

Nye mål og midler i indsatsen over for forhøjet blodtryk

Lægemiddelindustriforeningens
sundhedspolitiske udspil
på hypertensionsområdet



Lægemiddel
industri
foreningen

April 2007

Nye mål og midler i indsatsen over for forhøjet blodtryk

Et sundhedspolitisk udspil fra Lægemiddelindustriforeningen

Indholdsfortegnelse:

Del 1: Forslag til mål og handlinger

1.1 Baggrund	side 2
1.2 Behov for en blodtrykshandlingsplan	side 2
1.3 Overordnede sundhedspolitiske mål	side 3
1.4 Initiativer til opfyldelse af målene	side 4

Del 2: Problematisering og dokumentation

2.1 Baggrund	side 7
2.2 Hvorfor hypertensionsområdet?	side 8
2.3 Hvad er forhøjet blodtryk?	side 10
2.4 Årsagerne til forhøjet blodtryk	side 11
2.5 Diagnosticering af forhøjet blodtryk	side 11
2.6 Behandling af forhøjet blodtryk	side 12
2.7 Omkostninger forbundet med hypertension	side 13

Del 1: Forslag til mål og handlinger

1.1 Baggrund

Dette sundhedspolitiske udspil fra Lægemiddelindustriforeningen (Lif) vedrører indsatsen over for forhøjet blodtryk. Udspillet er et led i Lifs bestræbelser på at få flyttet sundhedsdebattens fokus på struktur og økonomi til fokus på *sundhedsresultaterne*, som bør være styrende for, hvordan vi tilrettelægger indsatsen i sundhedsvæsenet. Men det skal ikke mindst ses som et seriøst bud på nye mål og nye midler i indsatsen over for forhøjet blodtryk i Danmark som et nødvendigt skridt på vejen til bedre kvalitet i sundhedsvæsenet og en bedre sundhed for danskerne.

Forhøjet blodtryk er en særdeles udbredt lidelse, der udgør en væsentlig sygdoms- og dødsrisiko. Indsatsen mod forhøjet blodtryk bør derfor tillægges stor vægt i den samlede sundhedsindsats sammen med indsatsen over for andre udbredte og alvorlige, kroniske lidelser.

Der er både væsentlige behov og gode argumenter for at styrke sundhedsvæsenets indsats over for hypertension. Faktisk er argumenterne efter Lifs mening så gode, at de ikke er til at komme uden om. Og det er Lif ikke alene om at mene. Andre væsentlige aktører, herunder bl.a. HjerneSagen, Apotekerforeningen, Dansk Hypertensionsselskab og Institut for Rationel Farmakoterapi har taget problemstillingen op over for både sundhedsministeren og befolkningen.

Når Lif argumenterer for at forbedre kvaliteten i indsatsen over for hypertension, er det med baggrund i 3 helt afgørende forhold:

- En forbedret opsporing, forebyggelse og behandling af forhøjet blodtryk vil give rigtig mange mennesker et længere og et bedre liv. Over én million voksne danskere har forhøjet blodtryk.
- Blandt fagfolk i sundhedsvæsenet er der udbredt enighed om, at vi er vidner til en betragtelig underdiagnosticering og underbehandling af hypertension¹ i Danmark.
- Forbedringer af indsatsen over for hypertension kan relativt nemt iværksættes. Diagnosticeringsmetoden er enkel, risikofaktorerne er velkendte, og behandlingsmulighederne er gode og let tilgængelige.

Det er således Lifs klare holdning, at den nuværende indsats på hypertensionsområdet i Danmark hverken er tilstrækkelig eller tilfredsstillende, og at der er brug for nye kvalitetsforbedrende initiativer baseret på bevidst stillingtagen til mål og midler.

1.2 Behov for en blodtrykshandlingsplan

De negative sundhedsmæssige konsekvenser af forhøjet blodtryk er de seneste år kommet mere i fokus, og udviklingen i diagnosticering og behandling er som følge heraf kommet på rette spor. Men der er brug for at gå nye veje, hvis indsatsen skal have den størst mulige positive effekt på danskernes sundhed og dødelighed.

Efter Lifs vurdering bør der udarbejdes en politisk og økonomisk bindende blodtrykshandlingsplan, som skal danne et fælles forpligtende grundlag for indsatsen de kommende 5 år.

¹ Dansk Hypertensionsselskab og Institut for Rationel Farmakoterapi.

Kredsen bag en sådan handlingsplan bør afspejle bredden af den styrkede indsats, herunder Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Den Almindelige Danske Lægeforening, relevante patientorganisationer og eventuelt andre organisationer, myndigheder eller ressourcepersoner, som kan og bør bidrage positivt.

Handlingsplanen bør for det første indeholde overordnede sundhedspolitiske mål for indsatsens effekt på danskernes sundhed, som eksempelvis mål for færre dødsfald som følge af hypertension. Planen bør for det andet opstille operationelle mål og præsentere de nødvendige midler til opnåelse af disse som led i indfrielsen også af de overordnede sundhedspolitiske mål.

Hvad der efter Lifs mening er helt afgørende er, at handlingsplanens initiativer baseres på principper om en **opsøgende og systematisk indsats** fra sundhedsvæsenets side. Det vil indebære et markant brud med den måde, hvorpå indsatsen hidtil har været tilrettelagt. I dag rettes forebyggelsesindsatsen alene mod folks livsstil, som erfaringsmæssigt er vanskelig at ændre på uden systematisk hjælp og vejledning. Og sundhedssystemet træder først til, når folk selv henvender sig med et sundhedsproblem. Den tilgang er særlig problematisk ved lidelser som f.eks. forhøjet blodtryk, som oftest først opdages, når der opstår alvorlige organskader som blodprop eller hjerteproblemer. Derfor skal indsatsen fremover tilrettelægges, så den understøtter forebyggelse og tidlig opsporing, og initiativerne skal udgå fra sundhedsvæsenet.

