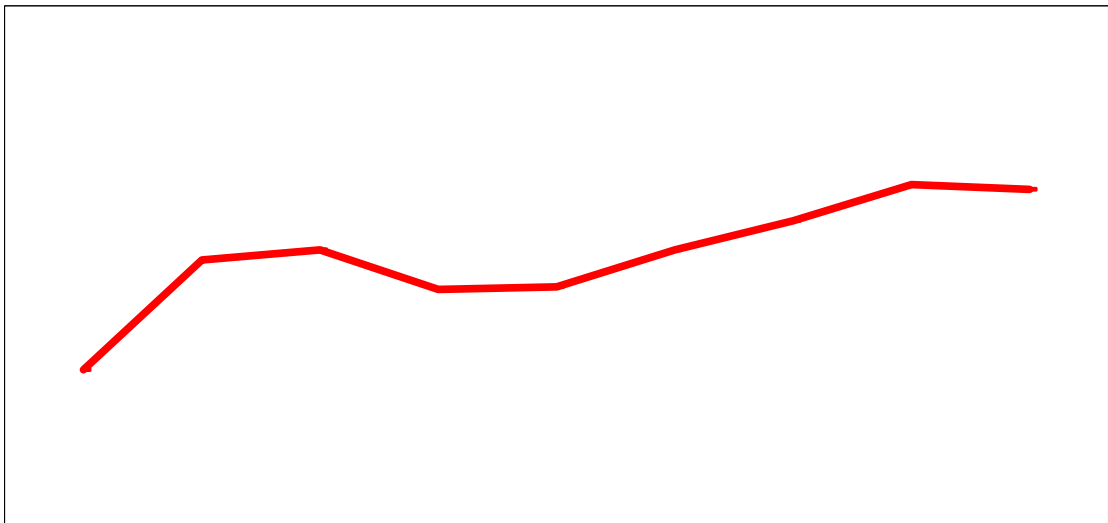


Thorkil Thorsen og Rikke Dalsted

# Hjemmeblodtryksmåling i almen praksis

Udbredelse, brug og vurderinger af tillægsydelse 2146



En evaluering fra

**Thorsen & Partners**

---

Marts 2004

## Indholdsfortegnelse

### KAPITEL 1

<b>INDLEDNING.....</b>	<b>3</b>
------------------------	----------

### KAPITEL 2

<b>MATERIALE OG METODER .....</b>	<b>5</b>
-----------------------------------	----------

INTERVIEWS MED LÆGER.....	5
<i>Rekruttering.....</i>	5
<i>Interviewguide, interviewforløb .....</i>	6
INTERVIEWS MED PATIENTER .....	6
<i>Rekruttering.....</i>	6
<i>Interviewenes gennemførelse .....</i>	6
ANALYSE AF INTERVIEWS.....	7
<i>Afrapportering og generaliserbarhed .....</i>	7
STATISTISKE OPGØRELSER.....	7
MIDTVEJSRAPPORTERING .....	8
INTERN KVALITETSSIKRING .....	8

### KAPITEL 3

<b>STATISTISKE OPGØRELSER.....</b>	<b>9</b>
------------------------------------	----------

REGISTREREDE HJEMMEBLODTRYKSMÅLINGER .....	9
<i>Landsplan.....</i>	9
<i>Amtsniveau .....</i>	10
<i>Tidligere § 2-amter.....</i>	12
AKTIVITETER PÅ PRAKSISNIVEAU.....	13
<i>Ikke-brugere af tillægsydelse 2146 .....</i>	15

### KAPITEL 4

<b>LÆGERNES VURDERINGER OG BESKRIVELSE AF PRAKSIS .....</b>	<b>17</b>
---	-----------

KENDSKAB TIL TILLÆGSYDELSEN .....	17
TIDLIGERE § 2-AFTALER OG REGISTRERING AF YDELSER.....	17
KENDSKAB TIL VEJLEDNINGER I HJEMMEBLODTRYKSMÅLING.....	18
<i>Forskellige vejledninger.....</i>	18
BRUGEN AF HJEMMEBLODTRYKSMÅLING .....	20
<i>Indikationer .....</i>	20
<i>Apparatur .....</i>	20
<i>Kalibrering.....</i>	21
<i>Hvem instruerer patienten?.....</i>	21
<i>Tidsforbrug til instruktion .....</i>	21
<i>Simultanmålinger og valg af arm.....</i>	22
<i>Antal målinger.....</i>	22
<i>Skema .....</i>	23
<i>Aflevering af måleresultater og apparat .....</i>	23
ANALYSE OG VURDERING AF HJEMME-MÅLINGERNE.....	23

<i>Udregningsmetode</i> .....	23
<i>Oversættelse til konsultationsblodtryk</i> .....	24
HVAD KOMMER DER UD AF HJEMMEBLODTRYKSMÅLINGERNE? .....	25
HOLDNINGER TIL TILLÆGSYDELSE 2146 .....	26
LÆGERNES VURDERING AF PATIENTERNES HOLDNINGER OG ERFARINGER .....	28
<i>Patienter der siger "nej" eller ikke kan</i> .....	28
<i>Validitet af patientens målinger</i> .....	28
<b>KAPITEL 5</b>	
<b>PATIENTPERSPEKTIVET</b> .....	<b>30</b>
ANLEDNING TIL HJEMMEBLODTRYKSMÅLINGEN .....	30
INSTRUKTIONEN .....	31
<i>Sammenligning af apparater</i> .....	31
<i>Hvilken arm</i> .....	31
<i>Antal målinger</i> .....	32
<i>Særlige forholdsregler</i> .....	33
AFLEVERING .....	33
TILFREDSHED .....	33
NERVØSITET OG UTRYGHED .....	34
<b>KAPITEL 6</b>	
<b>SAMMENFATNING OG DISKUSSION</b> .....	<b>36</b>
UDBREDELSEN AF TILLÆGSYDELSEN .....	36
STORE VARIATIONER I BRUG AF YDELSEN .....	37
HVAD GØR TILLÆGSYDELSEN VED PRAKSIS? .....	38
KAN RESULTATERNE OVERFØRES? .....	38
KONKLUSIONER OG ANBEFALINGER .....	39
<b>BILAGSTABELLER</b> .....	<b>41</b>

## KAPITEL 1

### Indledning

I landsoverenskomsten fra 2003 mellem Praktiserende Lægers Organisation og Sygesikringens Forhandlingsudvalg indføjedes en række nye tillægsydelser. Én af disse var tillægsydelse 2146: *Udlån af og instruktion i anvendelse af apparatur til hjemmeblodtryksmåling*.

I en vejledning fra P.L.O. og Sygesikringens Forhandlingsudvalg april 2003<sup>1</sup> beskrives indikationer for brug af ydelsen, krav til apparaturets beskaffenhed og kvalitetskrav til undersøgelsen. Endvidere nævnes sundhedsmæssige og økonomiske gevinster, som forventes opnået, hvis de beskrevne retningslinier overholdes. Derudover ligger implicit den antagelse, at det faktum, at udlån af og instruktion i anvendelse af apparatur til hjemmeblodtryksmåling er gjort til en honoreret tillægsydelse, i sig selv fremmer brugen af hjemmeblodtryksmåling.

Det vides imidlertid ikke, om udbredelsen og lægernes brug af hjemmeBT er påvirket af muligheden for at få en særlig honorering – om lægernes adfærd på dette punkt påvirkes af et økonomisk incitament. Lægernes holdninger til og erfaringer med hjemmeBT er ikke velbeskrevet, og der findes ikke systematiseret viden om brugen af og kvaliteten i denne ydelse fra tidligere (med eller uden lokale § 2-aftaler).

På denne baggrund besluttede Fagligt Udvalg under Landsoverenskomsten mellem P.L.O. og SFU i juni 2003 at få evalueret hjemmeblodtryksmåling og forhold omkring tillægsydelsen.

#### **Formålet med evalueringen er:**

at beskrive brugen af og erfaringerne med tillægsydelsen hjemmeblodtryksmåling, herunder patienternes oplevelse, med henblik på at skaffe grundlag for en stillingtagen til

- 1) om implementeringsaktiviteterne skal opgraderes for at fremme brugen af ydelsen
- 2) om den konkrete brug af ydelsen skal kvalitetsudvikles
- 3) om tillægsydelsen skal justeres, forlænges uændret, eller afskaffes.

Fagligt Udvalg tilsluttede sig efter forslag fra evaluator, at evalueringen skulle gennemføres dels som en interviewundersøgelse med læger og patienter, dels som en deskriptiv statistisk gennemgang byggende på foreliggende registerdata. Interviewene skulle efter aftale påbegyndes i oktober, dvs. ½ år efter indførelsen af tillægsydelsen.

I kapitel 2 er fremgangsmåden i evalueringen nærmere beskrevet. Kapitel 3 belyser vha. foreliggende statistik udbredelsen og omfanget af brug af tillægsydelse 2146. I kapitel 4 og 5 afrapporteres interviewene med henholdsvis læger og patienter, mens det afsluttende kapitel 6 er en opsummering og diskussion af resultaterne. Bagest i denne rapport findes et bilagsafsnit med tabelmateriale.

---

<sup>1</sup> *Vejledning om anvendelse af klinikpersonale, elektronisk kommunikation mellem læge og patient, konsultation, telefonkonsultation, forebyggelseskonsultation, e-mail konsultation, medicinordination og tillægsydelser efter landsoverenskomsten om almen lægegering mellem Sygesikringen Forhandlingsudvalg og Praktiserende Lægers Organisation, april 2003. Udarbejdet af Udvalget til vurdering af overenskomstens faglige indhold. Tiltrådt af Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Praktiserende Lægers Organisation april 2003.*

Evalueringen er gennemført af konsulentfirmaet Thorsen & Partners v. Thorkil Thorsen i samarbejde med Rikke Dalsted.

Vi ønsker at takke læger og patienter, som delagtiggjorde os i deres erfaringer, holdninger og synspunkter omkring hjemmeblodtryksmåling.

Denne evalueringsrapport er afleveret til rekvirenten (Fagligt Udvalg) 1. april 2004.

## KAPITEL 2

### Materiale og metoder

#### *Interviews med læger*

I alt 21 alment praktiserende læger er blevet interviewet. 17 af disse mødte vi i deres klinik, mens 2 er blevet interviewet i hjemmet, én på lægens anden arbejdsplads og én i forbindelse med vedkommendes besøg på Forskningsenheden for almen praksis i København. Dertil kommer et interview med en sygeplejerske (i stedet for med lægen) i en af de praksis, hvor det er personalet, der instruerer patienterne i at gennemføre hjemmeblodtryksmåling.

#### Rekruttering

Udvælgelsen af læger til interviews er foretaget ud fra to principper: formålsbestemt (strategisk) udvælgelse (*purposeful sampling*) og bejljlig udvælgelse (*convenience sampling*).

Den formålsbestemte udvælgelse havde som ideelle kriterier at finde følgende typer læger: a) læger som ikke tidligere havde anvendt hjemmeblodtryksmålinger, og som heller ikke på interviewtidspunktet (1/2 år efter indførelsen af tillægsydelsen) brugte hjemmeBT; b) læger som ikke tidligere havde anvendt hjemmeBT, men som nu brugte ydelsen hyppigt; c) læger som tidligere havde anvendt hjemmeBT, men som ikke længere gjorde det; d) læger som tidligere havde anvendt hjemmeBT, og som stadig gjorde det på interviewtidspunktet. Til brug for den udvælgelse undersøgte vi potentielle respondenter (interviewpersoners) brug af hjemmeblodtryksmåling inden tillægsydelsens indførelse.

Dertil kom en bestræbelse på at inddrage læger fra både solo- og kompagniskabspraksis, fra by og land, og af begge køn.

Vi rettede i perioden primo oktober – medio december skriftlig henvendelse til sammenlagt 46 alment praktiserende læger i to amter, som indtil april 2003 havde haft lokale §2-aftaler om honorering af hjemmeblodtryksmåling i almen praksis, nemlig Storstrøms og Vejle amter, samt i Københavns Kommune (som ikke har haft §2-aftale på dette område). Vi spurgte i brevet, om de ville deltage i et interview om hjemmeblodtryksmåling, og skitserede formålet og ”spillereglerne” for interviewet (fx sikring af lægens anonymitet og honorering<sup>1</sup> for deltagelse). Nogle dage senere ringede vi lægen op for at få tilsagn eller afslag på deltagelse. Knap 2/3 af de adspurgte ønskede ikke at deltage; de fleste begrundede dette og angav oftest mangel på tid.

Desuden blev der foretaget *convenience sampling* ved et kursus for alment praktiserende læger i Vestsjællands Amt om et helt andet emne, hvor Thorkil Thorsen underviste, og hvor han spurgte de deltagende læger, om de havde lyst til på et senere tidspunkt at deltage i et interview om hjemmeblodtryksmåling. 5 af 11 læger gav tilsagn, og det lykkedes senere at få aftaler i stand med 4 af dem.

---

<sup>1</sup> Lægerne honoreredes med et gavekort på 2 CD'er for deres deltagelse.

## Interviewguide, interviewforløb

Til interviewet havde vi udarbejdet en interviewguide, som dog ikke blev fulgt slavisk, idet der skulle være plads til informationer og vinkler, som vi ikke på forhånd havde forestillet os som egentlige temaer. Vi arbejdede desuden med en vis fleksibilitet i vores interview-guide, sådan at nye spørgsmål og problemstillinger, som fremkom i et interview, kunne bringes på bane i de efterfølgende.

Den oprindelige interview-guide havde følgende hovedpunkter: lægernes kendskab til tillægsydelsen; lægernes kendskab til og brug af vejledninger om hjemmeblodtryksmåling; hvad gør hjemmeblodtryksmåling ved læge-patientforholdet; lægens brug af hjemmeblodtryksmåling; indikationer, apparatur, instruktion, tidsforbrug, vurdering af måleresultater; betydningen af at hjemmeblodtryksmåling er blevet en tillægsydelse.

Interviewene, som gennemgående varede 45 minutter (med en variation på mellem 15 og 60 minutter), blev optaget på lydbånd.

Allerede i december 2003 – efter ca. 15 interviews – havde vi opnået ”datamæthed”, hvorfor vi ikke derefter lavede nye aftaler om interviews med læger (men de allerede indgåede aftaler blev overholdt). ”Datamæthed” refererer til, at man efterhånden har hørt de samme beskrivelser så mange gange og efterhånden intet nyt fået tilføjet til det aktuelle tema, at flere interviews ikke – eller med meget stor sandsynlighed ikke – vil bidrage med væsentligt nyt.

## **Interviews med patienter**

### Rekruttering

Ved afslutningen af interviewene med de første 16 læger bad vi dem om fremover at spørge de patienter, som de lånte et blodtryksapparat, om vi måtte kontakte dem efterfølgende med henblik på et telefoninterview. Alle adspurgte læger gav os deres tilsagn. Vi uddelte så 1) en formåls- og instruktionsbeskrivelse til lægen, 2) 6 breve til patienter hvori vi beskrev formålet med telefoninterviewet mm., 3) 6 skemaer hvor lægen skulle skrive patientens navn og telefonnummer, bedste træffetid, og dato for hjemmeblodtryksmålingen, 4) 6 frankerede svarkuverter hvormed lægen skulle fremsende skemaet til os.

Vi instruerede lægen om også at spørge de patienter, som ikke ønskede at gennemføre hjemmeblodtryksmåling, om tilladelse til at vi interviewede dem om deres holdninger til hjemmeblodtryksmåling og grunde til at afslå. Vi fik dog ikke sådanne patienter med i vores udvalg.

Vi modtog herefter jævnlige breve eller fax med det udfyldte skema og interviewede følgelig patienter hver uge. I januar, hvor vi havde interviewet 20 patienter, skrev vi til lægerne og fortalte, at de nu ikke længere behøvede at ulejlige sig med at spørge flere patienter om tilladelse til et interview. På dette tidspunkt var der nemlig opnået ”datamæthed”.

### Interviewenes gennemførelse

Interviewene, der som nævnt gennemførtes telefonisk, varede 5-15 minutter. Til brug for den efterfølgende analyse optoges interviewene på lydbånd. Der var udarbejdet en interviewguide, som blev fulgt i alle interviews.

Interview-guiden havde følgende hovedpunkter: eventuelt tidligere erfaringer med hjemmeBT; grunde til at patienten skulle måle blodtrykket hjemme; havde patienten mulighed for at afslå; læ-

gens instruktion; var instruktionen forståelig; den praktiske gennemførelse af målingerne; tryk-  
hed/tilfredshed/problemer; aflevering af apparatur og måleresultater; ville patienten gøre det igen.

### **Analyse af interviews**

Vi har i analysen af interviewene taget udgangspunkt i de oprindelige fokuseringspunkter i de re-  
spektive interview-guides. Desuden har vi været åbne for og har koncentreret os om de aspekter,  
som derudover er gennemgående i mange af interviewene, og som vi altså ikke på forhånd havde  
betragtet som væsentlige for den overordnede problemstilling. I forbindelse med analysen er lyd-  
båndene gennemlyttet (flere gange) for at finde fælles temaer og betydninger, forskelle, ligheder og  
sammenhænge i materialet, og for at præcisere og nuancere den samlede belysning af problemstil-  
lingen.

