

FOREBYGGENDE HELBREDSUNDERSØGELSER OG HELBREDS-
SAMTALER I ALMEN PRAKSIS
- en sundhedsøkonomisk analyse af "Sundhedsprojekt Ebeltoft"
Sammenfatning

2006

Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering

FOREBYGGENDE HELBREDSUNDERSØGELSER OG HELBREDSSAMTALER
I ALMEN PRAKSIS

- en sundhedsøkonomisk analyse af "Sundhedsprojekt Ebeltoft"

Sammenfatning

Forebyggende helbredsundersøgelser og helbredssamtaler i almen praksis
En sundhedsøkonomisk analyse af »Sundhedsprojekt Ebeltoft«

© DSI Institut for Sundhedsvæsen

URL: <http://www.sst.dk>

URL: <http://www.dsi.dk>

Emneord: Forebyggelse, helbredsundersøgelser, helbredssamtaler, MTV, medicinsk teknologivurdering, sundhedsøkonomi, almen praksis

Sprog: Dansk med engelsk resumé

Format: pdf

Version: 1,0

Versionsdato: juni 2006

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen og DSI Institut for Sundhedsvæsen, juni 2006

Design: Sundhedsstyrelsen og 1508 A/S

Layout: P.J. Schmidt Grafisk produktion

Elektronisk ISBN: 87-7676-316-1 (Sundhedsstyrelsen)

Elektronisk ISBN: 87-7488-441-7 (DSI Institut for Sundhedsvæsen)

Elektronisk ISSN: 1601-586X (Sundhedsstyrelsen)

ISSN: 0904-1737 (DSI Institut for Sundhedsvæsen)

Trykt ISBN: 87-7488-439-5 (DSI Institut for Sundhedsvæsen)

DSI rapport 2006.04

Denne rapport citeres således:

Rasmussen SR, Kilsmark J, Hvenegaard A, Thomsen JL, Engberg M, Lauritzen T, Søgaard J

Forebyggende helbredsundersøgelser og helbredssamtaler i almen praksis

En sundhedsøkonomisk analyse af »Sundhedsprojekt Ebeltoft«

København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, 2006

Medicinsk Teknologivurdering – puljeprojekter 2006; 6(6)

Serietitel (Sundhedsstyrelsen): Medicinsk Teknologivurdering – puljeprojekter

Serieredaktion: Finn Børlum Kristensen, Mogens Hørder, Leiv Bakketeig

Serieredaktionssekretær: Stig Ejdrup Andersen

Serietitel (DSI): DSI Rapport

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til

Sundhedsstyrelsen

Center for Evaluering og MTV

Islands Brygge 67

2300 København S

Tlf. 72 22 74 00

E-mail: cemtv@sst.dk

Hjemmeside: www.cemtv.dk

Rapporten kan downloades fra www.cemtv.dk eller fra www.dsi.dk under publikationer

Forord

Der kan opnås helbredsgevinster gennem generelle helbredsundersøgelser og -samtaler i almen praksis. Det har »Sundhedsprojekt Ebeltoft« dokumenteret i et kontrolleret lodtrækningsforsøg blandt 30-49-årige mænd og kvinder. Forebyggende helbredsundersøgelser, som de er praktiseret i Ebeltoft, virker, og projektgruppen bag denne rapport kan nu dokumentere, at denne intervention også er omkostningseffektiv, når direkte omkostninger i sundhedsvæsenet og indirekte omkostninger ved kort- og langvarigt arbejdsfravær/ophør grundet sygdom tages i betragtning.

Rapportens resultater underbygger forebyggelsens »tommelfingerregel«, at når forebyggelse virker på sundheden, så er det også en sundhedsøkonomisk fornuftig investering. Det koster at gennemføre helbredsundersøgelser og -samtaler i almen praksis, men det tjenes ind ved mindre sygdom og er således samlet set omkostningsneutralt over en 5-6-årig periode.

Nærværende rapport kan læses alene, men dens nytte øges, når den læses i sammenhæng med rapporten »Forebyggende helbredsundersøgelser og helbredssamtaler i almen praksis. En analyse af patientperspektivet«, som CEMTV netop har udgivet. Denne rapport dokumenterer, at forebyggende helbredsundersøgelser og helbredssamtaler ikke er forbundet med længerevarende forringelse af den enkeltes helbredsopfattelse eller psykisk velbefindende.

Tilsammen udgør de to rapporter således et bredt bidrag til beslutningsgrundlaget for en eventuel indførelse af et systematisk tilbud om forebyggende helbredsundersøgelser og helbredssamtaler i almen praksis. Rapporternes resultater falder i tråd med det aktuelle fokus på »aftalt forebyggelses-konsultation« i dette års overenskomst mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Praktiserende Lægers Organisation.