En blodtrykshandlingsplan bør sætte målrettet og systematisk ind over for følgende overordnede problemstillinger:

1. **Flere skal kende deres blodtryk og de anbefalede grænser.** I dag kender kun omkring halvdelen af borgerne over 40 år deres blodtryk, og rigtigt mange ved ikke, hvad der betragtes som normalt blodtryk. En forøgelse i antallet af undersøgte personer udgør en logisk og nødvendig forudsætning for, at flere kan diagnosticeres og komme i den nødvendige behandling.
2. **Flere skal i behandling.** Hyppigheden af behandlingskrævende forhøjet blodtryk er langt større, end det nuværende behandlingsomfang tilsiger.
3. **Flere skal nå behandlingsmålet.** Kun omkring 25 % af de behandlede når i dag behandlingsmålet. Dette er langt fra tilfredsstillende, og behandlingsresultaterne skal forbedres markant.

1.3 Overordnede sundhedspolitiske mål

De overordnede sundhedspolitiske mål i en blodtrykshandlingsplan bør efter Lifs mening bl.a. være følgende:

*** 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.*

1.4 Initiativer til opfyldelse af målene

Det er efter Lifs vurdering helt afgørende, at der anlægges en betydelig mere opsøgende og systematisk tilgang til sundhedsvæsenets indsats generelt og på hypertensionsområdet specifikt, hvis de ønskede mål skal indfries. Samtidig skal alvorligheden af forhøjet blodtryk yderligere betones og ikke mindst afspejles i sundhedspersonalets adfærd og handlinger.

Hypertensionens udbredelse og følgevirkninger har en sådan karakter, at der bør tilrettelægges en opsøgende, systematisk, landsdækkende opsporings- og behandlingsindsats for den del af befolkningen, der har rundet 45 år. Foruden at medvirke til indfrielse af de foreslåede sundhedspolitiske mål på området, vil en sådan indsats også kunne medvirke til at udligne de geografiske og andre uligheder i sundhed, der er en realitet i det danske samfund i dag².

Alle borgere over 45 år bør have foretaget blodtryksmåling mindst én gang om året. 85 % af befolkningen går i forvejen til praktiserende læge mindst én gang i løbet af et år. For de af patienterne der er over 45 år, skal det blot sikres, at der foretages en blodtryksmåling i forbindelse med konsultationen. Dette vil kunne iværksættes umiddelbart.

Alle borgere over 45 år bør med faste intervaller modtage en opfordring til at få målt blodtrykket. For at få kontakt til de borgere over 45 år, der ikke henvender sig i almen praksis, og for at opnå den højest mulige tilslutning til blodtryksmålingen, bør der indkaldes til blodtryksmåling, svarende til den ordning som mange tandlæger praktiserer. Indkaldelse kan ske telefonisk eller skriftligt via brev, e-mail eller sms, f.eks. fra kommunen, egen læge eller andre. Borgere, som ikke reagerer på opfordringen, bør kontaktes igen.

Blodtryksmålingen kan i første omgang enten ske i forbindelse med konsultation hos den alment praktiserende læge, som hjemme- eller døgnblodtryksmåling, ved besøg af hjemmesygeplejerske, på apotekerne eller i de nye kommunale, lokale sundhedscentre. Såfremt der med tiden indføres årlige sundhedstjek, som bl.a. Lif anbefaler, og flertallet i befolkningen støtter op om³, vil det være oplagt at foretage blodtryksmålingen i den forbindelse.

Hvor den første måling viser forhøjet blodtryk, bør det videre forløb under alle omstændigheder varetages i regi af almen praksis, her evt. af en specialsygeplejerske, af hensyn til risikostratificering, vejledning, valg af behandling og sikring af systematisk opfølgning. Behandlingen skal ske i overensstemmelse med gældende guidelines.

For den enkelte borger betyder kendskab til eget blodtryk en positiv mulighed for at søge videre information og tage stilling til egen situation, herunder for aktivt at til- eller fravælge nød-

² Se bl.a. Lifs registerbaserede opgørelse over dødsrisikoen i de forskellige dele af landet, december 2006.

³ Lif på baggrund af data fra Danmarks Statistik.

vendige livsstilsændringer og/eller medicinsk behandling. På den anden side følger der også et ansvar med at opnå viden om ens egen helbredssituation. Det kan muligvis afholde nogen fra umiddelbart at tage imod et tilbud om blodtryksmåling.

For at motivere befolkningen over 45 år generelt til måling af blodtrykket og acceptere nødvendig behandling er det efter Lifs mening **nødvendigt at tydeliggøre og understrege konsekvenserne af forhøjet blodtryk, herunder hypertensionens betydning for alvorlig sygdom og død, og den store gevinst ved effektiv behandling**. Det kan bl.a. ske gennem kampanjer, som det senest er set fra HjerneSagens og Apotekerforeningens side, og som det er påpeget af Institut for Rationel Farmakoterapi og Dansk Hypertensionsselskab⁴. Lif ønsker ikke "skræmmekampanjer", men alvorligheden af forhøjet blodtryk bør efter Lifs vurdering formuleres tydeligt og formidles samstemmende af aktører på området, herunder ikke mindst af sundhedsmyndigheder og -ansatte.