### **Afrapportering og generaliserbarhed**

Eftersom lægerne er udvalgt formålsbestemt (og for nogles vedkommende efter *convenience-*  
princippet), så gør resultaterne ikke krav på at være generaliserbare i gængs statistisk forstand, for  
læge-samplet er jo ikke udtrukket som et repræsentativt udsnit af landets 3600 alment praktiserende  
læger. På samme måde er de interviewede patienter heller ikke nødvendigvis repræsentative for  
patienter, der gennemfører hjemmeblodtryksmåling, idet de jo er blevet rekrutteret gennem deres  
praktiserende læger, som har bedt dem om at deltage i vores undersøgelse.

Det er derfor ikke meningsfyldt her at afrapportere forekomsten af synspunkter, erfaringer osv. i  
præcise talmæssige størrelser (fx procentsatser) for de to grupper af interviewede. I stedet beskrives  
almindeligt udbredte og specifikke (særegne) erfaringer og synspunkter i materialet typisk med  
sproglige vendinger.

Hensigten er at beskrive virkeligheden, sådan som den opleves og vurderes ”derude” – hos nogle af  
dem der berøres af (tillægs)ydelsen hjemmeblodtryksmåling, nemlig læger og patienter.

I stedet for at tale om generaliserbarhed kan man tale om overførbar eller ”ekstrapolation”. Med et  
grundigt evalueringdesign (med kilde- og metodetriangulering), med en grundig beskrivelse af  
fremgangsmåde og resultater, med relevant fokusering på en specifik problemstilling, og med opnå-  
else af datamæthed øges muligheden for at overføre/”ekstrapolere” opnåede fund til at være gyldige  
i lignende situationer eller lignende populationer. Jo mere den undersøgte kontekst eller population  
ligner en anden kontekst eller population, jo mere kan man forvente, at fundene i sådanne undersø-  
gelser kan appliceres dér. Man vil i så fald kunne drage lære af en evaluering med henblik på frem-  
tidige aktiviteter.

### **Statistiske opgørelser**

Til brug for den statistiske beskrivelse af brugen af tillægsydelse 2146 har vi fået månedlige opgø-  
relser fra Sygesikringens afregningssystem i Amtsrådsforeningen med oplysninger om antallet på  
amtsniveau. Desuden har vi for at kunne beskrive udviklingen på praksisniveau fået tilladelse i Da-  
tatilsynet til at indhente udtræk i Sundhedsstyrelsens Sygesikringsregister<sup>1</sup>.

Til gennemførelse af de statistiske beregninger og diagrammer er anvendt SAS og Excel.

---

<sup>1</sup> De nævnte registre håndteres af CSC-Scandihealth.



### ***Midtvejsrapportering***

Evaluator havde mulighed for at aflægge midtvejsrapport til rekvirenten, Fagligt Udvalg, i februar måned. På mødet drøftedes de foreløbige resultater; og nogle af udvalgets kommentarer og spørgsmål har vi efterfølgende kunnet forholde os til i udarbejdelsen af nærværende evalueringsrapport.

Udvalget erklærede sig også enig med evaluator i, at der ikke skulle bruges kræfter på at gennemføre en spørgeskemaundersøgelse blandt patienter, som havde gennemført hjemmeblodtryksmåling (spørgeskemaundersøgelsen havde været nævnt som en mulighed i den oprindelige projektbeskrivelse). Det forventede udbytte af en sådan undersøgelse ville næppe være stort – den omtalte datamængde i de 25 telefoninterviews taget i betragtning.

### ***Intern kvalitetssikring***

Interviews og analyse har været underkastet en intern kvalitetssikring, idet de to konsulenter i fællesskab har gennemlyttet interviews for at afdække eventuelle kvalitetsbrist og foreslå hinanden præciseringer af formuleringer i spørgsmålene til brug for de næste interviews og evt. justering af interviewguiden. Konsulenterne har ligeledes løbende drøftet hinandens opfattelser af data og har sammen lagt strategier og format for analyse og fortolkninger af de data, som er fremkommet i interviewene.

## KAPITEL 3

### Statistiske opgørelser

Der er indhentet data fra Sygesikringsregisteret via to kilder (Amtsrådsforeningen og Sundhedsstyrelsen<sup>1</sup>) til belysning af udviklingen i udbredelse og brug af tillægssydelse 2146: *Udlån af og instruktion i anvendelse af apparatur til hjemmeblodtryksmåling*. I nedenstående gennemgang tælles antal registrerede tillægssydelser med nummeret 2146. Men de observerede ændringer i antallet af disse ydelser afspejler ikke nødvendigvis den kliniske relevans af disse ændringer; ligesom man ikke kan vurdere, om det er det høje eller det lave yderpunkt i observerede variationer mellem amter eller mellem læger, der er ”rigtigst”.

Det kan være på sin plads også at minde om, at statistikken dækker de *registrerede* ydelser. Lægerne kan med andre ord godt have gennemført flere udlån og instruktioner i brug af blodtryksapparater, end de indberetter til sygesikringen.

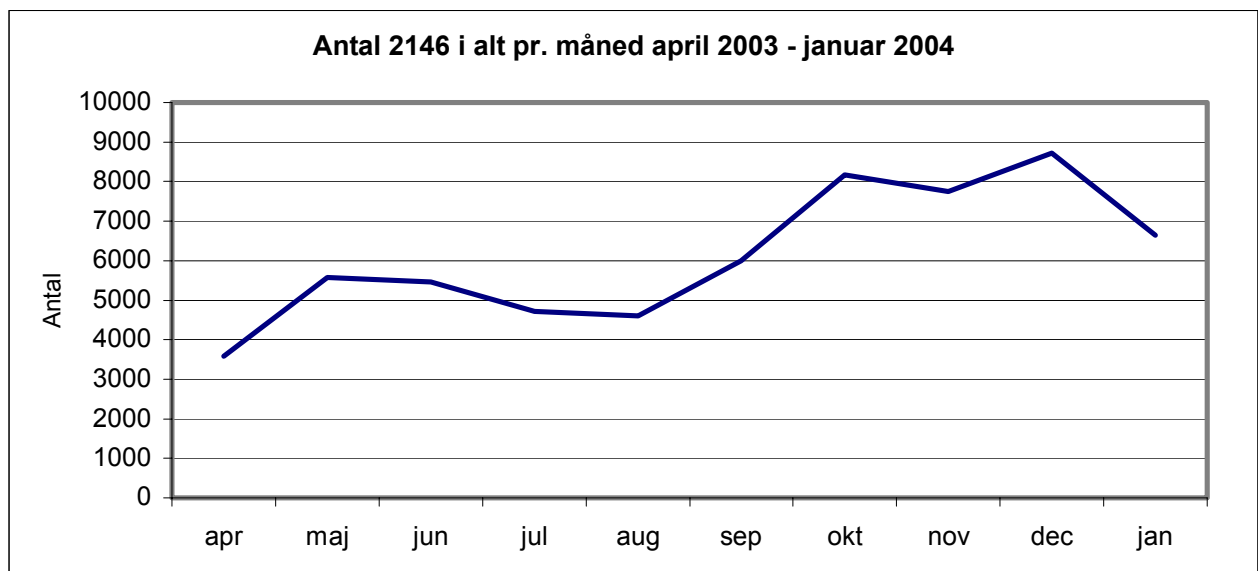
I dette kapitel males med den brede pensel ved hjælp af overordnede diagrammer, mens det bagvedliggende tabelmateriale og supplerende diagrammer kan findes i bilagsafdelingen i denne rapport.

### Registrerede hjemmeblodtryksmålinger

#### Landsplan

Den følgende figur 1 viser antal registrerede (honorerede) tillægssydelser i henhold til landsoverenskomsten på landsplan i perioden april 2003 – januar 2004.

Figur 1



Mens der i ordningens første måned honoreredes 3584 hjemmeblodtryksmålinger, toppede det månedlige antal i december med 8720, hvorefter der indtrådte et fald til 6641 i januar 2004. Der ses

<sup>1</sup> Der er observeret mindre, negligeable forskelle mellem de to dataleverandører i opgørelserne over antal månedlige 2146-ydelser, nemlig op til 7 af et antal på over 3500.

et midlertidigt fald i sommermånederne. Disse tal svarer til, at hver alment praktiserende læge i gennemsnit ville have 1-2 hjemmeblodtryksmålinger pr. måned, hvis ydelsen var ligeligt fordelt.

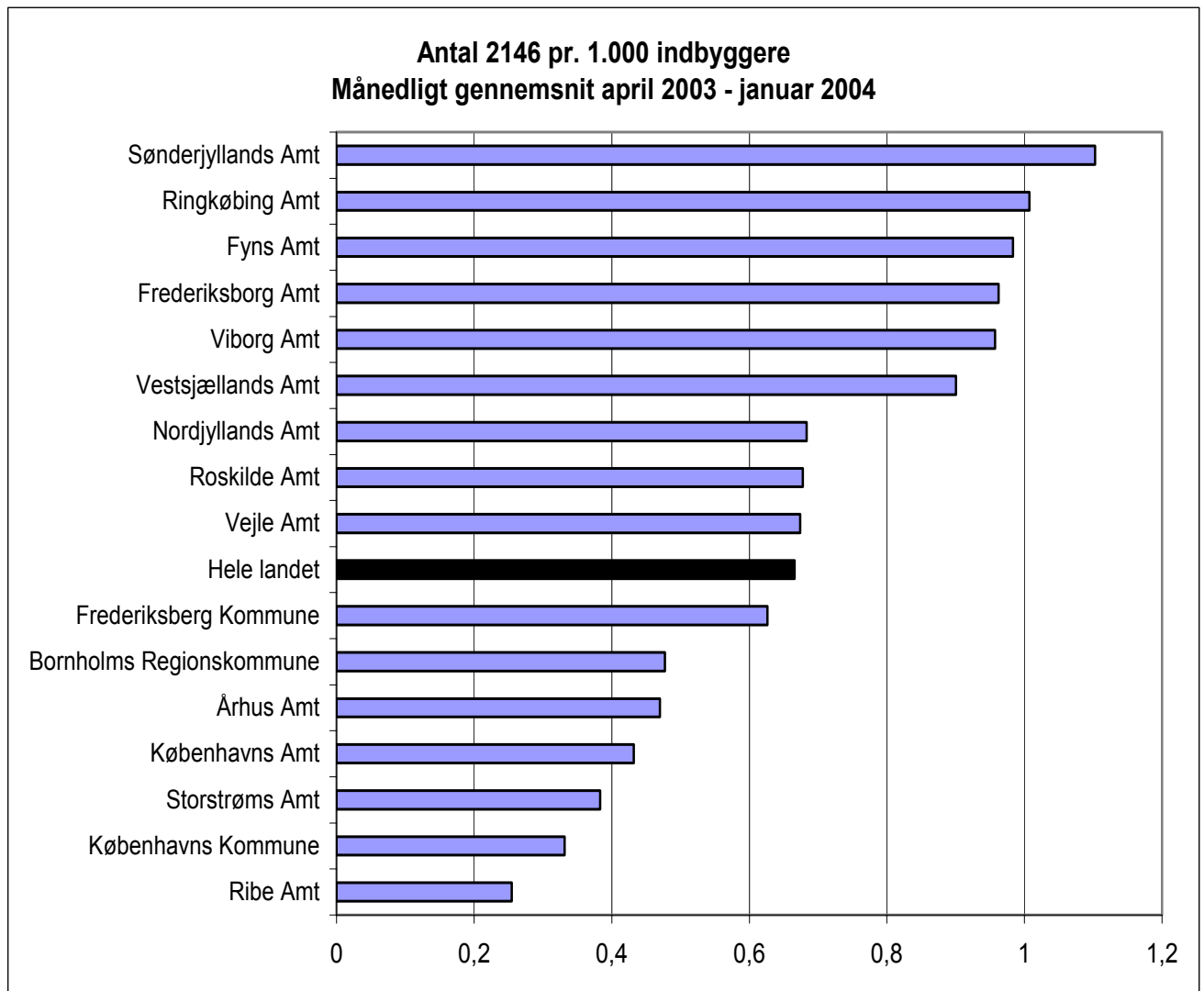
Sammenlagt i de 10 første måneder var der 61.214 registrerede 2146-ydelser.

Med en afregning på ca. 130 kr. pr. ydelse er sygesikringens udgifter hertil i de første 10 måneder knap 8 mill. kr. – i gennemsnit 796.000 kr. pr. måned.

## Amtsniveau

Niveauet og udviklingen er langt fra ens i de forskellige amter. I figur 2 vises det gennemsnitlige månedlige antal registrerede hjemmeBTmålinger pr. 1000 indbyggere<sup>1</sup> i de forskellige amter og i landet som helhed for hele den undersøgte periode.

Figur 2

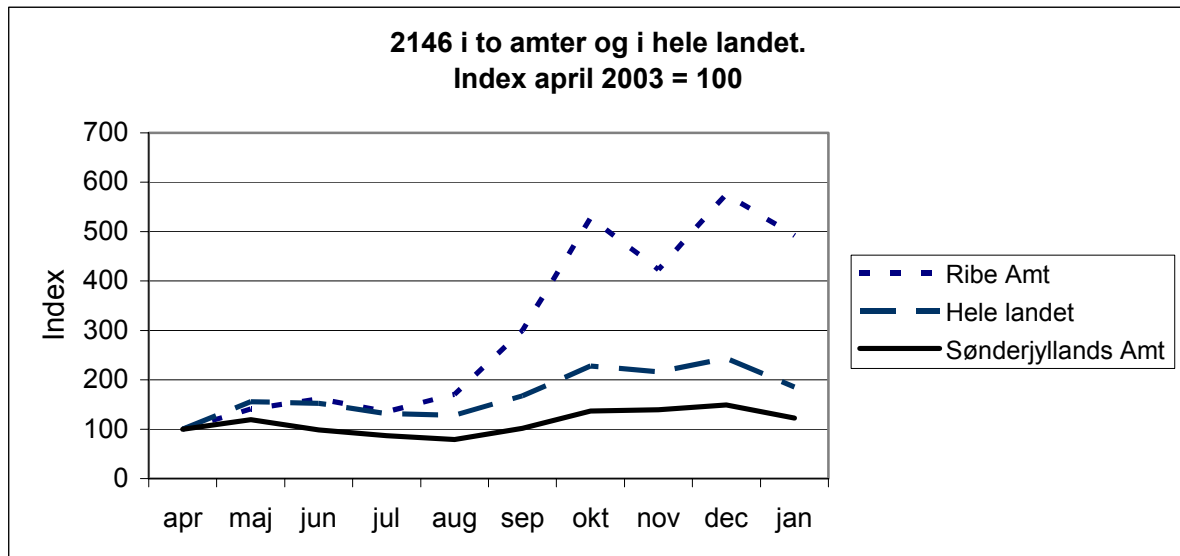


Der ses her en stor variation fra 0,25 registrerede hjemmeBT pr. 1000 indbyggere i Ribe Amt til 1,1

<sup>1</sup> Omregningen bygger på befolkningstallet pr. 1. januar 2003, kilde: Amtsrådsforeningens hjemmeside.

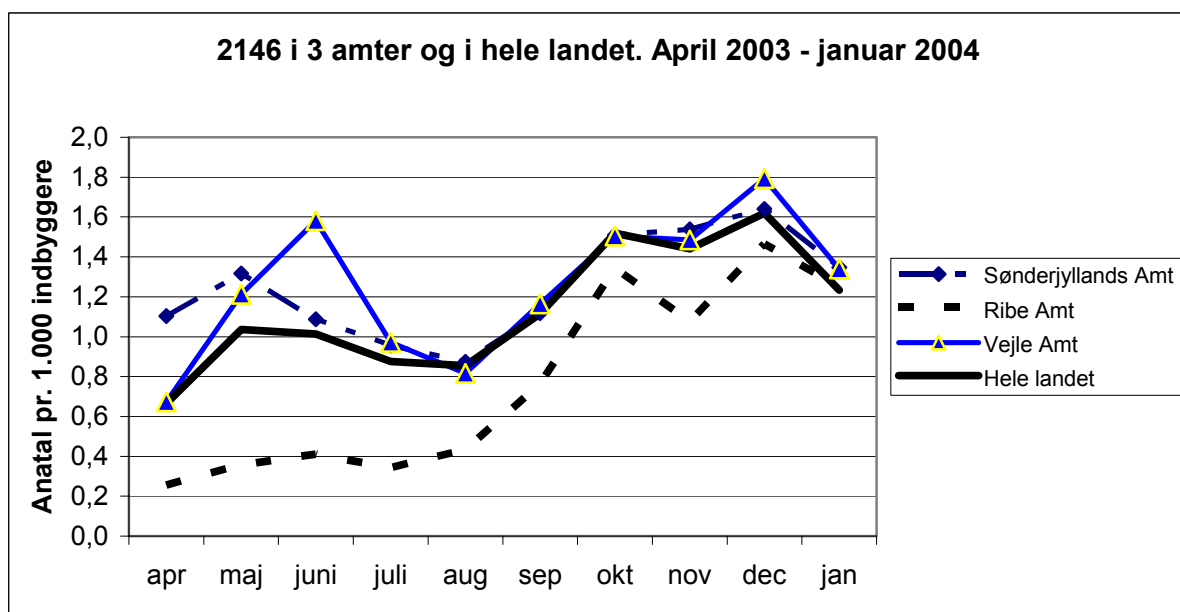
i Sønderjyllands Amt. Landsgennemsnittet er 0,67. Dette er altså gennemsnitstal for hele perioden. Bag disse gemmer sig forskellige udviklinger i amterne igennem de 10 observerede måneder. (For nærmere beskrivelse af hvert enkelt amt henvises til bilagstabellerne, her bilagstabel 2 ). Yderpunkterne i denne udvikling er netop repræsenteret af Ribe og Sønderjylland. Som det ses i figur 3 nedenfor (og bilagstabel 3) har Sønderjyllands Amts hjemmeBT-aktivitet i almen praksis været stort set uændret i hele perioden, mens Ribe har 4-doblet sit niveau fra april til januar.