Rapporten har gennemgået eksternt peer-review og projektgruppen har udfyldt en deklaration af eventuelle konkurrerende interesser.

*Finn Børlum Kristensen, centerchef
Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering
Juni 2006*

*Jes Søgaard, direktør og professor
DSI Institut for Sundhedsvæsen
Juni 2006*

Den følgende sammenfatning er fra rapporten »Forebyggende helbredsundersøgelser og helbredssamtaler i almen praksis. En sundhedsøkonomisk analyse af »Sundhedsprojekt Ebeltoft««. Rapporten kan læses på www.cemtv.dk under publikationer. Herfra kan også nærværende sammenfatning downloades.

Sammenfatning

Baggrund: Primære forebyggende indsatser rettet mod forhøjet blodtryk, forhøjede kolesterolværdier, rygning, overvægt og for lav fysisk aktivitet er som enkeltstående interventioner blevet anset for at være effektive og i flere lande anbefales forebyggende helbredsundersøgelser til den midaldrende befolkning (1, 2). Det har imidlertid indtil nu været uvist om implementering af forebyggende helbredsundersøgelser og helbredssamtaler i almen praksis i Danmark vil være omkostningseffektive. Danske registre åbner for en unik mulighed for at følge konsekvenserne ved at tilbyde forebyggende helbredsundersøgelser i almen praksis henholdsvis forebyggende helbredsundersøgelser og efterfølgende helbredssamtaler til den almene befolkning. Den sundhedsøkonomiske undersøgelse i denne rapport er baseret på »Sundhedsprojekt Ebeltoft« (3), og er således et supplement til den randomiserede, kontrollerede undersøgelse, som belyser effekt og konsekvenser af forebyggende helbredsundersøgelser og –samtaler i almen praksis (4-6). Rapporten er udarbejdet i DSI Institut for Sundhedsvæsen i et tæt samarbejde med forskergruppen bag »Sundhedsprojekt Ebeltoft«. Projektet er støttet af CEMTVs pulje for MTV-projekter.

Formål: At undersøge om det vil være omkostningseffektivt at implementere forebyggende helbredsundersøgelser og –samtaler i Danmark.

Metode: Undersøgelsen omfatter en opgørelse af udgifter og omkostninger sat i relation til prædefinerede effektmål for tre randomiserede grupper (to interventionsgrupper (1.006 personer) og en kontrolgruppe (501 personer). Deltagerne i projektet var 30-49-årige (1. jan. 1991) mænd og kvinder, som var bosiddende i Ebeltoft kommune og tilmeldt en lægepraksis i kommunen. Tilbudet var i henhold til randomiseringen følgende:

- Gruppe 1 (kontrolgruppe (senere omtalt som spørgeskemagruppen)): Udfyldelse af spørgeskema ved projektstart samt efter et og fem år. Tilbud om en helbredsundersøgelse og en efterfølgende samtale ved projektets afslutning (fem år efter projektets start).
- Gruppe 2 (interventionsgruppe): Udfyldelse af spørgeskema ved projektstart samt efter et og fem år. Tilbud om en helbredsundersøgelse ved projektstart samt efter et og fem år efterfulgt af et skriftligt svar med sundhedsrådgivning samt opfordring til en efterfølgende almindelig konsultation i tilfælde af mistanke om sygdom eller forhøjede risikofaktorer ved helbredsundersøgelsen f.eks. ved høj eller meget høj risiko for hjertekarsygdom. Tilbud om en efterfølgende behovsbestemt samtale ved projektets afslutning.
- Gruppe 3 (interventionsgruppe): Udfyldelse af spørgeskema ved projektstart samt efter et og fem år. Tilbud om en helbredsundersøgelse ved projektstart samt et og fem år efter samt en planlagt 45 minutters helbredssamtale efter 1. helbredsundersøgelse. De følgende 4 år var der tilbud om helbredssamtaler af 30 min varighed, hvis deltageren selv fandt behov for det.

Helbredsundersøgelserne omfattede foruden en vurdering af risikoen for hjertekarsygdom: Synsprøve, høreprøve, konditest, lungefunktionsundersøgelse, vurdering af leverfunktion, nyrefunktion og undersøgelse for diabetes. Gruppe 2 og 3 fik skriftlige svar fra egen læge i samme udformning med forklaring af de enkelte undersøgelser og bemærkning om, hvilke sundhedsfremmende tiltag den enkelte kunne gøre på baggrund af prøverne. Svaret indeholdt også pjecer fra Hjerteforeningen vedrørende livsstil. Ved mistanke om sygdom eller forhøjede risikofaktorer ved helbredsundersøgelsen blev deltagerne i gruppe 2 også opfordret til at søge egen læge.