Epidemiologiske undersøgelser viser, at omkring 40 % af alle voksne i alderen 30-70 år har forhøjet blodtryk og/eller er i behandling for forhøjet blodtryk. Det svarer til over én million voksne danskere. Knap 668.000 er i blodtryksnedsættende behandling. Langt flere har derfor brug for vejledning og behandling, herunder i form af livsstilsændringer og evt. medicinsk behandling. Desuden er det kun omkring 25 % af dem, som i dag er i behandling for hypertension, der når behandlingsmålet.

For at sikre relevant vejledning, målrettet behandling og systematisk opfølgning bør der efter Lifs vurdering rettes en række initiativer mod almen praksis, bl.a. til støtte af lægerne i løsnin-gen af opgaven.

De praktiserende læger bør tilbydes beslutningsstøttesystemer, herunder redskaber til risikostratificering og behandlingsvalg. Det bør sikres, at både befolkningen og de behandlende læger til stadighed har let adgang til guidelines om nyeste og mest effektive behandling.

Der bør udarbejdes behandlingsplaner for behandlingskrævende patienter i et samarbejde mellem læge og patient.

Der bør sikres let adgang til dokumentation af indsatsen over for hypertension. Landsoverenskomsten om almen lægegerning indeholder elementer, hvis grundprincip et stykke af vejen svarer til de principper, Lif gerne ser bl.a. hypertensionsindsatsen opbygget omkring. Overenskomsten indeholder således som noget nyt forløbsydelse for diabetespatienter, hvis formål er at udvikle og sikre kvaliteten i behandlingen af kronisk syge i almen praksis og at give den praktiserende læge et instrument til systematisering af behandling og kontrol⁵. Forløbsydelse afregnes på basis af dokumentation for patientkontakter, og der tillægges den praktiserende læge en opsøgende rolle. Lif finder, at de principper, der ligger i denne model, vil være relevante og hensigtsmæssige at videreføre og udvikle med hensyn til indsatsen over for hypertension.

Yderligere inspiration kan hentes i England, hvor lægerne honoreres på basis af kvalitetsindikatorer, som er aftalt i kontraktform med lokale grupper af alment praktiserende læger. Af indikatorer relevante for hypertensionsområdet kan bl.a. nævnes (udvalgte eksempler):

- Den enkelte praksis kan fremvise et register over patienter med hypertension.
- Andelen af patienter med hypertension, hvis journal indeholder oplysninger om rygning/ikke-rygning.
- Andelen af de patienter, der både har hypertension og er rygere, hvis journal indeholder oplysning om, at vejledning om rygeophør er blevet tilbudt mindst én gang.

⁴ Dansk Hypertensionsselskab og Institut for Rationel Farmakoterapi.

⁵ Landsoverenskomsten om almen lægegerning, forhandlingsaftale 2006.

- Andelen af patienter med hypertension, for hvem der er foretaget løbende målinger af blodtrykket de seneste 9 måneder.
- Andelen af patienter med hypertension, for hvem det seneste målte blodtryk er 140/90 mmHg eller lavere (målt inden for de seneste 9 måneder).

Med henblik på nødvendig og udbygget dokumentation kan udvikles et nationalt indikatorprojekt på hypertensionsområdet, evt. som et supplement til det etablerede NIP.

Del 2: Problematisering og dokumentation

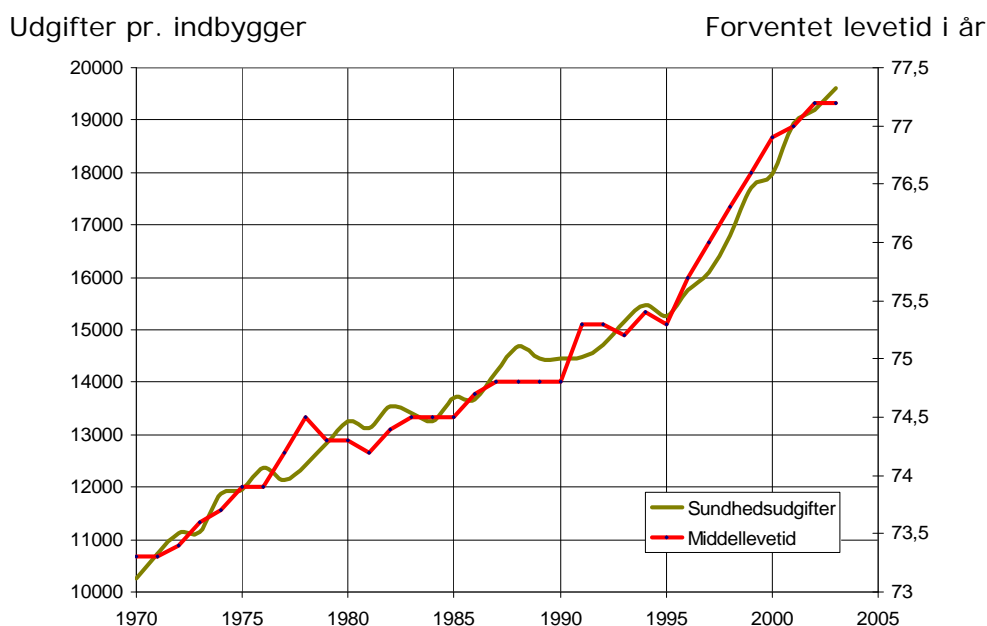
2.1 Baggrund

Det er et faktum, at Danmark har nogle af de dårligste sundhedsresultater i Europa. Danmark er blandt de lande i Vesteuropa, der har den laveste middellevetid til trods for, at den, efter en stagnation, i de senere år har været inde i en positiv udvikling. I 2004 udgjorde middellevetiden 75,2 år for mænd og 79,9 år for kvinder⁶.