Figur 3



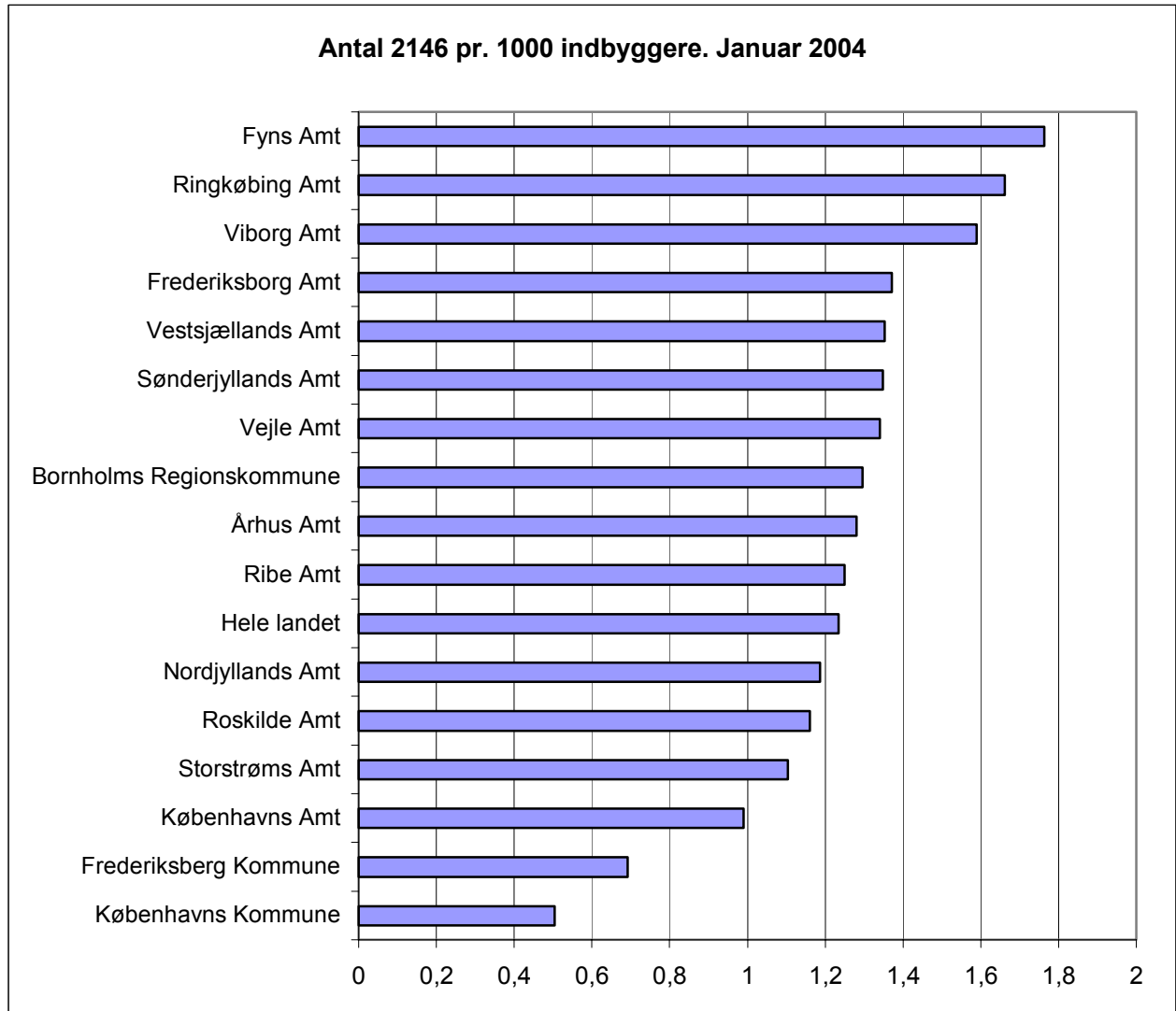
Ser man på begyndelses- og afslutningsniveauet i relation til befolkningsstørrelse, så har de to amter nærmet sig hinanden i hyppigheden af brug af tillægsydelse 2146. I figur 4 vises foruden eksemplerne Ribe og Sønderjyllands amter også Vejle Amt, som har været en slags gennemsnitsamt i hele perioden, samt hele landet. (I bilagstabel 2 vises raterne for alle amter).

Figur 4



I januar 2004 er der relativt set næsten det samme antal 2146-tillægsydelse i de 3 viste amter. Niveaueet for samtlige amter i januar 2004 fremgår af figur 5 (og bilagstabel 2).

Figur 5



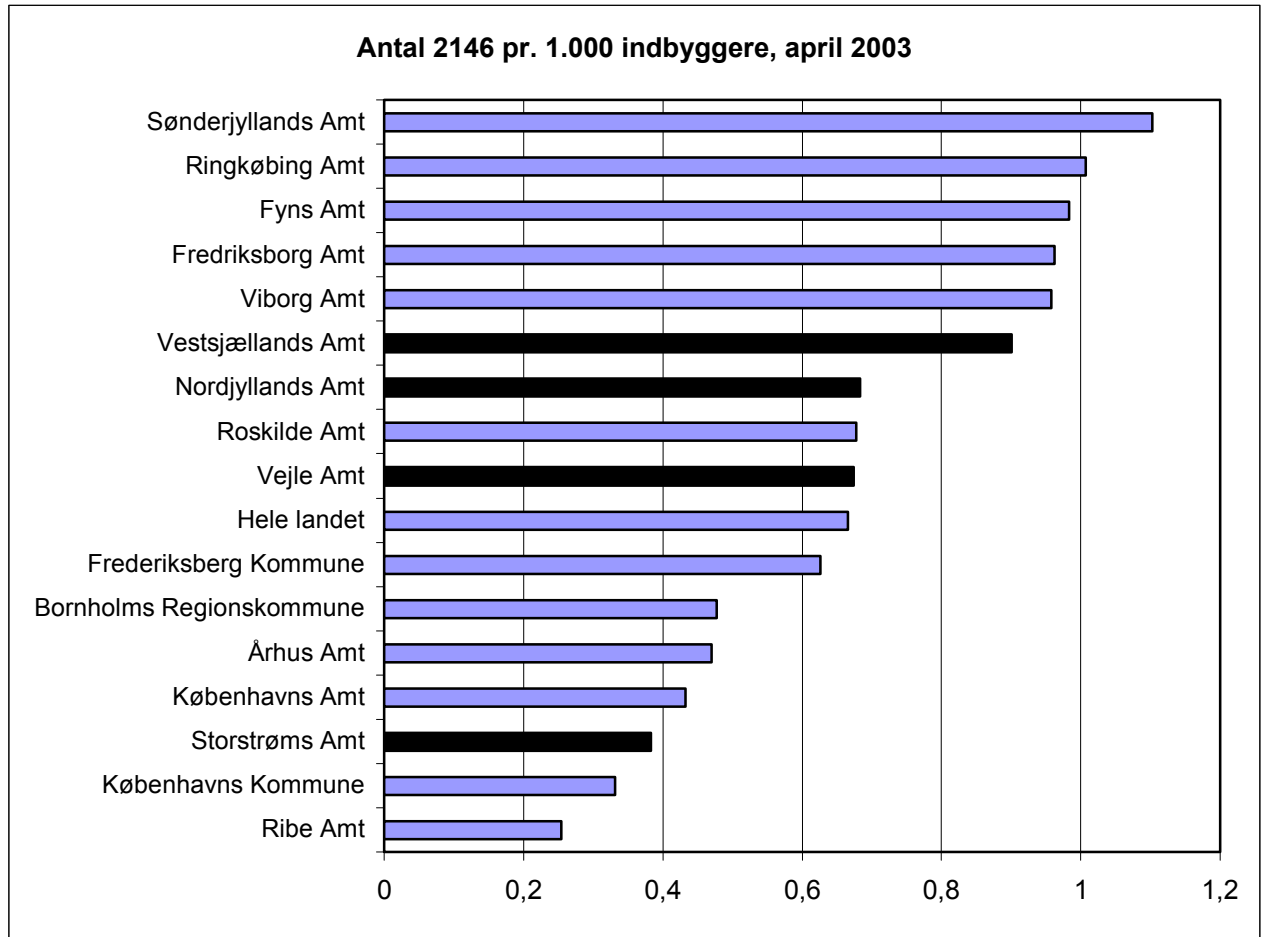
Det lave niveau i Københavns og Frederiksberg kommuner og i Københavns Amt kan sandsynligvis forklares med lægernes adgang til at henvise patienter til Københavns Praktiserende Lægers Laboratorium eller til Frederiksberg Hospital.

### Tidligere § 2-amter

Inden indførelsen af hjemmeblodtryksmåling som tillægsydelse i landsoverenskomsten var der i nogle amter lokale § 2-aftaler om honorering af lægernes udlån og instruktion i brug af blodtryksapparater. Dette gælder Storstrøms, Vejle, Vestsjællands og Nordjyllands amter. Man kunne forestille sig, at der i disse amter ville være en større parathed til at anvende tillægsydelse 2146 helt fra starten, fordi mange læger måske allerede havde udlånsapparater og allerede var vant til at give deres patienter denne ydelse. Men det fremgår af figur 6 på næste side (og bilagstabel 2), at disse amter ikke havde et markant højere niveau i tillægsydelsens første måned i forhold til landsgennem-

snittet eller i forhold til de andre amter; Storstrøms Amt lå endda 3. nederst, mens de øvrige lå lidt over landsgennemsnittet.

Figur 6



### **Aktiviteter på praksisniveau**

Den stigende tendens i antal hjemmeBT-ydelser i de fleste amter kan fremkomme på to måder: at stadig flere læger benytter sig af ydelserne; og/eller at de læger, som bruger ydelserne, gør det i stigende omfang.

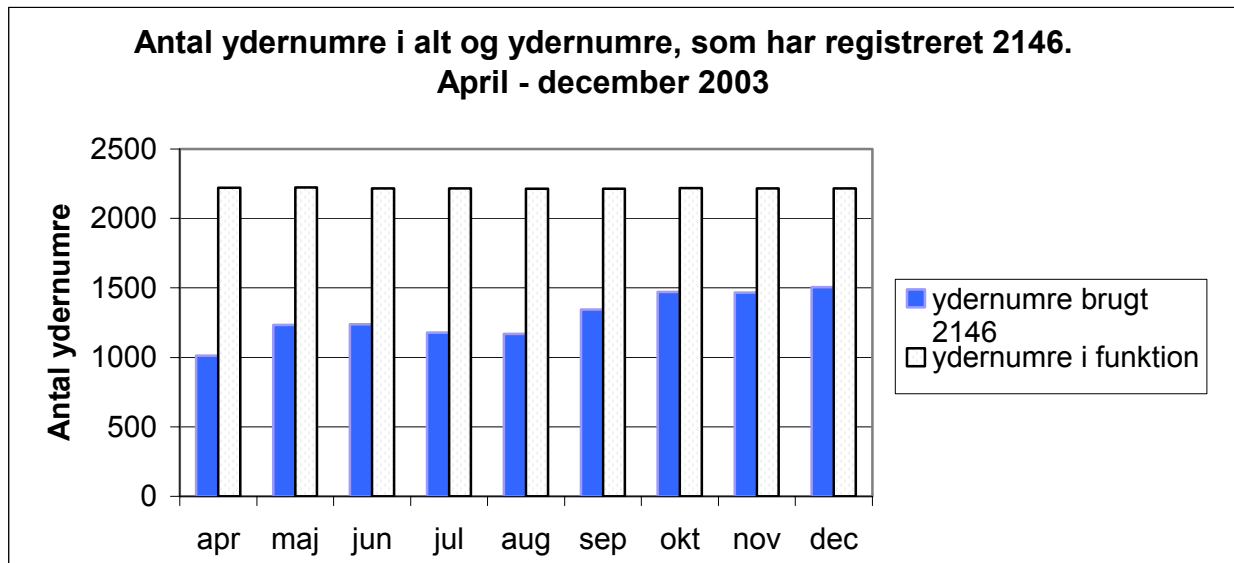
Den del af ydelsesstatistikken, som kan belyse dette, er opgjøret pr. ydernummer i almen praksis (ikke pr. læge). Den tilgængelige statistik på tidspunktet for udarbejdelsen af denne rapport dækker kun perioden til og med december 2003.

Af figur 7 og 8 (på næste side) ses det, at der faktisk er flere og flere ydernumre (praksis<sup>1</sup>), som ifølge ydelsesstatistikken registrerer udlån af blodtryksapparater. Figur 7 (og bilagstabel 4) viser, hvor stor en andel af de ydernumre, der har været aktive<sup>2</sup> i de enkelte måneder, som samtidig har brugt tillægssydelse 2146 mindst én gang i hver af disse måneder.

<sup>1</sup> I denne rapport opfattes ydernummer og praksis som ligestående begreber.

<sup>2</sup> Et ydernummer betegnes her som aktivt, hvis det har afregnet konsultationer (ydelse 0101) med sygesikringen i pågældende måned.

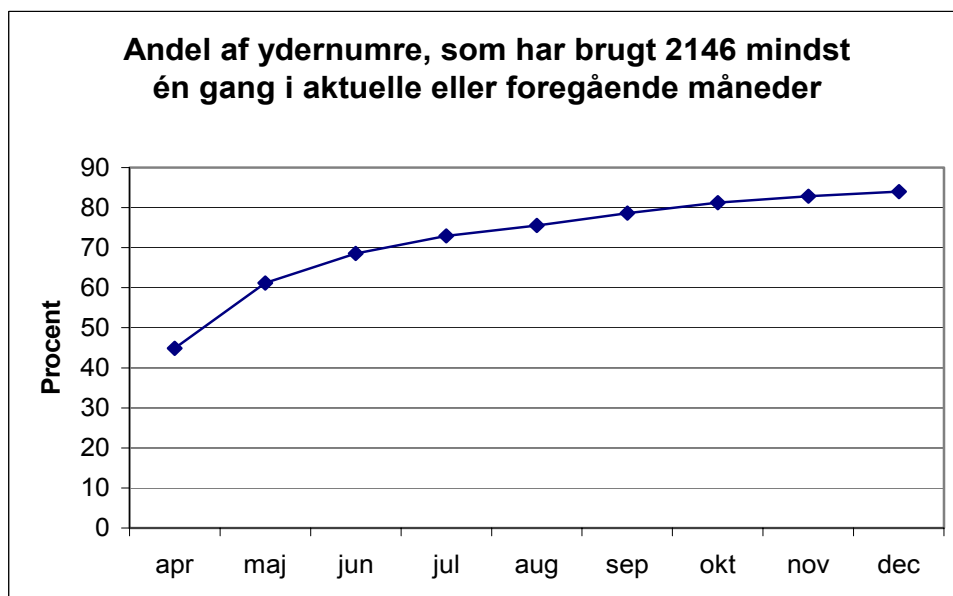
Figur 7



Antallet af aktive praksis har varieret mellem 2214 og 2224. Antallet af aktive praksis, som har registreret brug af tillægsydelse 2146 er steget fra 1012 i april til 1505 i december. I procent af samtlige aktive ydernumre svarer dette til en stigning fra 45% til 68%, men der kan ses en midlertidigt vigende tilslutning til hjemmeBT-aktiviteter i sommermånedene.

En anden måde at opgøre udbredelsen af tillægsydelsen hjemmeblodtryksmåling i almen praksis på er at tælle, hvornår en praksis første gang prøver at bruge ydelsen – altså en kumuleret opgørelse af nye brugere. Figur 8 (bilagstabel 5) viser andelen af praksis, der i en given måned har brugt tillægsydelsen mindst én gang i pågældende *eller* tidligere måneder. Det ses, at ca. 45% af alle ydernumre registrerede brug af tillægsydelse 2146 allerede i den første måned, hvor dette var muligt. Ved udgangen af maj (ordningens 2. måned) havde 61% af ydernumrene prøvet tillægsydelsen, og siden da er tilkomsten af nye brugere fortsat, men med et jævnt fald i den månedlige tilvækstrate.