Alle beregninger i nærværende sundhedsøkonomiske omkostningseffektivitetsanalyse er baseret på data på individniveau, og analysen er gennemført som en »intention to treat« analyse¹. Undersøgel-

¹ Hvilket betyder, at de beregnede omkostninger er opgjort for alle personer i de respektive randomiseringsgrupper, og de gennemsnitlige omkostninger er beregnet på basis af antallet af randomiserede personer i en given randomiseringsgruppe. Ændringerne i effekter er baseret på de personer, som deltog i helbredsundersøgelserne i både 1991/1992 og 1996/1997. De forventede leveår ved studiestart for deltagerne i kontrolgruppen er baseret på køns- og aldersspecifikke gennemsnitlige værdier for den samlede interventionsgruppe (gruppe 2+gruppe 3).

sen omfatter en opgørelse af følgende udgifter og omkostninger, som alle er beskrevet nærmere i rapportens metodeafsnit:

- Projektets implementerings- og interventionsomkostninger
- Direkte omkostninger i sundhedsvæsenet i form af omkostninger ved sygehuskontakter (somatisk og psykiatrisk) og kontakter i den primære sundhedssektor
- Omkostninger ved kort- og langvarigt arbejdsophør grundet sygdom
- Udgifter ved sygefravær og sociale pensioner

Undersøgelsen omfatter derudover to effektmål, som ligeledes er beskrevet nærmere i rapportens metodeafsnit:

- Vundne leveår
- Antal dødsfald

Fokus er rettet på effektmålet *vundne leveår*, idet der ikke er fundet signifikante forskelle i antallet af dødsfald efter seks års opfølgning. Det skal imidlertid bemærkes, at »Sundhedsprojekt Ebeltoft« ikke har været dimensioneret til at finde en signifikant forskel på effektmålet dødsfald efter seks år.

Opgørelsesperioden for de afledte udgifter og omkostninger har omfattet en periode på seks år; fra 17. november 1991 til 31. december 1997. Det tilstræbtes, at de enkelte projektdeltagere fik foretaget helbredsundersøgelse fem år efter deres første helbredsundersøgelse, og opgørelsesperioden for de beregnede ændringer i effekt er baseret på to helbredsundersøgelser i 1991/1992 henholdsvis i 1996/1997.

De statistiske tests og sammenligninger af omkostninger og effekter har været koncentreret om at foretage følgende sammenligninger mellem grupperne:

- Tilbudet til deltagerne i gruppe 2 vs. tilbudet til deltagerne i gruppe 1 (gruppen med helbredsundersøgelser vs. spørgeskemagruppen)
- Tilbudet til deltagerne i gruppe 3 vs. tilbudet til deltagerne i gruppe 1 (gruppen med helbredsundersøgelser og -samtaler vs. spørgeskemagruppen)
- Det samlede tilbud til deltagerne i gruppe 2 og 3 vs. tilbudet til deltagerne i gruppe 1 (gruppen med helbredsundersøgelser og gruppen med helbredsundersøgelser og -samtaler vs. spørgeskemagruppen)
- Tilbudet til deltagerne i gruppe 3 vs. tilbudet til deltagerne i gruppe 2 (gruppen med helbredsundersøgelser og -samtaler vs. gruppen med helbredsundersøgelser)

Tilbudet til deltagerne i gruppe 1 (spørgeskemagruppen) er det, som kommer tættest på den nuværende praksis i almen praksis, hvor der ikke foretages systematiske helbredsundersøgelser og -samtaler. Det valgte signifikansniveau for de statistiske tests er 5%.

Resultater: Alle udgifter og omkostninger præsenteres som henholdsvis gennemsnitlige udgifter og omkostninger pr. randomiseret person for en 6-årig periode, og de er opgjort i 1997-priser og diskonteret med 3% årligt. Effektmålet vundne leveår præsenteres som gennemsnitlige ændringer i vundne leveår pr. deltager med helbredsoplysninger, opgjort over en 5-årig periode og diskonteret med 3% årligt.

For mænd og kvinder samlet set er både tilbudet om helbredsundersøgelser og -samtaler (gruppe 3) og tilbudet om helbredsundersøgelser (gruppe 2) dominant i økonomisk forstand i forhold til tilbudet til spørgeskemagruppen (gruppe 1). Det betyder, at effekten af helbredsundersøgelser og -samtaler (gruppe 3) og helbredsundersøgelser (gruppe 2) er signifikant bedre end effekten for spørgeskemagruppen (gruppe 1), uden at der er fundet signifikante forskelle i henholdsvis de direkte

omkostninger, de totale udgifter og de totale omkostninger². Imidlertid er effekten af tilbudet om helbredsundersøgelser og -samtaler (gruppe 3) signifikant bedre end effekten af tilbudet om helbredsundersøgelser (gruppe 2), uden at der er signifikante forskelle i udgifter og omkostninger.