Internationale sammenligninger af dødeligheden viser også, at der er en markant overdødelighed i Danmark. I perioden 1995 - 1999 døde der således hvert år ca. 8.000 flere 0-74 årige i Danmark, end der ville have gjort, hvis dødeligheden her var den samme som i Sverige⁷.

Der findes ingen enkel forklaring på de dårlige sundhedsresultater. Det er imidlertid et faktum, at de danske sundhedsudgifter gennem 30 år kun er øget halvt så meget som i resten af OECD-landene, og at middellevetiden og sundhedsudgifterne har udviklet sig overensstemmende gennem årene, jf. figur 1.

Figur 1: Udviklingen i middellevetiden og sundhedsudgifterne, 1970 - 2005



Kilde: DSI

Det er desuden fakta, at vi i Danmark har et markant lavere medicinforbrug og er langsommere til at ibrugtage ny sundhedsteknologi end de andre europæiske lande. Samtidig mangler vi en egentlig sundhedspolitik, der kan være styrende for investeringer og prioriteringer på sundhedsområdet.

I juni 2005 udsendte Lif et debatoplæg om den danske sundhedspolitik⁸ - eller rettere om fraværet af egentlig sundhedspolitik her i landet. I debatoplægget pegede Lif bl.a. på et generelt

⁶ Danmarks Statistik: "Statistisk årbog 2006".

⁷ Danmarks Statistik: "Statistisk årbog 2006".

behov for, at fremtidens indsats på sundhedsområdet baseres på operationelle mål og konkrete handlingsplaner. Derved bliver det muligt at vurdere, om indsatsen har den ønskede virkning på danskernes sundhed.

Dette sundhedspolitiske udspil om hypertensionsområdet udgør et led i udmøntningen af Lifs strategi. Det er planen, at der de kommende 2 år vil blive udarbejdet yderligere 2-4 udspil på forskellige indikationsområder.

2.2 Hvorfor hypertensionsområdet?

Der er flere gode grunde til, at det første målrettede sundhedspolitiske udspil fra Lif drejer sig om indsatsen over for forhøjet blodtryk eller hypertension.

Den første grund er, at en forbedret indsats over for forhøjet blodtryk vil give rigtig mange mennesker et længere og et bedre liv.

Det er vurderet, at flere end 2.000 danskere hvert år dør af forhøjet blodtryk⁹, hvilket svarer til næsten 4 % af alle dødsfald, heraf godt 5 % blandt mænd og godt 2 % blandt kvinder¹⁰. Forhøjet blodtryk har relativt størst betydning for dødsfald i aldersgruppen 45-64 år, hvor det er årsag til ca. 11 % af alle dødsfald.

Der mistes hvert år ca. 43.000 leveår som følge af dødsfald relateret til forhøjet blodtryk, jf. tabel 1, heraf godt 25.000 tabte leveår blandt mænd og knap 18.000 leveår blandt kvinder. Mænd, der dør af forhøjet blodtryk, mister i gennemsnit godt 16 leveår, mens kvinder mister ca. 25 leveår.

Tabel 1: Antal dødsfald og tabte leveår pga. forhøjet blodtryk (2002)

Aldersgruppe	Antal dødsfald		Tabte leveår	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
0-64 år	642	506	6.246	4.506
65 år og over	882	202	18.917	13.337
I alt	1.524	708	25.163	17.843

Kilde: Statens Institut for Folkesundhed: "Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark", juni 2006

WHO har vurderet¹¹, at over 20 % af alle dødsfald og 11 % af sygdomsbyrden i de udviklede lande kan tilskrives forhøjet blodtryk.

Forhøjet blodtryk udgør en afgørende risikofaktor for udvikling af meget alvorlige og hyppige organskader som blodprop i hjernen, hjerneblødning, blodprop i hjertet, hjertesvigt, nysesvigt eller blindhed. Fordi der sjældent er symptomer på forhøjet blodtryk, før organskaderne indtræder, kaldes forhøjet blodtryk også for "den stille dræber"¹².

Hvert år rammes mellem 12.000 og 14.000 danskere¹³ af apopleksi (hjerneblodprop eller hjerneblødning), ca. 4.000 dør af cerebral apopleksi¹⁴, og flere end 50.000 mennesker lever med

⁸ "På vej mod en sundhedspolitik – et debatoplæg fra Lægemedellindustriforeningen", juni 2005.

⁹ Sundhedsstyrelsen.

¹⁰ Statens Institut for Folkesundhed, juni 2006: "Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark".

¹¹ Health Report 2002: "Reducing Risks. Promoting Healthy Life", Geneva, 2002.

¹² The Permanente Journal, Summer 2006, Volume 10, No. 2.

¹³ På baggrund af tal fra Landspatientregisteret er antallet skønnet til godt 13.000 i 2005.

følgerne af apopleksi. Al evidens viser¹⁵, at over halvdelen af disse tilfælde har baggrund i ubehandlet eller utilstrækkeligt behandlet forhøjet blodtryk. En ærgerlig og uacceptabel kendsgerning når det samtidig er konstateret, at et fald i blodtrykket på 10 mmHg medfører en 40 %'s reduktion i risikoen for at dø af et slagtilfælde.