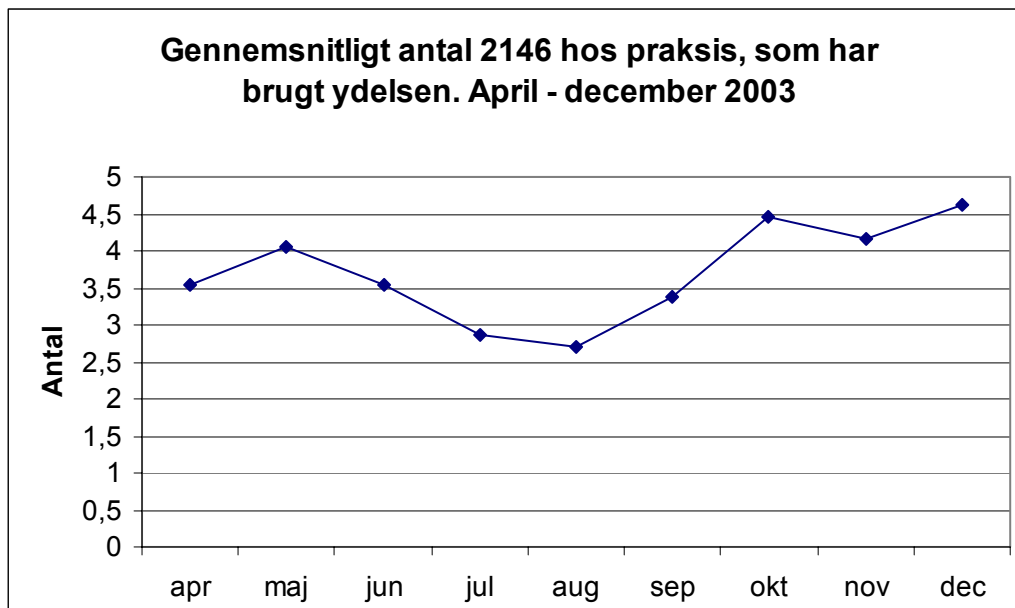
Figur 8



Ved udgangen af året havde 84% af ydernumrene registreret ydelsen mindst én gang i de forløbne 9 måneder. At have brugt tillægsydelsen i denne periode er ikke nødvendigvis ensbetydende med, at man har brugt den i den sidste måned (eller i flere måneder), hvilket da også ses ved at sammenligne med tallene bag figur 8, som viser, at kun 68% af de aktive ydernumre brugte hjemmeBT i december.

Sætter man det registrerede antal 2146-ydelser (tallene fra figur 1) i relation til, hvor mange praksis, der har registreret hjemmeblodtryksmålinger (tallene bag figur 8), så får man følgende figur 9, som viser det gennemsnitlige antal af disse ydelser i disse praksis pr. måned.

Figur 9



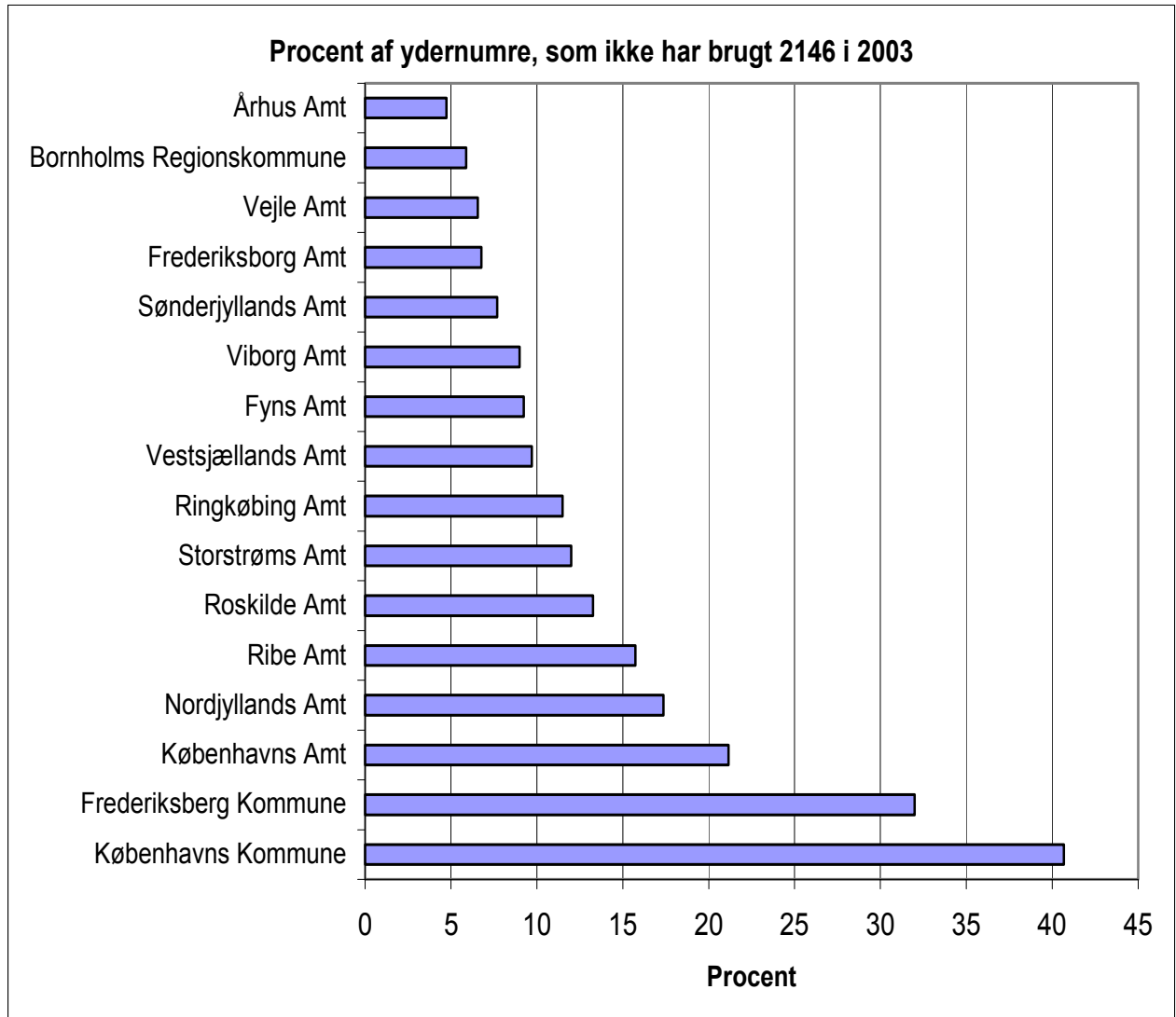
Der ses et højere niveau ved slutningen af perioden end ved begyndelsen; men der ses også her et fald i sommermånederne, hvilket indikerer, at interessen/behovet for hjemmeblodtryksmålinger i disse måneder er mere begrænset.

### Ikke-brugere af tillægsydelse 2146

Som vi så ovenfor havde 84% af samtlige ydernumre prøvet at bruge tillægsydelsen i løbet af 2003. Med andre ord har 16% ikke registreret ydelsen i perioden april-december. I absolutte tal svarer det til 361. De kan betegnes som ikke-brugere af ydelsen. Men der er en stor geografisk variation, hvilket er illustreret i figur 10 på næste side (absolutte tal i bilagstabel 6).



Figur 10



Det ses her, at Københavns og Frederiksberg kommuner og Københavns Amt har langt den største andel ikke-brugere. Dette kunne hænge sammen med, at de alment praktiserende læger i dette område kan henvise patienter til hjemmeblodtryks- eller døgnblodtryksmåling hos Københavns Praktiserende Lægers Laboratorium (KPLL)<sup>1</sup> eller – for Frederiksbergs vedkommende – på Frederiksberg Hospital. Behovet for selv at have udlånsapparater i praksis er derfor ikke påtrængende.

Omfanget af ikke-brugere er langt mindre i de øvrige amter – med en variation fra 5% i Århus Amt til 17% i Nordjyllands Amt. Det samlede absolutte antal ikke-brugende praksis i amterne uden for Københavns-området er 155, svarende til 9,8% af alle ydernumre i almen praksis i disse amter.

<sup>1</sup> KPLL havde i perioden april 2003 – januar 2004 gennemsnitligt 32 hjemmeblodtryksmålinger og 147 døgnblodtryksmålinger pr. måned (datafil tilsendt af Lene Pedersen, KPLL, marts 2004).

## KAPITEL 4

### Lægernes vurderinger og beskrivelse af praksis

Der er gennemført interviews med 21 praktiserende læger og 1 konsultationssygeplejerske. (For en mere udførlig beskrivelse af udvælgelses- og interview-procedure henvises til kapitel 2). Interviewene har skullet belyse lægernes overvejelser om og anvendelse af hjemmeblodtryksmåling, instruktionen af patienterne, samt lægernes holdninger til og erfaringer med tillægsydelsen. Formålet hermed er at skaffe et grundlag for vurdering af kvalitet og overvejelser om kvalitetsudvikling og implementeringsstrategier.

De 21 læger og konsultationssygeplejersken praktiserer i Storstrøms Amt (4), Vejle Amt (4), Vestsjællands Amt (4), Frederiksborg Amt (1) og Københavns Kommune (9). De kommer desuden fra landområder, mindre byer og større byer; og der er læger fra solopraksis såvel som fra kompagniskabspraksis. 9 kvindelige og 12 mandlige læger samt 1 kvindelig sygeplejerske blev interviewet. Aldersmæssigt er spredningen for lægerne 35 – 67 år; gennemsnit: 52 år; median: 52 år.

Selv om intentionen var at have repræsenteret brugere såvel som ikke-brugere af hjemmeblodtryksmåling, så lykkedes det kun at interviewe én læge, som ikke brugte denne tillægsydelse. Denne ene læge deltog med et ganske kort interview. Han levede ikke af indtjeningen fra sin praksis, som han for øvrigt snart ville afvikle; og han henviste til døgnblodtryksmåling, som han betragtede som væsentligt bedre end konventionel hjemmeblodtryksmåling. De følgende synspunkter er dermed i udpræget grad fra læger, som benytter sig af tillægsydelsen. Det er derfor svært at give et indtryk af, hvorfor læger vælger *ikke* at benytte den.

#### **Kendskab til tillægsydelsen**

Stort set samtlige læger havde fået kendskab til, at hjemmeblodtryksmåling nu var blevet en tillægsydelse, via P.L.O'-orientering i april 2003 eller ved at læse overenskomsten. Få havde fået kendskab til tillægsydelsen gennem kollegaer.

Ingen kunne fortælle os om særlige implementeringsaktiviteter i deres amt.

Af vores interviews fremgår det, at indførelsen af tillægsydelsen i lægernes daglige arbejde har været ubesværet. Dette skal selvfølgelig ses på baggrund af, at hjemmeBTmåling i sig selv ikke er noget nyt i almen praksis. Alle adspurgte læger på nær én benyttede sig af hjemmeblodtryksmåling, før indførelsen af tillægsydelse 2146; og mange havde gjort dette i flere år.

#### **Tidligere § 2-aftaler og registrering af ydelser**

Det viste sig i interviewene, at nogle af de læger, som ikke havde registreret brug af hjemmeBTmålinger under tidligere lokale § 2-aftaler, alligevel alle angiveligt havde udlånt apparater og instrueret i deres brug. De havde bare ikke rapporteret det til amtets sygesikring. Nogle af lægerne var ikke klar over, at der i deres amt havde været en § 2-aftale om hjemmeblodtryksmåling.

Desuden nævnte flere af de interviewede, at de – også nu i forbindelse med tillægsydelsen fra 1. april 2003 (og særligt i begyndelsen) – ikke altid huskede at skrive ydelsen på regningen til sygesik-

ringen. Dette gør selvsagt statistikken over tillægsydelse 2146 upræcis, særligt i de første måneder, hvor man ikke helt har vænnet sig til muligheden for honorering af ydelsen.

### **Kendskab til vejledninger i hjemmeblodtryksmåling**

Indførelsen af tillægsydelsen i april 2003 ledsagedes af mindre vejledninger om brugen af hjemmeblodtryksmåling og instruktion af patienten, om krav til apparatur mv. Disse korte vejledninger bragtes i P.L.O'orientering 3/2003, i en vejledning fra Den offentlige Sygesikring (udarbejdet af Fagligt Udvalg)<sup>1</sup>, i selve Landsoverenskomsten tiltrådt i marts 2003, samt på DSAM's hjemmeside. Desuden forelå der allerede fra 1999 en klaringsrapport fra Dansk Hypertensionsselskab<sup>2</sup>.

Vi spurgte i interviewene med lægerne, om der var – eller om de havde kendskab til – sådanne vejledninger. Og svarene gav et ret flimrende billede. Ganske mange blev interviewerens svar skyldig. De vidste ikke, om der overhovedet var nogen vejledning til hjemmeblodtryksmåling. Andre fortalte, at de havde *set* en vejledning eller havde *hørt om* en, men at de ikke havde læst den. Tre læger ud af samtlige interviewede læger kendte til Klaringsrapporten, hvoraf kun en enkelt konkret anvendte retningslinierne herfra. Seks læger nævnte P.L.O'orientering, og én læge henviste til retningslinierne fra det medicinalfirma, som havde produceret hjemmeblodtryksapparatet.

Af de læger, der havde kendskab til og havde læst vejledninger, udtrykte enkelte, at de ikke anser vejledninger for at være stringente regler, men at man i udpræget grad gør brug af egne, tidligere erfaringer med procedurer ved hjemmeblodtryksmåling. Og det var gennemgående i interviewene, at lægerne syntes, at det manglende kendskab til en vejledning til fulde bliver kompenseret af deres kliniske rutine og af, at de jo har flere års erfaringer med hjemmeblodtryksmåling. Fx sagde et par af de interviewede:

*” Det bliver jo sådan at man laver sit eget mix. ”* (læge 5).

*” ... Altså vi er også praktikere. ”* (læge 19).

### **Forskellige vejledninger**

Under arbejdet med denne evaluering er vi støt på flere dokumenter om hjemmeblodtryksmåling med betegnelser såsom retningslinier og vejledning. Af tabel 1 fremgår det, at der ikke er enighed på tværs af disse vejledninger om alle procedurer ved hjemmeblodtryksmåling; og i nogle af dem er der kun sparsomme anvisninger, og/eller der henvises til ”de sædvanlige retningslinier”.

<sup>1</sup> *Vejledning om anvendelse af klinikpersonale, elektronisk kommunikation mellem læge og patient, konsultation, telefonkonsultation, forebyggelseskonsultation, e-mail konsultation, medicinordination og tillægsydelser efter landsoverenskomsten om almen lægegering mellem Sygesikringen Forhandlingsudvalg og Praktiserende Lægers Organisation, april 2003.* Udarbejdet af Udvalget til vurdering af overenskomstens faglige indhold. Tiltrådt af Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Praktiserende Lægers Organisation april 2003. [Herefter refereret til som **vejledningen fra Den offentlige Sygesikring**].

<sup>2</sup> Klaringsrapport Nr. 8 1999, *Vejledende retningslinier for hjemmeblodtryksmåling*, en arbejdsgruppe nedsat af Dansk Hypertensionsselskab. [Herefter refereret til som **Klaringsrapporten**].

Tabel 1. Oversigt over udvalgte vejledninger og retningslinier

Vejledning	Indikation & anvendelse	Apparatur	Kalibrering	Simultanmålinger	Valg af arm	Forudgående hvile	Antal målinger
Klaringsrapport, Dansk Hypertensionsselskab	Behandlingsresistent hypertension, grænsetilfælde, behandlingskontrol, diskrepans mellem konsultationsBT og forekomst af hypertensive organskader	Liste over godkendte apparater	En gang årligt af leverandør	"...tre sammenlignende målinger med apparatur og kviksølvmanometer". Forskellen i målingernes gennemsnit må ikke overstige 9mmHg såvel systolisk som diastolisk	Tre målinger med kviksølvmanometer på hver arm skal bestemmes, hvilken arm der skal måles på (den med det højeste tryk)	5 minutter	Morgen og aften x 3, i 3 dage. Første dags målinger anvendes ikke
Den offentlige Sygesikring	- Mistanke om hypertension ved to eller flere konsultationsBT over 140/90 - Behandlingsresistens hypertension - Behandlingskontrol ved meget svingende konsultationsBT	Skal være kalibreret, have hukommelse og/eller printer ledsaget af instruktion i anvendelsen	Årligt	"...tre simultanmålinger (...) med hjemmeblodtryksapparatet og lægens sædvanlige blodtryksapparat". Forskel må ikke overstige 9mmHg	"De sædvanlige retningslinier"	"De sædvanlige retningslinier"	Mindst morgen, middag og aften dagligt, 3-4 dage
DSAM's hjemmeside <sup>11</sup>	Intet nævnt	Navne på godkendt apparatur. Skal have hukommelse/printer	Årligt	Intet nævnt	Intet nævnt	Intet nævnt	Intet nævnt
Landsoverenskomsten	Til diagnostik og kontrol af hypertension	Godkendt apparatur med hukommelse og/eller printer	Årligt	Tre simultanmålinger med lægens apparat og hjemmeapparatet. Forskel må ikke overstige 9mmHg	"De sædvanlige retningslinier"	"De sædvanlige retningslinier"	Morgen, middag og aften i 3-4 dage
P.L.O'rientering	Intet nævnt	Skal være kalibreret, have hukommelse og/eller printer	Intet nævnt	Intet nævnt	Intet nævnt	Intet nævnt	Intet nævnt
Vestsjællands Amt: Retningslinier for hjemmeblodtryksmåling <sup>12</sup>	Intet nævnt	Intet nævnt	Intet nævnt	Intet nævnt	Venstre overarm	10 min. siddende	Morgen, middag og aften i 2 dage. 1. dag er øvedag.

