. omfattede beregning af en kardiovaskulær risikoscore baseret på data som: køn, disposition for hjertekarlidelse, rygning, blodtryk, totalcholesterol og BMI. Samtlige helbredsundersøgelser blev foretaget af laboranter tilknyttet lægernes praksis.

Efter helbredsundersøgelserne modtog alle undersøgte et personligt underskrevet svar fra egen læge med detaljerede oplysninger om helbredsundersøgelsens resultater. Hvis værdier i undersøgelsen faldt uden for normalområdet, omfattede svaret i første omgang råd om livsstilsændringer. Deltagere, som havde fået konstateret en forhøjet eller høj kardiovaskulær risiko, blev desuden opfordret til at søge egen læge.

Personer i gruppe 3 (dvs. inkl. helbredssamtale) fik tilbud om en 45 minutter lang helbredssamtale med egen læge baseret på et forudgående udfyldt spørgeskema om, hvilke emner vedkommende ønskede at tage op under samtalen. Ved afslutning af samtalen blev deltageren bedt om at opstille livsstils mål for det kommende år. Tilbuddet om helbredssamtale blev fremsat en gang om året de følgende 4 år.

Knap 70 % af dem, som gennemførte en helbredssamtale hos egen læge, besluttede at ændre deres livsstil på et eller flere områder. Andelen var størst blandt de personer, der havde fået konstateret en høj eller meget høj risiko for hjertekarsygdom.

De foreløbige resultater viser, at den kardiovaskulære risikoprofil efter 5 år var signifikant lavere i de to interventionsgrupper end i kontrolgruppen. BMI og S-cholesterol var ligeledes signifikant lavere. Virkningen var mest udtalt for de personer, der initialt tilhørte risikogrupper for hjertekarsygdom.

76 % af de undersøgte viste sig at have mindst én abnorm værdi, det være sig i form af eksempelvis lavt kondital (30 %), forhøjet BMI (16 %), forhøjet blodtryk (10 %), forhøjet kolesterol (10 %), forhøjet risiko for hjertekarsygdom (11 %), dårlig hørelse (19 %) og/eller svagt syn (12 %). Der var således ikke tale om, som nogen kritikere hævder, at de undersøgte alle var raske.

Københavnske sundhedsforskere⁵⁴ har kritiseret Sundhedsprojekt Ebeltoft, bl.a. for at overtræde god klinisk forskningspraksis på nogle områder, og har advaret mod, at resultaterne overfortolkes⁵⁵. Sundhedsprojekt Ebeltoft er beskrevet og dokumenteret i forskellige sammenhænge, herunder i videnskabelige tidsskrifter og i rapporter fra Sundhedsstyrelsens Center for Medicinsk Teknologivurdering og Dansk Sundhedsinstitut. For mere detaljeret information henvises til projektets hjemmeside: www.sundhedsprojekt-ebeltoft.dk.

⁵⁴ Bl.a. Anders Beich, læge og sundhedsforsker, Forskningsenheden for Almen praksis, Center for Sundhed og Samfund, Københavns Universitet.

⁵⁵ Se bl.a. "En moderne molbohistorie", af Anders Beich, Dagens Medicin 9. april 2007.

Bilag 1: Sundhedspolitiske mål på hypertensionsområdet⁵⁶

- Om 5 år skal 80 % af alle borgere over 45 år have kendskab til deres blodtryk, mod ca. halvdelen i dag.
- Alle med forhøjet blodtryk skal tilbydes relevant vejledning, målrettet behandling og systematisk opfølgning.
- Om 5 år skal mindst 75 % af de behandlede patienter nå behandlingsmålet, mod ca. 25 % i dag.
- Den andel af befolkningen, der har forhøjet blodtryk, skal i løbet af 10 år bringes så tæt på 0 som muligt. Inden for 5 år skal andelen halveres fra de nuværende 20 % til 10 %.
- Danskernes middellevetid skal i løbet af 10 år forlænges med 9 måneder for mænd og 6 måneder for kvinder som følge af en reduktion i dødsrisikoen ved forhøjet blodtryk.
- Antallet af personer, der rammes af apopleksi, skal i løbet af 10 år bringes ned på 8.000. Inden for 5 år skal antallet bringes ned på 10.000 om året fra de nuværende 12.000 – 14.000.
- Antallet af dødsfald, som følge af forhøjet blodtryk, skal bringes så tæt på 0 som muligt. I løbet af 10 år skal antallet halveres fra de nuværende 2.000 om året til 1.000 om året.

⁵⁶ "Nye mål og midler i indsatsen over for forhøjet blodtryk – Lægemedelindustriforeningens sundhedspolitiske udspil på hypertensionsområdet", Lif, april 2007.