Hjertesygdom er den hyppigste dødsårsag i Danmark. 85 % af alle hjertedødsfald, svarende til ca. 15.000, skyldes iskæmisk hjertesygdom (kransåreforkalkning)¹⁶, som desuden er årsag til både langvarig (kronisk) hjertesygdom og til pludseligt indsættende alvorlige sygdomme som hjertekramper og blodprop i hjertet. Patienter med iskæmisk hjertesygdom har ofte hypertension som tilgrundliggende lidelse, og det skønnes, at omkring 150.000 danskere lider af iskæmisk hjertesygdom.

Uden dødsfald direkte relateret til hypertension ville middellevetiden for mænd i Danmark være næsten 9 måneder længere og for kvinder 6 måneder længere, end tilfældet er nu¹⁷. Det er desuden beregnet¹⁸, at middellevetiden for mænd vil kunne øges med henholdsvis 9 måneder og 2 år, såfremt alle dødsfald som følge af apopleksi og iskæmisk hjertesygdom kunne undgås. De tilsvarende tal for kvinder udgør henholdsvis 12 måneder og 1,5 år.

Den anden grund er, at der blandt fagfolk i sundhedsvæsenet er udbredt enighed om, at vi er vidner til en betragtelig underdiagnosticering og underbehandling af hypertension¹⁹ i Danmark.

Faglige skøn tilsiger, at kun omkring halvdelen af dem, som faktisk lider af forhøjet blodtryk, er vidende om det.

Den seneste Sundheds- og sygelighedsundersøgelse viser²⁰, at knap 15 % af de adspurgte selv rapporterer et forhøjet blodtryk, jf. tabel 2. I 1994 udgjorde andelen godt 6 %, og den er således væsentligt forøget de seneste 10 år.

Tabel 2: Andel af befolkningen med selvrapporteret forhøjet blodtryk

	1994	2000	2005
Andel med forhøjet blodtryk	6,1 %	8,5 %	14,6 %

Kilde: Statens Institut for Folkesundhed, 2006: "Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen, 2005".

Interviewskema med svarfordeling.

Den gennemsnitlige hyppighed af forhøjet blodtryk i den danske befolkning skønnes at udgøre omkring 20 %.

¹⁴ Dansk Hypertensionsselskab, 1999: "Hypertensio arterialis", klaringsrapport nr. 9.

¹⁵ WHO samt Dansk Hypertensionsselskab.

¹⁶ Sandøe E., et al: "Hjertesygdomme", Medicinsk kompendium, 14. udgave. Redaktion: Lorenzen I., Bendixen G., Hansen NE. København, Nyt Nordisk Forlag, Arnold Busk, 1994, pp. 859-1131.

¹⁷ Statens Institut for Folkesundhed, juni 2006: "Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark".

¹⁸ Statens Institut for Folkesundhed: "Dødeligheden i Danmark gennem 100 år", København, 2004.

¹⁹ Dansk Hypertensionsselskab og Institut for Rationel Farmakoterapi.

²⁰ Statens Institut for Folkesundhed: "Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen, 2005".

Tabel 3: Køns- og aldersfordelingen af personer med selvrapporert forhøjet blodtryk, 2000

Køn og alder	Andel med forhøjet blodtryk (%)
Mænd:	
16 – 24 år	0,5
25 – 44 år	2,3
45 – 66 år	11,5
67 – 79 år	20,9
80 + år	13,0
Mænd i alt	7,8
Kvinder:	
16 - 24 år	0,5
25 - 44 år	2,1
45 - 66 år	11,5
67 - 79 år	26,1
80 + år	26,6
Kvinder i alt	9,3

Kilde: Statens Institut for Folkesundhed, 2001: "Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen, 2000".

Der foreligger endnu ikke aldersfordelte data vedr. 2005.

Tabel 3 viser, at hyppigheden af selvrapporert forhøjet blodtryk er størst blandt kvinderne og i aldersgruppen over 67 år. Andelen vokser markant fra aldersgruppen 45-66 år og er stigende med alderen, idet den dog falder for mænd over 80 år og stagnerer for kvinder i samme aldersgruppe.

I 2005 var knap 668.000 danskere i behandling med blodtryksnedsættende medicin²¹. Kun mellem ¼ og 1/3²² behandles til mål, dvs. behandles sådan, at blodtrykket falder til det anbefalede.

Et helt centralt forhold i den forbindelse handler om at sikre en god compliance med både livsstilsændringer og den medicinske behandling. Hvad angår hypertensionspatienter, er der evidens for, at mere end halvdelen af de patienter, der sættes i medicinsk behandling, dropper denne helt inden for et år. Og for dem, som forsætter behandlingen, vil ca. halvdelen kun tage omkring 80 % af deres medicin. Derfor når i størrelsesorden 75 % af hypertensionspatienterne ikke den optimale kontrol med blodtrykket.²³

Den tredje grund er, at forbedringer af indsatsen over for hypertension relativt nemt kan iværksættes. Diagnosticeringsmetoden er enkel, risikofaktorerne og behandlingsmulighederne er velkendte og sidstnævnte let tilgængelige.

2.3 Hvad er forhøjet blodtryk?

Blodtrykket afhænger af, hvor stor en kraft hjertet udøver, når blodet pumpes rundt i kroppen, og hvor stor en modstand der er i blodkarrene. Man har forhøjet blodtryk, når blodet bliver presset igennem pulsårerne med et højere tryk end normalt.