<sup>11</sup> [http://www.dadlnet.dk/plo/open/4overenskomster/LOK/frz\\_blodtryk.htm?in\\_oid=10420&in\\_kid=2608](http://www.dadlnet.dk/plo/open/4overenskomster/LOK/frz_blodtryk.htm?in_oid=10420&in_kid=2608) . Der henvises i øvrigt til Klaringsrapporten fra Dansk Hypertensionsselskab.

<sup>12</sup> <http://www.vestamt.dk/sundinfo/paragraf2/vejledninghjemme.htm>

Forskelligheden i disse eksempler på vejledninger indebærer, at selv om alle læger eventuelt havde kendskab til – og nøje ville følge – en vejledning i hjemmeblodtryksmåling, så ville dette ikke garantere en ensartet praksis.

Klaringsrapporten fra Dansk Hypertensionsselskab kan betragtes som reference-vejledningen – den gyldne standard – som der da også henvises til i vejledningen fra Den offentlige Sygesikring, på DSAM's hjemmeside og i landsoverenskomsten.

### **Brugen af hjemmeblodtryksmåling**

Interviewene med lægerne (og patienterne, se kapitel 4) viser, at lægernes procedurer ved hjemmeblodtryksmåling er forskellige, herunder instruktionerne fx om det antal dage, patienten skal foretage målinger, antal målinger pr. dag og pr. gang, lægens håndtering og vurderinger af patienternes hjemmeblodtryksmålinger mm. Nogle læger anvender konkret vejledninger som rettesnor for deres fremgangsmåder og anskaffer blodtryksapparater efter gældende anbefalinger, mens andre læger ikke med sikkerhed kan sige, hvorledes deres pågældende arbejdsform er opstået.

### **Indikationer**

I Klaringsrapporten og vejledningen fra Den offentlige Sygesikring angives indikationerne for hjemmeblodtryksmåling som mistanke om hypertension, behandlingsresistens, eller behandlingskontrol ved meget svingende konsultationsblodtryk.

Lægernes begrundelse for at anvende ydelsen var hyppigst mistanke om hypertension efter forhøjet konsultationsBT målt ved én eller flere konsultationer, samt justering eller kontrol af allerede iværksat medicinsk behandling.

Hjemmeblodtrykket kan bruges til at be- eller afkræfte hypertension, og interviewene viser, at ydelsen i udpræget grad anvendes til at *afkræfte* diagnosen. Fx siger en af respondenterne:

*”Jeg bruger mest apparatet under diagnostikken, fordi jeg er bange for at diagnosticere nogen til at have forhøjet blodtryk, uden de har det. Fordi hvis jeg først har diagnosticeret, de har forhøjet blodtryk, og jeg først er startet medicinsk behandling, så er det hulens svært at tage dem ud af det igen.... Det er meget nemmere at starte en medicinsk behandling, end det er at afslutte en.*

*Tit og mange gange så bruger vi jo en hjemmeblodtryksmåling til at afkræfte at der er forhøjet blodtryk. Det er måske endda 2 ud af 3 gange.”* (læge 17).

Ydelsen anvendes ligeledes af nogle læger til rutinemæssig kontrol én gang årligt for samtlige patienter i hypertensionsbehandling.

Enkelte læger sagde, at de benytter hjemmeBT af mere pædagogiske årsager for at overbevise patienten om nødvendigheden af medicinsk behandling eller for at opnå compliance.

### **Apparatur**

Der er i Klaringsrapporten og vejledningen fra Den offentlige Sygesikring udtrykkeligt nævnt forskellige krav til udlåns-apparaturet. Bl.a. skal det have hukommelse og/eller printer, og det skal ved udlån være ledsaget af en instruktion i anvendelsen. Det fremgår imidlertid af interviewene med lægerne (og patienterne), at nogle ikke kender til disse krav, at nogle anvender apparater uden hukommelse, og at nogle ikke udleverer en skriftlig vejledning.

Af interviewene fremgik det, at 6 af lægerne anvendte måleudstyr, der *ikke* opfyldte kravet om hukommelse og/eller printer. Angiveligt havde de fleste læger dog måleudstyr *med* hukommelse, men de anvendte den ikke. Kun en enkelt læge benyttede måleudstyrets hukommelse i sine procedurer.

Lægernes begrundelse for ikke at bede patienterne om at anvende apparatets eventuelle hukommelse er, at de fleste patienter "låner" apparatet til andre (fx skal ægtefællen eller naboen lige måle deres blodtryk), eller nogle patienter måler et for stort antal gange for at øve sig. Denne ophobning af uvedkommende og overflødige tal i hukommelsen ville gøre det uoverskueligt for lægen at danne sig et relevant billede af patientens hjemmeBT.

Af patientinterviewene (se næste kapitel) fremgår det, at apparatet i langt fra alle tilfælde er ledsaget af en skriftlig instruktion ved udleveringen, og at denne instruktion ofte udelukkende er en brugsvejledning til selve apparatet.

## Kalibrering

Af hensyn til kvalitetssikring anbefales det i vejledningerne, at måleudstyret kalibreres mindst én gang årligt. I de interviews, hvor emnet blev berørt, nævntes, at måleudstyret kalibreres årligt af det firma, som har solgt apparatet; eller det kalibreres sammen med det øvrige apparatur i praksis.

## Hvem instruerer patienten?

Interviewene i de 22 praksis viser store variationer i instruktionen af patienterne. Nogle læger anså instruktionen for særdeles vigtig, mens andre ikke mente, at det kunne være svært for patienten at finde ud af måleudstyr og eventuelle forholdsregler ved målingerne.

I 11 praksis blev instruktionen udført af klinikpersonale (sygeplejerske eller sekretær), i 9 af lægen selv. Én læge anvendte ikke hjemmeBTmåling, og i et enkelt interview er intet nævnt om, hvem der foretog selve instruktionen. I 3 tilfælde ud af de 11, hvor lægen selv foretog instruktionen, beder lægen sommetider klinikpersonalet om at gøre det, når der er stor travlhed hos lægen.

To læger nævnte, at de ikke ønskede, at klinikpersonalet skulle udføre instruktionen, fordi de anså den tilhørende samtale med patienten for betydningsfuld. En læge sagde, at selve instruktionen jo ikke er det eneste og vigtigste aspekt ved hjemmeBTmåling, men at for ham faldt samtalen med patienten omkring levevis, tobak osv. naturligt sammen med instruktionen.

## Tidsforbrug til instruktion

I forarbejderne<sup>1</sup> til tillægsydelsen forventedes det – ud fra erfaringer fra Københavns Praktiserende Lægers Laboratorium – at tidsforbruget til instruktionen af den enkelte patient ville være 15-30 minutter; men i vores materiale er dette langt fra tilfældet.

De 9 læger, der sagde, at de selv altid foretager instruktionen af patienterne, anvender efter eget udsagn fra 5 til 15 minutter på det (de fleste af dem bruger mellem 5 og 10 minutter, nogle få nævnte et tidsforbrug på 10-15 minutter). Når lægen selv foretager instruktionen, anses den typisk for at være en del af konsultationen og den dertil afsatte tid. En enkelt af lægerne sagde dog, at de ca. 10 minutters instruktion ligger i forlængelse af den almindelige konsultation.

Tidsforbruget afhænger selvsagt af, hvor detaljeret lægen går til værks, fx om patienten prøver at måle i praksis under opsyn; om lægen fortæller om mulige høje talværdier eller variationer, som

<sup>1</sup> Arbejdsgruppen vedrørende ydelser for hjemmeblodtryksmåling.

patienten kan komme ud for i sine målinger derhjemme; om der måles blodtryk på begge arme for at finde den med det højeste; om der foretages simultanmålinger til sammenligning mellem udlånsapparatet og lægens kviksølvmanometer mm.

### Simultanmålinger og valg af arm

Det kræves i Klaringsrapporten og i vejledningen fra Den offentlige Sygesikring, at der udføres 3 sammenlignende målinger med henholdsvis det apparat, som patienten skal låne med hjem, og det apparat, lægen benytter i praksis (i Klaringsrapporten er lægens apparat et kviksølvmanometer). Forskellen i målingernes gennemsnit bør ikke overstige 9 mmHg, hvis hjemmeblodtryksmåling skal gennemføres.

9 af de interviewede læger foretager angiveligt disse sammenlignende målinger, mens 2 sagde, at de ikke gør. I de øvrige interviews er emnet ikke blevet berørt.

Klaringsrapporten fra Dansk Hypertensionsselskab anviser, at *"Forud for hjemmeBT bestemmes, hvilken arm der giver det højeste blodtryk, ved at måle med et kviksølvmanometer tre gange på hver arm efter fem minutter i siddende eller liggende stilling. (...) Herefter foretages hjemmeBT (...) på den arm, der gav det højeste blodtryk."* Det er imidlertid langt fra en selvfølge, at disse anvisninger følges i praksis.

Ikke i alle interviews kom vi ind på dette særlige aspekt i instruktionen af patienten. Men 3 af respondenterne fortalte, at de fandt ud af, hvilken arm patienten skulle anvende; en anden læge bad patienterne foretage målingerne på venstre arm, så den højre kan bruges til at sætte manchetten på med; én læge gav patienten frit valg; og en anden bad selv patienterne finde ud af, hvilken arm der giver den højeste talværdi og så bruge den.

### Antal målinger

Der er en betragtelig variation i det antal dage, hvor patienten ifølge lægen skal foretage sine hjemmeblodtryksmålinger, ligesom antallet af målinger pr. dag samt antallet af målinger pr. gang er forskelligt. I anden og tredje kolonne i tabel 2 ses en samlet oversigt over instruktionerne i de 21 praksis angående antal målinger. Der ses en variation fra 2 til 14 dage; nogle læger beder om målinger 2 gange om dagen, andre om 3 gange; én læge anmoder om 10-14 målinger i alt inden for en 14 dages periode; og én siger, at patienten skal måle mindst én gang pr. dag.

Tabel 2:  
Oversigt over lægernes anbefalinger om antal målinger<sup>1</sup>

Læge	Antal dage pt. måler BT <i>Anbefaling<sup>2</sup>: 3 dage</i>	Antal målinger pr. dag og pr. gang <i>Anbefaling<sup>2</sup>: Morgen og aften x 3.</i>
1	Ca. 3 dage	
2	7 dage	Morgen og aften
3	3 dage	
4	7 dage	Morgen, middag og aften x 2
5		Morgen, middag og aften x 3
6	2 dage	Morgen og aften x 3

(fortsættes)

<sup>1</sup> Ikke alle punkter blev berørt i samtlige interviews, hvorfor oplysninger savnes for nogle af lægerne.

<sup>2</sup> Anbefalingerne er fra klaringsrapporten *Vejledende retningslinier for hjemmeblodtryksmåling* fra Dansk Hypertensionsselskab.

7		
8	2 dage	Minimum morgen, middag og aften x 3
9	3 dage	Morgen og aften.
10	3 dage	Morgen og aften x 2 eller 3
11	1-2 uger. Ved store udsving 1 uge mere	Morgen, middag og aften
12	3 dage	Morgen, middag og aften. Ikke fastlagt antal pr. gang
13	3 dage	Morgen, middag og aften x 3
14	3-4 dage	Morgen, middag og aften x 2
15	3 dage	Morgen, middag og aften x 2
16	2 dage	Morgen, middag og aften
17	4-5 dage	Morgen og aften. Flere gange intet max. antal
18	Anvender det ikke	
19	4 dage	Morgen, middag og aften x 1
20	14 dage	10-14 i alt. Intet bestemt tidspunkt
21	Ca. 1 uge	Ikke fast. 1 gang minimum x 3 dagligt

Der ses også en variation i det anbefalede antal målinger pr. gang. Nogle læger beder patienten om kun at foretage én måling pr. gang, mens andre beder om 2, henholdsvis 3 målinger pr. gang (fx 3 målinger både morgen, middag og aften).

## Skema

Ca. halvdelen af de adspurgte læger udleverede skema til patienterne, hvor målingerne skulle skrives ned, mens den anden halvdel blot bad patienterne skrive værdierne på et stykke papir. Kun en enkelt læge bad *ikke* patienterne om at skrive måleresultaterne ned, men anvendte i stedet hukommelsen i måleudstyret for selv efterfølgende at skrive målingerne ned, når patienten havde afleveret apparatet.

## Aflevering af måleresultater og apparat

Når patienten har gennemført de ønskede målinger og skal returnere det lånte blodtryksapparat, er det forskelligt, hvorledes dette foregår, og hvorledes patienten får kendskab til lægens vurdering. Vi har i interviewene fået fortalt om følgende modeller: a) aflevering af måleudstyret til klinikpersonalet, som kigger resultaterne igennem og giver besked til lægen; b) aflevering til klinikpersonale, hvor lægen så efterfølgende ”i sin fritid” analyserer målingerne og giver patienten telefonisk besked (i nogle praksis kontakter lægen kun patienten, hvis der ses hypertension, i andre praksis melder lægen altid tilbage); c) ved udlån af apparatet bookes patienten til en opfølgende konsultation ved aflevering af måleudstyret.

## Analyse og vurdering af hjemme-målingerne

Hvordan vurderer lægerne så de måleresultater, som patienterne kommer med? Også her er der variationer lægerne imellem.

## Udregningsmetode

Vi fik i interviewene overordnet set præsenteret to måder at bruge patienternes målinger på – det man kunne kalde den intensive, henholdsvis den ekstensive model. Den intensive måde at gå til værks på indebærer, at lægen minutøst udregner gennemsnit for de diastoliske og systoliske værdier. Den ekstensive fremgangsmåde peger mere i retning af at lægen danner sig et overblik over måleværdierne ved at ”skimme” samtlige værdier.



Nogle læger sagde, at de medregner *outliers* (meget afvigende måleværdier), mens andre vælger at betragte disse værdier som fejlmålinger. Det er påvist, at første dags målinger ofte er højere end de efterfølgende dage, og i Klaringsrapporten anbefales det derfor, at første dags målinger ikke inkluderes i beregningerne. Men kun få af respondenterne i denne undersøgelse fortalte, at de ser bort fra førstedagens målinger.

Efter at lægerne har fastlagt resultatet efter én af de nævnte fremgangsmåder, indgår yderligere aspekter i beslutningstagningen om eventuel medicinsk behandling. Nogle læger – typisk dem der beregner resultatet efter den intensive model – er tilbøjelige til at se de beregnede værdier som afgørende for beslutningen om at iværksætte behandling eller ej, mens andre læger mere anlægger en helhedsvurdering, hvor talværdierne fra blodtryksmålingen sammenholdes og afvejes med deres kendskab til patientens risikofaktorer i øvrigt (arveligt disposition, diabetes, andre sygdomme mm.) – som en læge udtrykte det:

*”Det er jo summen af risikofaktorer vi skal have med” (læge 17).*

En anden læge fortalte, at hun selv i tilfælde af konsultationsblodtryk på over 140/85 ikke altid reagerer. Ud fra kendskabet til patienten, som hun ved ikke fejler noget og i øvrigt lever et fornuftigt liv, vurderer hun så, at der ikke er nogen grund til at nævne det for patienten eller at foretage sig yderligere.

Men i øvrigt er lægerne klar over, at hos personer med diabetes eller nyresygdomme bør blodtrykket være lavere end hos andre.