Personer som får tilbud om helbredsundersøgelser og -samtaler (gruppe 3) vinder 0,30 leveår versus 0,16 leveår for personer i spørgeskemagruppen (gruppe 1) og 0,24 leveår for de, som alene får tilbudt helbredsundersøgelser (gruppe 2). De gennemsnitlige direkte omkostninger i sundhedsvæsenet beløber sig til 21.200 kr. pr. person for de, som får tilbudt helbredsundersøgelser og -samtaler og til 24.100 kr. pr. person for de, som kun får tilbudt helbredsundersøgelser versus 27.300 kr. pr. person³ for deltagerne i spørgeskemagruppen – forskellene til spørgeskemagruppen er dog ikke signifikante.

Når opgørelserne beregnes kønsspecifikt fremgår det, at for mændene er både effekten af helbredsundersøgelser og -samtaler (gruppe 3) og helbredsundersøgelser (gruppe 2) signifikant bedre end effekten af tilbudet til mændene i spørgeskemagruppen (gruppe 1), uden at der er fundet signifikante forskelle i henholdsvis de direkte omkostninger, de totale udgifter og de totale omkostninger. For kvinderne er effekten af helbredsundersøgelser og -samtaler (gruppe 3) signifikant bedre end effekten af tilbudet til kvinderne i spørgeskemagruppen (gruppe 1), uden at der kan påvises signifikante forskelle i såvel de direkte omkostninger, som de totale udgifter og de totale omkostninger.

Der er foretaget følsomhedsanalyser i forhold til betydningen af 1) ændringer i henholdsvis antal vundne leveår, 2) antagelser om udgifter og omkostninger ved sygefravær i 1991 og 1992 og 3) forskellige diskonteringsrater; ingen diskontering og 5% årligt. På baggrund af de to første følsomhedsanalyser fremgår det, at hovedresultaterne generelt ikke er særlig følsomme over for de foretagne ændringer. Når der ændres i forudsætningerne for beregningerne af vundne leveår er tilbudet om helbredsundersøgelser og -samtaler fortsat ikke signifikant dyrere end tilbudet til spørgeskemagruppen. Inddragelse af antagelser om sygefravær i perioden 17. november 1991 til 31. december 1992 mindsker de totale udgifts- og omkostningsbesparelser. Ændringer i diskonteringsraterne har heller ingen indflydelse på hovedresultatet, det har alene konsekvenser for størrelsesordenen af udgifter og omkostninger. De udiskonterede udgifter og omkostninger er størst, og mindst er de udgifter og omkostninger, som er diskonteret med 5% årligt.

Systematiske tilbud til den midaldrende befolkning om forebyggende helbredsundersøgelser og samtaler må således anses for at være omkostningsneutrale. Til sammenligning koster eksempelvis de billigste screeningsprogrammer for livmoderhalskræft (7) og tyktarmskræft (8, 9) ca. 21.000 kr. og 17.000 kr. pr. vundet leveår for en 36-årig periode og diskonteret med 5% årligt, men disse omkostninger omfatter alene direkte omkostninger til drift af selve screeningsprogrammet.

Konklusion: Tilbudet om helbredsundersøgelser og -samtaler til 30-49-årige mænd og kvinder i almen praksis er i økonomisk forstand dominant i forhold til tilbudet til spørgeskemagruppen. Det betyder, at der er signifikant bedre effekt, opgjort over en 5-årig periode, for interventionsgruppen, som får tilbudt helbredsundersøgelser og -samtaler i forhold til spørgeskemagruppen (kontrolgruppen) i form af flere vundne leveår. Samtidig er tilbudet om helbredsundersøgelser og -samtaler til interventionsgruppen ikke signifikant dyrere, opgjort over en 6-årig periode end tilbudet til spørgeskemagruppen. Resultatet skal dog tages med et vist forbehold, idet opgørelsen af vundne leveår er baseret på en antagelse om en livslang effekt af interventionen, hvilket formentlig betyder, at levetidsgevinsten må anses for at være overvurderet. Til gengæld er de beregnede omkostninger kun opgjort for en 6-årig periode, hvorved det forventede fremtidige mindre forbrug i interventionsgruppen ikke er medregnet.

2 Dvs. i opgørelserne af de direkte omkostninger i sundhedsvæsenet, de totale udgifter (de direkte omkostninger i sundhedsvæsenet + udgifter til sygedagpenge og social pension) og de totale omkostninger (de direkte omkostninger i sundhedsvæsenet + omkostninger ved kort- og langvarigt arbejdsophør grundet sygdom).

3 Til de direkte omkostninger i sundhedsvæsenet kan der lægges de implementerings- og interventionsomkostninger, som ikke allerede er indregnet i de aftalte takster med Sygesikringen (brug af lokaler, rengøring, forbrugsartikler etc.) på henholdsvis 630 kr. og 310 kr. pr. person for deltagere i randomiseringsgrupperne 3 og 2.