²¹ Lægemiddelstyrelsen.

²² Hjernesagen og INTER99.

²³ WHO: "Adherence to long-term therapies : evidence for action / [edited by Eduardo Sabaté]", 2003.

Blodtrykket angives med to tal. Det første er det systoliske blodtryk, som er det tryk, der opstår i pulsårerne, når hjertet trækker sig sammen og presser blodet ud i kroppen. Det andet tal er det diastoliske blodtryk, som er det tryk, der er i pulsårerne, mens hjertet afslappes mellem to slag og fyldes med blod.

Hvis blodtrykket er højere end 140/90 mmHg i hvile, taler vi i Danmark om forhøjet blodtryk, herunder mild hypertension (140-159/90-99 mmHg), moderat hypertension (160-179/100-109 mmHg) og svær hypertension (højere end 180/110).

Fordi den øgede risiko for død og sygdom er ligefrem proportional med blodtrykkets højde, har flere lande de senere år valgt at reducere grænsen for det normale til lavere værdier; dette er bl.a. sket ud fra faglige vurderinger af, at en større del af befolkningen vil have gavn af blodtryks-sænkende, herunder non-farmakologisk, behandling²⁴.

Undersøgelser har vist, at en stor del af patienter med blodtryk i området 120-139/80-89 mmHg i løbet af en 10-års periode vil udvikle hypertension²⁵. I USA har man derfor de seneste år nedsat grænserne for intervention og indført begrebet "præhypertension" for blodtryk liggende på 120-139/80-89 mmHg. De nyeste europæiske retningslinjer, som endnu ikke er slået igennem i Danmark, opererer med begreber som "optimalt blodtryk" (120/80 mmHg), "normalt blodtryk" (120-129/80-84 mmHg) og "højt normalt blodtryk", som er 130-139/85-89 mmHg²⁶.

2.4 Årsagerne til forhøjet blodtryk

Alle kan få forhøjet blodtryk, og årsagerne hertil kan være mange. I de fleste tilfælde kan lægen ikke med sikkerhed fastslå årsagen, men man ved, at en række forhold alene og i kombination øger risikoen for at få sygdommen: overvægt, tobaksrygning, alkoholmisbrug, fed og saltrig kost, mangel på motion, diabetes 1 og 2, nyresygdom, forhøjet kolesterol, tendens i familien til forhøjet blodtryk, hjerneblødning eller blodprop i hjertet og brug af visse medikamenter som eksempelvis binyrebarkhormon og slankepiller²⁷. Man ved også, at risikoen er øget for mænd over 55 år og for kvinder over 65 år²⁸.

Kendskabet til disse risikofaktorer er en afgørende forudsætning for, at det er muligt dels at vurdere, hvorvidt personer er i risikogruppen for hypertension, dels at vurdere, hvorvidt der er indikation for behandling, og i givet fald hvilken behandling der skønnes mest hensigtsmæssig.

2.5 Diagnosticering af forhøjet blodtryk

Diagnosticeringsmulighederne vedr. hypertension er velbelyste og bliver til stadighed bedre. Der er således udarbejdet en række, også nye, danske kliniske retningslinjer for diagnosticering og behandling af forhøjet blodtryk, herunder fra Dansk Hypertensionsselskab²⁹ og fra Kvalitetsudviklingsudvalget i Århus Amt³⁰.

²⁴ Dansk Hypertensionsselskab, 1999: "Hypertensio arterialis".

²⁵ Dansk Hypertensionsselskab og Hjerteforeningen, 2004: "Hypertensio arterialis".

²⁶ Dansk Hypertensionsselskab og Hjerteforeningen, 2004: "Hypertensio arterialis".

²⁷ www.netdokter.dk/medicin

²⁸ Dansk Hypertensionsselskab og Hjerteforeningen, 2004: "Hypertensio arterialis".

²⁹ www.hypertension.suite.dk/Guidelines

³⁰ Sundhed.dk: Hypertension (State of the Art).

De seneste retningslinjer fra Dansk Hypertensionsselskab³¹ fremhæver som noget nyt, at blodtryksmåling i forbindelse med konsultation hos læge bør suppleres med målinger på døgnbasis³² og/eller i patientens eget hjem³³. Ifølge selskabet er det påvist, at både døgn- og hjemmblodtryk har væsentligt bedre reproducerbarhed og forudsiger kardiovaskulære hændelser mere præcist end blodtryksmålinger foretaget i forbindelse med konsultation. De praktiserende læger modtager, som noget relativt nyt, honorar for ydelsen hjemmblodtryk, mens døgnmåling ikke indgår som honoreret ydelse i Landsoverenskomsten³⁴.

2.6 Behandling af forhøjet blodtryk

Behandlingsmulighederne over for forhøjet blodtryk omfatter både non-farmakologiske (ikke-medicinske) og farmakologiske (medicinske) tiltag. Valg af behandling afhænger af flere faktorer: tilstedeværelsen af risikofaktorer, hypertensive organforandringer, anden sygdom samt sværhedsgraden af blodtryksforhøjelsen. Bl.a. Dansk Hypertensionsselskab har præsenteret et redskab til risikostratificering af patienter med hypertension³⁵, som kan anvendes i forbindelse med valg af behandling.