### Oversættelse til konsultationsblodtryk

Et andet aspekt, der indgik i nogle lægers vurderinger, men ikke i andres, er spørgsmålet om ”oversættelse” at hjemmemålingerne til konsultationsmåling. I Klaringsrapporten fra Dansk Hypertensionsselskab hedder det:

*”Ved en konkret blodtryksmåling hos en enkelt patient er det væsentligt at understrege, at der [er] en systematisk forskel mellem hjemmeBT og konsultationsBT. Når der skal tages højde for de individuelle forskelle i blodtryk, bør man i stedet som grov regel »oversætte« hjemmeBT til konsultationsBT på følgende måde:*

$$\text{KonsultationsBT}_{\text{sys}} = \text{HjemmeBT}_{\text{sys}} + 8 \text{ mmHg}$$

$$\text{KonsultationsBT}_{\text{dia}} = \text{HjemmeBT}_{\text{dia}} + 5 \text{ mmHg}”$$

Men langt fra alle læger ”oversætter” til konsultationsblodtryk. I 11 af interviewene spurgte vi direkte om denne ”oversættelse”, og 8 af lægerne sagde, at de ikke lægger noget til hjemmemålingerne, mens 3 sagde, at de lægger noget til. Af disse 3 lagde den ene 5 til både det systoliske og diastoliske blodtryk, mens en anden lagde 7, henholdsvis 5 til.

Vi bad ca. halvdelen af respondenterne om at forklare os interviewere, hvorfor man skal ”oversætte” hjemmemålingerne – og altså ikke tage dem for pålydende, hvilket i vores forståelse ellers fremstod som hele essensen i hjemmeblodtryksmåling. Der var kun få, som ville forsøge sig med at forklare hele ideen i det, og vi fik forskellige forklaringer. Bemærkelsesværdigt var det, at 4 af de læger, der gav den rigtige forklaring, ikke selv adderede 8 og 5 mmHg til hjemmemålingerne for at få resultatet.

En af de læger, som havde hørt om, at man skulle ”oversætte”, sagde, at han ikke selv overvejede at gøre det:

*”Nå – i forhold til hjemmeblodtrykket? Jamen der tror jeg at... Nå, lige dét har jeg ikke læst, men det jeg har læst er, at hvis man siger, at det her i klinikken er omkring 145/85 – så skal man forvente, at det derhjemme ligger omkring 135/80... Så for at få klinikblodtrykket, så skal jeg lægge det til, det er jo sikkert rigtig nok. Men sådan arbejder jeg egentlig ikke. Jeg arbejder med, hvad der er optimalt for patienten.” (læge 17).*

En anden af de interviewede, som havde fuldt kendskab til Klaringsrapporten, forklarede, at der kan være en vis white-coat effekt, som man skal tage højde for, fordi det jo er konsultationsblodtryk, som alle undersøgelser om sammenhæng mellem blodtryk og risiko/sygdom bygger på. Denne læge beskrev hvorledes anbefalingerne til dels er et teoretisk problem, der ikke nødvendigvis er relevant for praksis. Han sagde:

*”Der hvor man kan sige, man har problemet, det er jo i grænseområderne... Problemet er at vi normalt slet ikke befinder os i grænseområderne. Normalt får vi meget klare resultater ud af det. At når de måler derhjemme, jamen så får vi... kan vi se at værdierne generelt ligger tydeligt og for højt, eller at de ligger fint og normalt. Og det er den normale problematik... Og der hvor du får problematikken, det er når du befinder dig lige omkring grænsen... Så det bliver sådan mere for teoretikere og sådan en filosofisk diskussion, som i mindre grad er så interessant, når man sidder her.” (læge 16).*

Andre læger angav forklaringer, der ikke svarede til Klaringsrapporten, forstod det ikke eller havde slet ikke hørt om, at hjemmemålingerne skulle oversættes til klinikblodtryk.

En læge angav denne forklaring:

*”Nej, det ved jeg egentlig heller ikke hvorfor man skal lægge det til. Det må jo være for at sikre sig mod måleusikkerhed.” (læge 10).*

En anden, som ikke forstod begrundelsen, sagde:

*”Jeg har heller aldrig forstået det rigtig, det må jeg sige. Jeg har ikke rigtig helt forstået det... Det tal, som de kommer med hjemmefra, det gør jeg ingenting ved. Det er som det er.” (læge 12).*

Uanset hvilken forklaring man læner sig op ad, så kan det være afgørende for diagnosen, om der lægges 8 og 5 mmHg til hjemmemålingen eller ej. En hjemmemåling på fx 138/88 kan betragtes som et normalt blodtryk, hvis man tager tallene for pålydende. Men hvis man derimod ”oversætter” tallene til konsultationsblodtryk, så er resultatet 146/93 – altså forhøjet blodtryk. Hos mange læger gør dette næppe den store forskel, fordi de som nævnt ovenfor anlægger en helhedsbetragtning, før de træffer beslutning om medicinsk behandling eller ej. Men for de læger, som holder sig mere strikt til talværdierne, kan ”oversættelse” eller ikke-”oversættelse” være lig med forskellen på behandling og ikke behandling.

### **Hvad kommer der ud af hjemmeblodtryksmålingerne?**

Det var en af forventningerne ved indførelsen af hjemmeblodtryksmåling som tillægsydelse, at man kunne få et sandere billede af patientens blodtryk og dermed i mange tilfælde undgå unødvendig medicinering. De interviewede lægers erfaringer var da også, at dette faktisk er tilfældet. Vi bad dem give os et overslag på, hvor mange patienter det drejede sig om i deres egen praksis. Deres skøn varierede en del. Nogle mente, at 10% af de patienter, som de udlånte et blodtryksapparat til, kom tilbage med målinger, der var så meget lavere end i klinikken, at de ikke blev sat i behandling. Andre skønnede at det hos dem drejede sig om op til 75%. Hovedparten mente, at ca. 1/3 undgik medicinsk behandling.

Men som én af dem sagde, så kunne hun sagtens få denne andel højere op – det er blot et spørgsmål om at give apparatet med hjem til flere af dem, som ligger kun ganske lidt over grænsen for forhøjet blodtryk, eller måske endda lidt under.

Hjemmeblodtryksmålingen har ikke kun betydning for undgåelse af unødigt opstart af medicinsk behandling, men også for en mere målrettet justering, *når* en medicinsk behandling er sat i gang. Fx sagde en af lægerne:

*”Jeg bruger det på den ene måde til at filtrere nogen fra, som ikke har forhøjet blodtryk, men dem, der har forhøjet blodtryk, og dem hvor jeg mener, det er relevant at få blodtrykket ned... dér kan jeg meget bedre justere behandlingen. Og det er mit indtryk, at jeg giver en kraftigere medicinsk behandling<sup>1</sup> på grund af hjemmeblodtryksmålingen, end jeg ville have gjort, hvis ikke jeg havde den.”* (læge 17).

Der nævntes også andre positive virkninger af hjemmeblodtryksmålinger. Flere af respondenterne pegede på den pædagogiske gevinst ved, at patienten selv sidder med målingerne og dermed bliver mere opmærksom og bevidst om blodtrykket. Nogle læger kunne på vores spørgsmål ikke afvise, at dette måske kunne fremme compliance hos de patienter, som bliver sat i medicinsk behandling.

### **Holdninger til tillægsydelse 2146**

Som en del af undersøgelsen blev lægerne spurgt om, hvorvidt honoreringen påvirker deres (og deres kollegaers) handlemonster, og hvilke holdninger de har til tillægsgydelser generelt.

I gennemgangen nedenfor skelner vi mellem *ydelsen* og *tillægsgydelsen* hjemmeblodtryksmåling, hvor *ydelsen* handler om det kliniske indhold og den kliniske værdi, patientrelationen mv., og *tillægsgydelsen* vedrører ekstrahonoreringen.

Selve ydelsen opfattes som klinisk relevant, let håndterbar og til både lægers og patienters tilfredshed. Interessen for hjemmeblodtryksmåling i almen praksis understreges da også af, at de fleste af de interviewede læger anvendte målemetoden før indførelsen af tillægsgydelsen (og uden honorar), og de anser målinger i patientens vante omgivelser for valide og anvendelige i vurderingen af hypertension og hypertensionsbehandling.

Dét at en ydelse gøres til en tillægsgydelse i landsoverenskomsten ses af flere af de interviewede som et udtryk for, at der ud fra en faglig vurdering er evidens bagved – ydelsen er med andre ord klinisk relevant og videnskabeligt velbegrunder. ”Tillægsgydelser-gørelsen” understreger, at noget er fagligt korrekt – og der skabes en øget faglig opmærksomhed på det specifikke område.

Med landsoverenskomsten skabtes en nyhedsinteresse omkring den nye tillægsgydelse og en dertilhørende øget opmærksomhed på hypertension. En længerevarende effekt af tillægsgydelsen ville efter en af lægernes mening være påvirket af faldende nyhedsinteresse, og dette kunne blive yderligere accentueret ved nye overenskomster med andre, nye tillægsgydelser. Lægen sagde, at hvis indførelsen af en tillægsgydelse skulle have betydelig adfærdspåvirkende effekt, skulle der generelt være færre tillægsgydelser. Ved nye tillægsgydelser indførelse skulle gamle og evt. ikke længere relevante tillægsgydelser fjernes, så man tydeligere kan se en given ændring i tillægssystemet.

---

<sup>1</sup> Det nævnes senere i samtalen, at ”kraftigere medicinsk behandling” i dette tilfælde betyder højere dosis og behandling med flere samtidige præparater.

Ikke alle respondenter kunne forklare os, hvorfor fx netop hjemmeblodtryksmåling nu var blevet en tillægsydelse. Men det måtte være noget med, at det jo kommer op i en forhandlingssituation i forbindelse med landsoverenskomsten og kan være en brik i et taktisk spil.

En af lægerne, som på grund af indførelsen af tillægsydelsen startede med at instruere patienterne i hjemmeBT fortalte, at tillægsydelsen var en øjenåbner for hende:

*”Altså jeg ville ikke selv have fundet på det... Eller jeg har egentlig ikke selv tænkt det, fordi vi jo havde den mulighed i vores laboratorium. Så jeg har egentlig ikke tænkt på, at det kunne jeg da godt selv finde ud af, altså det er blevet mere nemt efter jeg har set: Nå er det ikke andet... Jeg synes det er en god idé, at nogen ligesom går foran, ik’. Jeg ville ikke selv have fundet på det”.*  
(læge 19).

Mange læger mente, at der med tillægsydelsen skabtes øget opmærksomhed på hypertension i almen praksis, og flere udtrykte at være blevet mere systematiske i deres anvendelse af hjemmeBT. Et par læger mente dog, at fokus på hypertension har nået niveau, der ikke helt svarer til realiteten af problemet.

Indførelsen af tillægsydelsen (ekstrahonoreringen) blev gennemgående hilst velkommen. Samtlige læger var positive – med undtagelse af den ene læge, der ikke anvendte den. De begrundede deres positive indstilling med, at indførelsen af honorering er rimelig pga. tidsforbruget til instruktion af patienterne, den efterfølgende analyse af målingerne og investeringen i apparatur.

De fleste interviewede sagde, at praktiserende læger ville holde sig til, hvad der er klinisk relevant. Ved siden af dette spiller økonomiske argumenter en ikke uvæsentlig rolle. Udtrykket ”gyngerne og karrusellerne” blev nævnt af flere læger i forbindelse med spørgsmål om tillægsydelser generelt. Lægerne kunne ikke umiddelbart se en sammenhæng mellem beløbets størrelse og indholdet i de forskellige tillægsydelser. Nogle ydelser, som f.eks. tager længere tid eller kræver dyrt apparatur, er fx ikke tillægsydelser eller er det med mindre beløb, mens hjemmeblodtryk, der efter lægernes egen mening ikke stiller de store krav, giver 130 kr. Når nogle af de tidskrævende ydelser (fx gynækologiske undersøgelser) ikke giver ekstra honorar, så skal der jo tjenes ind på andre.

Halvdelen af de interviewede læger mente, at det økonomiske aspekt ved tillægsydelsen betyder flere hjemmeblodtryksmålinger, det være sig *både relevante og irrelevante målinger*. Disse læger sagde, at almen lægepraksis er en forretning, og at anskaffelsesudgifter til apparatur skal tjenes ind igen. Der er i stort set samtlige praksis anskaffet ekstra blodtryksapparater efter indførelsen af tillægsydelsen.

Men der var også modstridende holdninger selv hos den samme læge til honoreringen. Samtidig med den positive holdning til tillægsydelsen udtrykte nogle, at betaling for ydelser generelt kan betyde en fare for, at opmærksomheden flyttes fra selve patienten til den mere forretningsmæssige del af almen praksis, og at antallet af hjemmeblodtryksmålinger stiger uhensigtsmæssig. En læge sagde:

*” Vi havner i den der grøft med at være sådan nogle kræmmere, ik’. Købmænd... altså noget for noget. At jeg ikke vil trykke patienten på maven uden at jeg får 5 kr. for det.”* (læge 19).

En anden udtrykte bekymring for, at tillægsydelsen kunne friste til hyppigere udlån af apparater end egentligt nødvendigt:

*"Jeg er bange for at mine kollegaer misbruger det og kører ydelsen igennem 10 gange om året på den samme patient – fordi der er penge i det."*

Interviewer: *"Tror du, det er udbredt det der med..?"*

*"Jamen, det ved jeg!"* (læge 14).

På spørgsmålet om, hvad der ville ske, hvis man trak honoreringen for hjemmeblodtryksmåling ud af overenskomsten sagde han:

*"Det vil jeg ikke svare på, medmindre du lover mig ikke at citere det...[griner]. Nej. Vi gør det, fordi vi synes, det er fagligt korrekt. Vi holder ikke op med at skylle ørevoks, fordi ydelsen falder væk. Men det kan godt være, at vi sender nogle flere til ørelæge for at få skyllet ører. Og ligesådan med det her, hvis vi synes, der er for meget arbejde i det. Så kan det godt være vi springer over, hvor gærdet er lavest. Men jeg tror ikke der vil ske noget særligt, altså. Fordi det er så godt et redskab."* (læge 14).

### **Lægernes vurdering af patienternes holdninger og erfaringer**

Lægerne havde indtryk af, at patienterne er meget interesseret i at deltage i hjemmeblodtryksmåling og gerne ser, at lægerne går grundigt til værks i diagnosticeringen og behandlingen. Flere læger nævner, at patienterne selv beder om hjemmeblodtryksmåling og efterfølgende også selv køber et blodtryksapparat for vedvarende at have kendskab til deres blodtryk.

#### **Patienter der siger "nej" eller ikke kan**

Alle interviewede læger mente, at selve håndteringen af det elektroniske blodtryksapparat er nem og i princippet ubesværet kan klares af alle patientgrupper, unge såvel som ældre. Ikke desto mindre kunne nogle læger berette, at de foretager en mere eller mindre bevidst selektion af patienter til hjemmeblodtryksmåling, sådan at fx tydeligt demente eller personer med psykiske handicap ikke blev tilbudt hjemmeBT.

2 læger havde oplevet, at en patient ikke *ønskede* at foretage hjemmeBT. De mente, at det skyldtes vanskeligheder med det rent tekniske. Kun 3 læger nævnte at have oplevet, at patienter imod lægens forventning ikke *kunne* gennemføre en hjemmeblodtryksmåling.

#### **Validitet af patientens målinger**

De deltagende læger stolede alle på patienternes målinger, og kun en enkelt læge anvendte blodtryksapparatets hukommelsesfunktion.

Det har ved international forskning vist sig ikke at være helt uproblematisk med hensyn til validiteten at sende patienterne hjem med et blodtryksapparat. Der stilles krav til udstyrets kvalitet og oplæring af patienterne, men der er også en menneskelig faktor, som påvirker validiteten af målingerne. Grupper af patienter er blevet bedt om at udføre målinger og notere måleresultaterne i en logbog. Disse måleresultater blev samtidig gemt i måleudstyrets hukommelse uden patients kendskab. Ved at sammenholde patientens noteringer med måleudstyrets hukommelse, har det vist sig, at korrekt afrapportering *ikke* eksisterede<sup>1</sup>. Der var i stedet tale om underrapportering, hvor patienterne ikke havde skrevet samtlige målinger ned, eller om overrapportering hvor patienterne påførte målinger i logbogen der ikke fandtes i måleudstyret.

<sup>1</sup> Dorthe Svenstrup Møller & Erling Bjerregaard Pedersen. Hjemmeblodtryksmåling – Er pålideligheden god nok. *Ugeskrift for læger*, 2001; 163(35): 4758-59.

Dette fik os til at spørge lægerne, om de troede, patienten kunne finde på at ”snyde” eller ”pynte på resultaterne”. Ingen opfattede denne mulighed som et reelt problem. I værste fald kunne patienten snyde sig selv, men det kan man ikke forhindre.

## KAPITEL 5

### **Patientperspektivet**

Vi gennemførte telefoninterviews med i alt 25 patienter. (For en mere udførlig beskrivelse af udvælgelses- og interview-procedure henvises til kapitel 2).

Interviewene skulle give os et indblik i patienters holdninger til og erfaringer med at gennemføre hjemmeblodtryksmåling. Bl.a. skulle de beskrive for os, hvordan de var blevet instrueret af lægen, om de syntes det var trygt at måle selv, hvordan de afleverede resultater blev brugt af lægen.