Det anbefales generelt, at non-farmakologisk behandling i form af livsstilsændringer (f.eks. motion, kostomlægning og mindre alkohol) eller non-farmakologisk terapi altid overvejes og anbefales patienter med forhøjet blodtryk. Den non-farmakologiske behandling suppleres med jævnlig kontrol af patientens blodtryk, hvor hyppigheden afhænger af patientens risikoniveau. Ifølge Dansk Hypertensionsselskab mangler der imidlertid dokumentation for, at non-farmakologisk behandling på længere sigt reducerer den kardiovaskulære sygelighed og dødelighed, og det anføres, at der for hovedparten af patienterne kun opnås mindre blodtryksreduktion ved denne form for behandling³⁶.

De farmakologiske eller medicinske behandlingsmuligheder over for hypertension består i vanddrivende midler (diuretika), alfablokkere, betablokkere, calcium canal hæmmere, ACE hæmmere og angiotensin II-receptorantagonister³⁷. Midlerne anvendes enkeltvis eller som kombinationsbehandling.

Gennem de senere år er antallet af personer i behandling med hypertensionsmedicin vokset betragteligt, svarende til en stigning på omkring 7 % om året, eller med knap 1/3 fra 2001 til 2005, jf. tabel 4. Et stigende antal patienter behandles med medicin fra flere stofgrupper, hvilket ifølge relevante faglige selskaber og Lægemiddelstyrelsen er en positiv udvikling, da behandlingen derved kan individualiseres og optimeres med hensyn til virkninger og bivirkninger.

³¹ Dansk Hypertensionsselskab, 2006: "Diagnostisk blodtryksmåling – på døgnbasis, hjemme og i konsultationen".

³² Døgnblodtryk er blodtryk målt over mindst 24 timer under hverdagsomstændigheder med anvendelse af bærbar elektronisk blodtryksmåler, der måler med faste tidsintervaller, f.eks. hvert 15.-20. minut.

³³ Hjemmblodtryk er blodtryk målt af patienten i eget hjem under anvendelse af patientaktiverede elektroniske blodtryksapparater.

³⁴ Landsoverenskomsten om Almen Lægegerning xxx.

³⁵ Dansk Hypertensionsselskab og Hjerteforeningen, 2004: "Hypertensio arterialis", side 4 og 5.

³⁶ Dansk Hypertensionsselskab og Hjerteforeningen, 2004: "Hypertensio arterialis", side 5.

³⁷ www.netdoktor.dk

Tabel 4: Antal personer i behandling med hypertensionsmedicin fordelt på antallet af stofgrupper

	2001	2002	2003	2004	2005
Personer i behandling:					
1 stofgruppe	274.286	279.543	285.481	292.600	299.171
2 stofgrupper	176.370	193.263	211.039	229.654	245.017
3 stofgrupper	50.943	62.612	75.786	90.272	103.336
4 stofgrupper	6.564	9.153	12.275	16.456	20.417
I alt	508.163	544.571	584.581	628.982	667.941
Andel:					
1 stofgruppe	54 %	51 %	49 %	47 %	45 %
2 stofgrupper	35 %	35 %	36 %	37 %	37 %
3 stofgrupper	10 %	11 %	13 %	14 %	15 %
4 stofgrupper	1 %	2 %	2 %	3 %	3 %
I alt	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Vækst i antal personer i behandling (fra året før):					
1 stofgruppe		1,9 %	2,1 %	2,5 %	2,2 %
2 stofgrupper		9,6 %	9,2 %	8,8 %	6,7 %
3 stofgrupper		22,9 %	21,0 %	19,1 %	14,5 %
4 stofgrupper		39,4 %	34,1 %	34,1 %	24,1 %
Alle		7,2 %	7,3 %	7,6 %	6,2 %

Kilde: Lægemiddelstyrelsen

Samtidig er andelen af patienter, som behandles med et enkelt stof, faldet fra 54 % i 2001 til 45 % i 2005, mens især andelen af patienter, som behandles med 3 stoffer, er øget i perioden. Udviklingen er primært en konsekvens af ændrede faglige anbefalinger på området gennem årene. Trods stigningen i flerstofbehandlede ligger Danmark stadig lavt set i forhold til andre lande som eksempelvis USA og England.

2.7 Omkostninger forbundet med hypertension

De samfundsøkonomiske omkostninger som følge af hypertension er både internationalt og nationalt i Danmark af betydelig størrelse. Ifølge Statens Institut for Folkesundhed udgør forhøjet blodtryk en af de helt centrale risikofaktorer, hvad angår de afledte samfundsøkonomiske konsekvenser, som vedrører: indlæggelsesdage på sygehuse, produktionstab og for tidlig død. Omkostningerne omfatter dels de direkte omkostninger, der er forbundet med lægebesøg, medicinforbrug og sygehusindlæggelser for den række af sygdomme, der vil være udløst af forhøjet blodtryk. Dertil kommer det samfundsmæssige produktionstab som følge af sygefravær og for tidlig død.

Der foreligger ikke danske opgørelser af de samlede omkostninger forbundet med hypertension, men studier fra USA angiver, at sundhedsudgifterne til hypertension og relaterede komplikationer udgør 12,6 % af de samlede sundhedsudgifter³⁸. Der foreligger derimod et dansk estimat for det samfundsøkonomiske produktionstab som følge af død på knap 2 mia. kr.³⁹

³⁸ Hodgson TA, Cai L.: "Medical care expenditures for hypertension, its complications, and its comorbidities", Medical Care, 2001, 39:599-615.

³⁹ Statens Institut for Folkesundhed: "Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark", juni 2006.

Produktionstabet er størst for mænd, hvor det er estimeret til at udgøre 70 %, og vedrører hovedsageligt aldersgruppen 45-64 årige.

Forhøjet blodtryk er som beskrevet årsag til bl.a. apopleksi og hjertesygdomme. Sundhedsstyrelsen har beregnet⁴⁰, at apopleksi hvert år koster det danske samfund 2,7 mia. kr. i direkte udgifter. Og Sundhedsministeriet har fremført⁴¹, at det danske samfund vil kunne spare 122 mio. kr. ved en forbedret behandling af apopleksi gennem bedre diagnosticering og behandling af forhøjet blodtryk. Sygdomme i kredsløbsorganerne er samtidig den mest ressourcekrævende sygdomsgruppe i sygehusregi med knap 137.000 indlæggelser om året og en samlet sygehusudgift på 3,8 mia. kr. årligt⁴².

I 2005 anvendte vi i Danmark knap 1,3 mia. kr. på lægemidler, der i vid udstrækning anvendes til behandling af forhøjet blodtryk, jf. tabel 5. Sammenholdt med antallet af personer i behandling, jf. tabel 4, kan den gennemsnitlige udgift pr. person i behandling beregnes til 1.925 kr. i 2005. I 2001 udgjorde den tilsvarende udgift 2.257 kr., og der har således været tale om et væsentligt fald i den gennemsnitlige udgift på trods af, at andelen af patienter, som behandles med flere præparater, er vokset i samme periode.

Tabel 5: Udgifter til hypertensionsmedicin

Mio. kr., løbende priser	2001	2004	2005	Andel 2005
Sygesikringstilskud	748.519	848.637	825.819	64 %
Kommunalt tilskud	58.355	65.693	61.912	5 %
Brugerbetaling	339.981	375.575	398.142	31 %
I alt	1.146.855	1.289.905	1.285.873	100 %

Kilde: Lægemiddelstyrelsen.

Over perioden 2002 til 2006 ses også et fald i den gennemsnitlige behandlingspris inden for de fleste terapiområder. Prisen for en daglig behandlingsdosis er således for hele området faldet med knap 18 % fra 1,98 kr. til 1,63 kr.

Tabel 6: Udviklingen i den gennemsnitlige behandlingspris

PPP/DDD	2002	2003	2004	2005	2006	2002-2005
C02 Midler mod forhøjet blodtryk	4,4	4,0	3,1	3,7	4,2	-5,0 %
C03 Vanddrivende midler (diuretika)	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7	20,0 %
C07 Beta-receptorblokerende midler	2,4	2,5	2,4	2,3	2,4	-3,7 %
C08 Calciumantagonister	3,5	3,3	1,9	1,2	1,1	-68,5 %
C09 Midler med virkning på renin-angiotensin systemet	3,1	3,0	2,6	2,6	2,6	-16,3 %
- Heraf ACE-hæmmere	2,0	1,8	1,3	1,1	1,1	-47,3 %
- Heraf Angiotensin II antagonist	5,2	5,1	5,1	5,2	5,4	4,6 %
I alt	2,0	2,0	1,7	1,6	1,6	-17,6 %

Kilde: Dansk Lægemiddel Information

Tabel 7 nedenfor viser udviklingen i medicinforbruget fra 2002 til 2006, hvor der kan observeres en faldende omsætning i 2004 som følge af patentudløb inden for især calcium-blokkerne.

⁴⁰ Sundhedsstyrelsens referenceprogram for behandling af apopleksi, 2005.

⁴¹ Besvarelse af spørgsmål nr. 366 (alm. del), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til Indenrigs- og sundhedsministeren den 8. maj 2006.

⁴² Kilde: DRG-systemet, 2005.

Tabel 7: Udviklingen i markedet for lægemidler anvendt i behandlingen af forhøjet blodtryk

Omsætning (apotekets indkøbspris, mio. kr.)	2002	2003	2004	2005	2006
C02 Midler mod forhøjet blodtryk	19,9	20,1	16,8	21,5	25,2
C03 Vanddrivende midler (diuretika)	115,5	121,6	131,8	139,0	152,9
C07 Beta-receptorblokerende midler	122,2	134,3	140,4	147,6	158,8
C08 Calciumantagonister	286,6	284,6	175,8	118,4	126,4
C09 Midler med virkning på renin-angiotensin systemet	393,6	441,3	448,9	502,2	578,4
- Heraf ACE-hæmmere	166,2	166,6	138,0	139,2	152,3
- Heraf Angiotensin II antagonist	227,3	274,7	311,0	363,0	426,1
I alt	937,8	1.001,8	913,7	928,7	1.041,6
Ændring i forhold til året før		6,8 %	-8,8 %	1,6 %	12,2 %
Mio. DDD					
C02 Midler mod forhøjet blodtryk	4,5	5,0	5,4	5,9	6,0
C03 Vanddrivende midler (diuretika)	211,8	215,1	222,6	226,6	230,0
C07 Beta-receptorblokerende midler	50,0	54,1	59,8	64,7	67,5
C08 Calciumantagonister	82,0	85,6	94,1	101,3	114,7
C09 Midler med virkning på renin-angiotensin systemet	126,1	148,2	170,6	195,2	221,4
- Heraf ACE-hæmmere	82,4	94,2	109,0	125,8	143,1
- Heraf Angiotensin II antagonist	43,7	54,0	61,5	69,4	78,3
I alt	474,5	507,9	552,5	593,6	639,5
Ændring i forhold til året før		7,0 %	8,8 %	7,4 %	7,7 %

Kilde: Dansk Lægemiddel Information.