Af de 25 interviewede patienter var 14 mænd, 11 kvinder. Aldersspredningen var 23-80 år. Gennemsnit: 58 år, median: 60 år<sup>1</sup>. Respondenterne var geografisk fordelt på Storstrøms Amt (12), Vejle Amt (6), Vestsjællands Amt (3), og Københavns Kommune (4). De kom desuden fra landområder, mindre byer og større byer; og der var patienter fra solopraksis såvel som fra kompagniskabspraksis.

Knap halvdelen af de interviewede patienter havde tidligere gennemført hjemmeblodtryksmåling, men interviewene fokuserede dog primært på den seneste, aktuelle gang.

Der er ikke observeret systematiske sammenhænge mellem køn, alder, praksistype, by-land osv. på den ene side, og de erfaringer og holdninger, som afrapporteres i det følgende, på den anden side.

#### **Anledning til hjemmeblodtryksmålingen**

Halvdelen af patienterne skulle gennemføre hjemmeblodtryksmåling for at se, om et blodtryk, som lægen havde målt til at være forhøjet, nu også var det derhjemme – hjemmemålingerne skulle bidrage til at stille diagnosen. Flere af disse patienter fortalte, at de blot havde fået målt blodtrykket én gang hos lægen, mens andre kunne berette, at lægen havde målt det ved 2-3 konsultationer, inden patienten fik apparatet med hjem. Én patient fortalte, at da lægen målte blodtrykket ved den anden konsultation, var det igen normalt, men hun havde alligevel fået et apparat med hjem.

Den anden halvdel af de interviewede fortalte, at hjemmemålingen havde til formål at kontrollere effekten af den blodtrykssænkende behandling. En af disse patienter ophørte i tiden op til hjemmemålingen med medicineringen for at afprøve, om han kunne klare sig uden Centyl m. kaliumklorid. Og en anden patient fortalte, at det var aftalt med hans læge, at han fremover skal låne apparatet hver 3. måned i forb.m. receptfornyelse.

Et par af de interviewede patienter havde selv foreslået lægen at låne et apparat med hjem. I øvrigt var det en udbredt opfattelse, at hjemmeblodtryksmåling var et tilbud, som man godt kunne have sagt nej til. Kun en enkelt af patienterne – en 75-årig kvinde – følte lidt, at det blev påtvunget.

Flere af patienterne kunne fortælle, at måleresultatet indebar, at de ikke skulle sættes i medicinsk behandling.

---

<sup>1</sup> Gennemsnit og median er udregnet for 22 af patienterne, idet vi ikke fik oplyst alder for de 3 øvrige.

## **Instruktionen**

Patienternes fortællinger vidner om ganske forskellige instruktioner i hjemmeblodtryksmåling. Dette er ikke overraskende, når man tager oplysningerne fra lægeinterviewene i betragtning, hvori der jo også sås ganske store variationer.

I nogle få tilfælde blev instruktionen gennemført af en sygeplejerske, ellers af lægen. Patienterne fik i de fleste tilfælde demonstreret, hvordan manchetten skulle sættes på og apparatet aktiveres osv., og mange af dem fortalte, at de selv fik lov til at prøve apparatet, mens de sad over for den, der instruerede.

I nogle af interviewene spurgte vi, om patienten havde fået en skriftlig vejledning/instruktion med hjem. Hos ca.  $\frac{1}{4}$  var dette ikke tilfældet. En af patienterne fortalte, at han først på 2. dagen havde fundet ud af, at der faktisk var en skriftlig vejledning med apparatet. Han kunne derefter konstatere, at den første dags målinger ikke var udført korrekt.

## **Sammenligning af apparater**

Det er en anbefaling i vejledningen om hjemmeblodtryksmåling fra Dansk Hypertensionsselskab (Klaringsrapporten) som P.L.O. og Sygesikringens Forhandlingsudvalg henviser til, at det elektroniske apparat, som patienten får med hjem, skal afprøves på patienten, og måleresultatet sammenlignes med måleresultatet på lægens kviksølvmanometer (eller sædvanlige apparat), for dermed at afgøre, om det er meningsfuldt, at den aktuelle patient måler med udlånsapparatet. Ifølge vejledningen bør der foretages 3 sammenlignende målinger med de to apparater, og forskellen i målingernes gennemsnit må ikke overstige 9 mmHg for såvel det systoliske som det diastoliske blodtryk.

Imidlertid er det ikke en selvfølge, at lægerne foretager sammenligninger mellem apparaterne. I 14 af interviewene med patienter spurgte vi til en sådan sammenligning. I mere end halvdelen af tilfældene var den ikke blevet foretaget.

## **Hvilken arm**

Det anbefales også i den nævnte vejledning, at ”forud for hjemmeBT bestemmes, hvilken arm der giver det højeste blodtryk, ved at måle med et kviksølvmanometer tre gange på hver arm efter fem minutter i siddende eller liggende stilling. (...) Herefter foretages hjemmeBT med manchetten på den arm, der gav det højeste blodtryk...”.

I vores materiale spurgte vi i 14 af interviewene, om lægen eksplicit havde anvist, hvilken arm der skulle bruges. Svarene fordelte sig nogenlunde ligeligt mellem ”ja”, ”nej” og ”kan jeg ikke huske”.

En patient siger: *”Det kan jeg ærlig talt ikke huske. Men det er jo indlysende, at man tager venstre arm. (...) Ja, det må være fordi den sidder tættest på hjertet. Det synes jeg er indlysende. Men det er det måske ikke [griner]”*.

Andre kan fortælle om, at lægen prøvede begge arme og besluttede sig for venstre; eller at lægen plejer at måle på højre, hvorfor patienten også gjorde det hjemme, selvom lægen ikke udtrykkeligt havde sagt det. Og endelig fortalte en af de andre interviewede patienter, at hun selv havde prøvet på begge arme; og da der én gang – med hendes egne ord – *”var rimeligt stor forskel”* og de andre gange var forskelle på op til et par mmHg, tænkte hun: *”Hvad er meningen så?”*



## Antal målinger

Der er store forskelle på, hvor mange dage, hvor mange gange pr. dag, og hvor mange målinger pr. gang patienterne blev bedt om at foretage. Antal dage svinger fra 3 til 7, antal gange pr. dag fra 2 til 3, og antal pr. gang fra 1-3; disse anvisninger findes desuden i forskellige kombinationer, fx skulle nogle patienter måle én gang morgen og én gang aften i 7 dage, mens andre skulle måle 3 x morgen og 3 x aften i 3 dage. Én af patienterne var blevet instrueret til at foretage 3 målinger pr. dag i 4 dage. Og set over hele materialet er der en variation på 12 – 42 målinger.

Der sås også variationer i instruktionerne hos den samme læge – eller i hvert fald forskellige opfat-  
telser hos patienterne af den givne instruktion. Fire patienterne med samme læge fortalte således at du skulle måle dette antal gange:

- a) 5 dage, 3 gange om dagen, 1 måling pr. gang (5 x 3 x 1)
- b) 3 x 3 x 3
- c) 7 x 3 x 1-2
- d) 7 x 3 x 1-2

Ét er lægens anvisninger, noget andet er, hvad patienten har gjort. Af interviewene fremgår det, at de fleste patienter efter eget udsagn har fulgt lægens anvisninger. Men nogle af patienterne har dog gennemført flere målinger, end de er blevet bedt om. Det er typisk sket i forbindelse med usikkerhed eller efter overraskende høje tal eller store udsving mellem målingerne. Fx beretter en af de interviewede, som var instrueret om at måle 1 gang morgen og 1 gang aften i 5 dage:

*”Nej, altså, jeg prøver gerne 2-3 gange for at det bliver mindre og mindre, så jeg prøver en 3-4 gange. (...) Og så tager jeg de to mindste tal i snit dér.”*

En anden patient fortalte, at han tog 5 målinger i rap og skrev det højeste og laveste tal i skemaet.

En tredje patient, som skulle gennemføre 2 målinger pr. gang, fortæller, at han kun skrev det sidste tal ned, *”Fordi som regel var det første lidt højere end det andet, så derfor skrev jeg det sidste”*.

Vi spurgte i nogle af interviewene, om det kunne være fristende at ”pynte” lidt på resultaterne. Som svar fik vi den besked, at det jo ville være at snyde sig selv, så det var ikke aktuelt. Men som det allerede er fremgået af ovenstående citater, så går nogle patienter målrettet efter at producere et lavere tal. Også en 60-årig mand arbejder sig frem til et lavere tal: *”Man går og eksperimenterer lidt. Jeg kunne se en dag, at det var alt for højt. Så ventede jeg en ½ times tid, og så var det lavere”*.

Alle patienter bortset fra én noterede deres måleresultater enten på et skema, som de havde fået udleveret sammen med apparatet (ca. halvdelen) eller bare på et stykke papir efter lægens anvisning. Den ene skrev ikke ned, men brugte apparatets hukommelsesfunktion.

Der var ikke i alle tilfælde noget krav til patienterne om at notere pulsen ned, og det fremgik jo også af interviewene med lægerne, at ikke alle læger interesserer sig for pulsen, når de vurderer blodtryksmålingerne. En af patienterne fortalte, at han ved en tidligere hjemmeblodtryksmåling var blevet bedt om at skrive pulsen ned, men ikke var blevet det denne gang, selv om det var den samme læge.

## Særlige forholdsregler

Man fornemmer fra patienternes beretninger variationer i lægernes grundighed med instruktionen – og det er variationer, der ikke kan tilskrives, at nogle af patienterne havde erfaringer fra tidligere hjemmeblodtryksmålinger.

Mange af de interviewede patienter fortalte, at lægen havde sagt, at de skulle være i hvile inden målingen. Men der er forskellige varianter af dette:

- *”Uden at vi har diskuteret det, så starter jeg jo ikke med at måle blodtryk når jeg kommer styrten-de ind ad døren. Jeg venter lige til at ... ja, det jeg kalder normalt tilstand. Det er der jeg skal måle det”.*

- En patient fortalte, at han var blevet instrueret om at være i hvile i 10 minutter inden målingen, selv om den medfølgende skriftlige vejledning sagde 3-4 minutter.

- En anden patient fortalte: *”... og hun sagde nemlig om dér ved middagstid, dér måtte jeg godt være lidt urolig, inden jeg tog det, og så tage det roligt de andre to gange”.*

Af andre forholdsregler, som nogle få af patienterne berettede om, kan nævnes følgende:

*”Gud ved om jeg ikke lige fik den besked, at jo... altså, man skal så vidt muligt have... det skal sidde på overarmen, fordi det skal være samme højde som hjertet. Det er sådan set det eneste”.*

Én af patienterne fortæller, at han først dag 2 opdagede i den skriftlige vejledning, at man skal måle før måltidet, hvilket han ikke havde gjort dagen inden.

Og den ældre dame på 75 sagde, at hun var blevet dårligt instrueret af sygeplejersken oppe hos lægen, og derfor måtte holde sig til den skriftlige vejledning: *”Jeg skulle jo passe på i starten og studere det lidt. Hvad man ikke måtte, ikke drikke, og ikke måtte tale under målingen, ud at tisse før målingen, og sidde stille i 5 minutter.”*

## Aflevering

Langt de fleste af de interviewede patienter havde aftale om en egentlig konsultation, når de kom tilbage med apparatet og måleresultaterne. I disse konsultationer gennemgik lægen så tallene og tog stilling til, hvad der videre skulle ske (fx afvente, sætte i medicinsk behandling, ændre medicinering). Af patienternes beretninger fremgår det, at lægerne havde forskellige måder at gribe sagen an på. Nogle læger lavede gennemsnitsberegninger på tallene, mens andre havde en mere overordnet tilgang, hvor de blot foretog en kort inspektion af tallene. Én patient fortalte, at lægen kiggede på tallene for at finde ud af, hvor mange der var rimelige, og hvor mange man ikke kan acceptere; hvis mere end halvdelen lå over det acceptable niveau, så snakker han om, hvad man så skal gøre.

En del af patienterne skulle blot aflevere apparat og måleresultater i skranken, hvorefter de kunne ringe nogle dage senere og høre lægens vurdering – eller lægen ville ringe tilbage til patienten, eventuelt kun hvis der var grundlag for at foretage sig yderligere.

## Tilfredshed

Det var en gennemgående og overordnet tilkendegivelse fra de interviewede patienter, at de var glade for selv at kunne måle blodtrykket derhjemme (selv om et par havde deres forbehold). Patienterne talte om at have ”en god fornemmelse” med det, og om at det er ”en udmærket idé” eller ”en

kanonglimrende idé”. *”Det var simpelthen perfekt”*, sagde én. Vi mødte hyppigt disse typer begrundelser i interviewene: det er godt at kunne følge lidt med i hvordan det foregår; man kan som patient bidrage til mere rigtige målinger; man slipper for at rende frem og tilbage til lægen; synes ikke at hjemmeblodtryksmåling er det samme som at tage ansvaret for at stille sin egen diagnose; det er en fin service; man kan måske spare medicin.

Tilfredsheden ved selv at gennemføre blodtryksmåling ses også afspejlet i, at flere af de interviewede patienter anførte, at de overvejede at skaffe sig deres eget måleapparat – og én havde allerede et. En anden var dog af sin egen læge blevet frarådet anskaffelse, fordi det ville medføre en for kraftig, måske urovækkende og sygeliggørende fokusering på blodtrykket.

Desuden var det ganske udbredt blandt respondenterne, at de havde eksperimenteret med apparatet for at opnå fortrolighed og derigennem skaffe så pålidelige resultater som muligt.

Næsten alle gav udtryk for, at det havde været let at forstå instruktionen og teknisk set nemt at gennemføre målingerne, selv om nogle dog syntes, at det var tidskrævende, og at det kunne være svært at passe ind i en almindelig travl hverdag. Stort set alle ville gøre det igen.

### **Nervøsitet og utryghed**

Kun et par af de interviewede patienter udtrykte usikkerhed om deres holdning til selv at skulle forestå blodtryksmålingen. Fx siger en 57-årig mand, som en gang om året hjemmemåler sit blodtryk for at kontrollere virkningen af blodtryksbehandling, at han er nervøs:

*”Jeg synes det er ubehageligt at... at... hvad hedder det... at skal tage sit blodtryk så hurtigt... eller så kontinuerligt på den måde dér, fordi man bliver sgu dårligt tilpas af at skal rende og tage det, ikke. For hvis tallene så er for høje eller svinger lidt, eller sådan noget, så tænker man: Hva' fanden er der i vejen med dig, ikke. Øh... Så det bryder jeg mig ikke så meget om, men det er jo en nødvendighed, for ellers havde jeg ikke noget at gå ud fra.”*

Den 75-årige kvinde fortæller om sine målinger, at de var meget varierende, fx gav tre målinger om morgenen den dag, hvor hun senere blev interviewet, følgende resultater: 156/93, 141/84 og 146/97. *”Jeg forstår ikke det der”*, siger hun. *”For at være helt ærlig: Jeg vil ikke lade mig dirigere af sådan et apparat der står der. Jeg er ikke så meget for det”*. Og hun forklarer, at man har for meget tid til at gå og tænke over det: hvad kan der nu være i vejen? Hun siger direkte, at hun er blevet mere skræmt og er utryk ved at måle selv derhjemme. Og hun efterlyser mere information fra lægen/sygeplejersken om, hvad der ville være normalt.

På spørgsmålet, om hun ville gennemføre hjemmeBTmåling igen, siger hun: *”Det kommer an på. Ikke på den her måde med 2 gange om dagen. (...) Er man ikke hypokonder, så bliver man det da”*. At de svingende tal kan vække bekymring vidner også andres beretninger om. Bl.a. følgende:

En mandlig patient ringer evaluator op en tirsdag formiddag. (Han har navn og telefonnummer fra det følgebrev, som lægen har givet ham). Han fortæller, at han er begyndt på sin første hjemmeBT-måling. Er meget bekymret, fordi de målinger, han har foretaget lige efter hinanden, er meget forskellige, idet de svinger fra 200/120 til 140/95, (vistnok) ved puls på 85. Han spørger, hvad han skal gøre? Og siger, at hvis det er apparatet, der måler så forskelligt, hvad skal man så bruge hjemmeBTmålinger til. Han har selv forsøgt at lave problemløsning ved at måle uden skjorte (tænkte, at skjorten måske kunne sidde for stramt). Men oplevede altså stadig meget svingende målinger.

Der har også været andre, mindre klagepunkter fra patienterne: Én snakkede om, at hun fik blå mærker på overarmen; en anden syntes, at det er uhygiejnisk at skulle bruge den samme manchete, som andre – måske syge – har brugt før ham.

## KAPITEL 6

### Sammenfatning og diskussion

Med Landsoverenskomsten mellem P.L.O. og Sygesikringens Forhandlingsudvalg kan alment praktiserende læger fra 1. april 2003 få et særhonorar, hver gang de udlåner og instruerer en patient i at bruge et apparat til hjemmeblodtryksmåling (tillægsydelse 2146).

Overenskomstens forhandlingsparter har været interesseret i at få belyst virkningen af indførelsen af denne tillægsydelse og har derfor fået udarbejdet denne evaluering. På de foregående sider er evalueringen og dens resultater gennemgået. I dette kapitel opsummeres og diskuteres hovedresultaterne samt deres mulige implikationer.

#### *Udbredelsen af tillægsydelsen*

I ordningens første måned registrerede 45% af ydernumrene i almen praksis brug af hjemmeblodtryksmåling. Ni måneder senere – i december 2003 – havde 84% af ydernumrene én eller flere gange brugt tillægsydelse 2146 siden begyndelsen af april. Dette betyder samtidig, at 16% af praksis ikke afregnede brug af tillægsydelsen i hele 2003. Dette er dog ikke nødvendigvis ensbetydende med, at disse 16% – godt 350 praksis – ikke udlåner apparatur og instruerer patienter i hjemmeblodtryksmåling. Enkelte læger kan af den ene eller anden grund undlade at registrere det som en ydelse. I Københavns og Frederiksberg kommuner og Københavns Amt har almen praksis lokale muligheder for at *henvise* patienter til hjemmeblodtryksmåling eller døgnmåling, og det er da også her, der er flest ikke-brugere af tillægsydelsen. I det øvrige land havde hver 10. praksis (ydernr.) ikke registreret brug af tillægsydelsen i 2003.

Udbredelsen af tillægsydelsen kan også aflæses i, hvor mange praksis ydernumre, der har brugt den inden for hver kalendermåned i 2003. I april registrerede 45% af samtlige praksis brug af ydelsen, og denne andel var steget til 68% i december – med en lavere tilslutning i sommermånederne. Antallet af hjemmeBT-ydelser pr. måned steg fra knap 3600 i april til godt 8700 i december. I januar 2004 var der et fald i antallet til 6641. Det gennemsnitlige antal hjemmeblodtryksmålinger i de praksis, som brugte ydelsen, steg fra 3,5 i april til 4,6 i december (med et mellemliggende fald i sommermånederne).

Den iagttagede tendens til stigning ses i alle amter, om end der også ses markante variationer i niveauer og udviklingsmønstre. Disse forskelle kan næppe forklares med variationer i blodtryksstatus hos patienterne. Lokale traditioner og lokale forskelle i implementering/"markedsføring" af tillægsydelsen kan være forklarende faktorer. Ligeledes kan lægernes holdninger til tillægsydelser og til hjemmeblodtryksmålinger variere regionalt og over tid, og dette kan påvirke udbredelsen og anvendelseshyppigheden.

Det kan være på sin plads at minde om, at disse statistiske opgørelser ikke siger noget om relevans og kvalitet i hver enkelt ydelse eller om hensigtsmæssigheden i den iagttagede stigning i hjemmeblodtryksmålinger. Derfor er der heller ikke megen grund til at bruge fordoblingen i brugen af ydelsen som et udtryk for succes – eller at bruge ændringer som kvalitetsindikator.

Sygesikringens udgifter til tillægsydelsen har i gennemsnit været ca. 800.000 kr. pr. måned i 2003.

## **Store variationer i brug af ydelsen**

I forbindelse med offentliggørelsen af den nye landsoverenskomst og indførelsen af tillægsydelse 2146 formidlede Den offentlige Sygesikring og DSAM korte retningslinier for brug af denne ydelse, og der blev heri henvist til en mere omfattende klaringsrapport fra Dansk Hypertensionsselskab om hjemmeblodtryksmåling. I disse vejledninger stilles krav til apparatur og anvises fremgangsmåder i forbindelse med instruktion af patienten i brug af apparatet, vurdering af måleresultater mm.

Men af de 21 interviews med læger og de 25 telefoninterviews med patienter fremgår det, at langt fra alle læger i langt fra alle tilfælde holder sig til de opstillede krav og anbefalinger. Mange af lægerne kendte da heller ikke til nogen vejledninger eller indholdet i dem; og nogle af dem, der gjorde, valgte ikke at følge dem. Man kan se dette i lyset af, at vejledningerne ikke er blevet implementeret på nogen aktiv måde, men eksempelvis blot er sendt til målgruppen som et indstik i Ugeskrift for læger i 1999 (Klaringsrapporten) eller som notits i og som bilag til P.L.O'orientering. Desuden refererer nogle af vejledningerne til Klaringsrapporten eller anbefaler på enkeltpunkter blot "de sædvanlige retningslinier".

Det manglende kendskab til vejledningerne mente lægerne at kunne kompensere for ved at holde sig til de fremgangsmåder, som de kendte i forvejen og havde praktiseret i flere år. Denne forladne sig på egne gamle rutiner medfører imidlertid store variationer i den konkrete brug af ydelsen hjemmeblodtryksmåling. Fx kan nævnes:

- Nogle læger udlever (nogle gange) apparatet efter ét forhøjet konsultationsblodtryk, mens andre typisk gør det efter 2-3 forhøjede konsultationsBT
- Store forskelle i det antal dage og gange, patienterne skal måle:
  - antal dage: 2-14
  - gange pr. dag: 3-9
  - antal pr. gang: 1-3
- Forskellige, mangelfulde eller manglende instruktioner af patienterne ang. hvile før måling, måltider, rygning mv.
- Ikke alle læger bruger godkendt apparatur
- Vurdering af måleresultaterne:
  - ikke alle ser bort fra 1. dags målinger
  - nogle ser bort fra meget afvigende talværdier
  - nogle regner minutiøst gennemsnit ud, andre kigger blot ned over tallene
  - nogle (få) lægger 8/5 mmHg til patientens målinger
  - ikke alle læger sætter måleresultatet ind i en større helhed (patientens risikofaktorer mv.)
- Ikke alle patienter får skriftlig instruktion med hjem
- Ikke alle patienter får lov til at prøve apparatet under instruktionen
- Ikke alle læger gennemfører simultanmålinger
- Ikke alle læger anviser, hvilken arm, patienten skal måle på
- Nogle patienter synes, at instruktionen er utilstrækkelig – at informationsniveauet er for lavt.

Man kan sige, at lægerne honoreres for én tillægsydelse, men i realiteten har den mange forskellige udformninger derude i praksis. Hvis man betragter ensartethed og en praksis tættest muligt på anvisningerne i Klaringsrapporten (som reference-vejledning) som god kvalitet, så er der kvalitetsproblemer i håndteringen af tillægsydelsen.

Lægerne var gennemgående tilfredse med, at hjemmeblodtryksmåling var blevet en tillægsydelse, men tilfredshed synes altså ikke at være en garanti for den nævnte type kvalitet.

På trods af de beskrevne variationer var der overordnet set en udbredt tilfredshed hos de interviewede patienter med at kunne låne et blodtryksapparat og selv gennemføre målingerne. De forbehold, der nævntes i patientinterviewene, og de få patienter som var lidt utrygge og nervøse, nuancerer dog den udbredte tilfredshed.

### **Hvad gør tillægsydelsen ved praksis?**

Det er svært at se det anderledes, end at tillægsydelsen – det forhold at lægerne får ekstrahonorar for at udlåne apparat og instruere patienten – er en medvirkende årsag til den iagttagede stigning i antal hjemmeblodtryksmålinger i almen praksis.

Når en ydelse bliver ophøjet til en tillægsydelse, kommer der ekstra fokus på den. Mange opfatter det sådan, at ydelsen bliver blåstemplet som videnskabeligt velbegrunderet og klinisk relevant, og lægerne bliver mere opmærksomme på den. De fleste af de interviewede læger havde da også anskaffet sig et ekstra blodtryksapparat pga. den nye tillægsydelse, og en enkelt havde anskaffet sig sit første apparat.

Ved siden af den faglige begrundelse for at ordinere hjemmeblodtryksmåling er der det økonomiske aspekt. Lægerne lægger gennemgående ikke skjul på, at det økonomiske incitament kan påvirke deres (eller deres kollegaers) adfærd. Der bliver simpelthen gennemført flere hjemmeBT, fordi der er økonomi i det. Denne stigning i forbruget fordeler sig på relevante målinger (med klare indikationer), men tilsyneladende også på målinger med mere tvivlsom indikation – honoraret kan medføre et overforbrug af ydelsen, nævner et par af respondenterne. Vi kan ikke dokumentere rigtigheden i dette eller dokumentere fordelingen på relevante og irrelevante 2146-ydelser.

Men ud fra interviewene i øvrigt får man det indtryk, at den faglige begrundelse for at ordinere hjemmeblodtryksmåling vægter langt tungere end den økonomiske; og et bortfald af tillægsydelsen ville ikke for alle – om nogen – være ensbetydende med, at de helt ville undlade at bruge ydelsen. Denne antagelse støttes af, at en del af de interviewede i flere år har brugt hjemmeblodtryksmålinger i deres praksis, uden at de har modtaget ekstrahonorar for det.

### **Kan resultaterne overføres?**

Resultaterne i denne evaluering bygger foruden på statistik på personlige interviews med 21 læger og 25 patienter. Et nærliggende spørgsmål vil være, om det er muligt at drage konklusioner på grundlag af 46 personers udsagn.

Vi betragter imidlertid resultaterne som gyldige også uden for denne undersøgelsespopulation. Man bør hæfte sig ved følgende:

- de deltagende patienter var ”ganske almindelige” patienter, som havde ”ganske almindelige” læger og derudover erfaringer med en eller flere omgange hjemmeblodtryksmåling. (Desværre var der ikke nogen blandt de interviewede, som nægtede at måle sit blodtryk selv)
- de deltagende læger var udvalgt mhp. at få forskellige erfaringsgrundlag repræsenteret fra solopraksis, kompagniskabspraksis, fra by og land, fra hovedstad og provins, fra begge køn og alle aldre. (Desværre var der kun én læge, som ikke brugte tillægsydelsen)
- informationerne fra de to respondentgrupper spejlede hinanden (bidrog ensartet til konklusionerne)

- relativt tidligt i interviewrækken opnåedes i begge grupper datamæthed (dvs. at der ikke optrådte nye typer informationer, nye holdninger, nye erfaringer i de følgende interviews)
- interviewene afslørede store variationer i lægernes håndtering af ydelsen, og det er utænkeligt, at disse 21 læger skulle være så specielle på dette område, at man ikke også finder lignende variationer også uden for interviewpopulationen – ”derude” i almen praksis.

Den endelige afgørelse om gyldighedens rækkevidde – om rimeligheden i at ”ekstrapolere” resultaterne til andre læger – træffes, når man står over for at skulle lære af resultaterne og omsætte dem til vurdering af – eller handling i – en anden, nærmere specificeret kontekst.

### **Konklusioner og anbefalinger**

Formålet med denne evaluering var fra starten, at den skulle beskrive brugen af hjemmeblodtryksmåling og tillægssydelsen med henblik på at skaffe grundlag for en stillingtagen til

- 1) om implementeringsaktiviteterne skal opgraderes for at fremme brugen af ydelsen
- 2) om den konkrete brug af ydelsen skal kvalitetsudvikles
- 3) om tillægssydelsen skal justeres, forlænges uændret, eller afskaffes.

Det tilkommer ikke evaluatoren at tage stilling til tillægssydelsens fremtid (punkt 3). Men evalueringen giver os anledning til nogle kommentarer om implementering og kvalitet.

Godt 350 ydernumre (16% af alle) benyttede *ikke* tillægssydelsen. Ønskes en større dækning, kan disse praksis eventuelt først identificeres og deres håndtering af blodtryk beskrives, og først derefter målrettes implementeringsaktiviteter til netop dem. Implementeringsaktiviteter kan være at informere om ydelsen, eller at fjerne/minimere barrierer for hensigtsmæssig brug af den.

Det er imidlertid spørgsmålet, hvor meget man kan forvente sig af en sådan indsats. Man kan tænke sig, at disse 350 praksis har gode grunde til ikke at bruge hjemmeBT (måske anvender de døgnblodtryksmåling i stedet, måske henviser dem fra København patienterne til KPLL).

Det bør overvejes, om sparsomme ressourcer til implementeringsaktiviteter ud fra en cost-effectiveness betragtning ikke snarere bør allokeres til aktiviteter over for dem, der allerede bruger tillægssydelsen, for der synes at være forbedringsmuligheder hér.

Det er et af evalueringens hovedfund, at der er store variationer i håndteringen af ydelsen, og at dette er en afspejling af manglende kendskab til vejledninger på området – eller en manglende lyst til at følge dem. Derudover er der observeret uoverensstemmelse mellem en del vejledninger indbyrdes, og referencevejledningen (Klaringsrapporten fra Dansk Hypertensionsselskab) er udsendt til almen praksis så langt tilbage som i 1999. Den kan næppe forventes at være present eller tilgængelig hos ret mange læger. Desuden skal man tænke på, at hjemmeblodtryksmåling for ganske mange læger er en rutinesag, hvor man blot viderefører gammel praksis og ikke efterspørger eller ligefrem søger ny viden.

Såfremt de beskrevne variationer og fremgangsmåder betragtes som uhensigtsmæssige og tegn på dårlig kvalitet, så må det anbefales, at lægerne som mindstemål bliver gjort bekendt med god klinisk praksis på dette område. Til det formål kan der som udgangspunkt være behov for at udarbejde retningslinier/en vejledning med tydelige anvisninger på ønskelige procedurer på alle trin (fra indikationer over instruktion til analyse). Det næste skridt kunne være at sikre, at lægerne bliver bekendt med indholdet af vejledningen. Det konkrete forløb i denne del af implementeringen hører til i detailplanlægningen og skal ikke nærmere skitseres her.



Man kan opstille flere slags målsætninger for tillægsydelsens fremtid, fx disse:

- almen praksis skal gennemføre flere hjemmeblodtryksmålinger
- almen praksis skal gennemføre flere *relevante* hjemmeblodtryksmålinger
- almen praksis skal højne kvaliteten af hjemmeblodtryksmålingerne (uafhængigt af om antallet stiger, falder eller stagnerer).

Disse målsætninger kan forfølges sideløbende. Men det er nok en overvejelse værd, om man primært vil satse på kvantitet eller på kvalitet.

## **Bilagstabeller**

## Tabeloversigt

Figur 1	Tabel 1
Figur 2	Tabel 2
Figur 3	Tabel 3
Figur 4	Tabel 2
Figur 5	Tabel 2
Figur 6	Tabel 2
Figur 7	Tabel 4
Figur 8	Tabel 5
Figur 9	Tabel 1 & 5
Figur 10	Tabel 6

### Tabel 1

**Antal 2146 april 2003 - januar 2004**

	apr	maj	juni	juli	aug	sep	okt	nov	dec	jan
Københavns Kommune	166	229	168	157	157	208	331	290	324	253
Frederiksberg Kommune	57	78	61	44	56	72	103	102	108	63
Københavns Amt	267	432	486	463	430	523	727	742	820	612
Frederiksborg Amt	358	510	490	425	386	520	708	603	748	510
Roskilde Amt	160	242	221	220	178	250	335	348	386	274
Vestsjællands Amt	271	404	386	303	294	385	484	547	624	407
Storstrøms Amt	100	174	267	298	290	303	378	369	348	288
Bornholms Regionskomm.	21	28	42	40	29	49	68	67	70	57
Fyns Amt	465	761	668	539	563	718	952	939	995	834
Sønderjyllands Amt	279	333	275	242	221	283	382	389	415	341
Ribe Amt	57	80	92	77	97	171	301	241	328	280
Vejle Amt	238	428	558	343	288	411	531	524	633	473
Ringkøbing Amt	277	378	394	285	292	412	564	528	589	457
Århus Amt	305	650	577	568	594	801	1091	941	1082	831
Viborg Amt	224	317	247	267	265	331	484	438	472	372
Nordjyllands Amt	339	533	524	440	458	562	735	686	778	589
Hele landet	3584	5577	5456	4711	4598	5999	8174	7754	8720	6641

**Tabel 2****Antal 2146 pr. 1000 indbyggere april 2003-januar 2004**

	apr	maj	juni	juli	aug	sep	okt	nov	dec	jan
Københavns Kommune	0,3	0,5	0,3	0,3	0,3	0,4	0,7	0,6	0,6	0,5
Frederiksberg Kommune	0,6	1,2	0,7	0,5	0,6	0,8	1,1	1,1	1,2	0,7
Københavns Amt	0,4	1,3	0,8	0,7	0,7	0,8	1,2	1,2	1,3	1,0
Frederiksborg Amt	1,0	2,0	1,3	1,1	1,0	1,4	1,9	1,6	2,0	1,4
Roskilde Amt	0,7	1,6	0,9	0,9	0,8	1,1	1,4	1,5	1,6	1,2
Vestsjællands Amt	0,9	2,1	1,3	1,0	1,0	1,3	1,6	1,8	2,1	1,4
Storstrøms Amt	0,4	1,3	1,0	1,1	1,1	1,2	1,4	1,4	1,3	1,1
Bornholms Regionskomm.	0,5	1,6	1,0	0,9	0,7	1,1	1,5	1,5	1,6	1,3
Fyns Amt	1,0	2,1	1,4	1,1	1,2	1,5	2,0	2,0	2,1	1,8
Sønderjyllands Amt	1,1	1,6	1,1	1,0	0,9	1,1	1,5	1,5	1,6	1,3
Ribe Amt	0,3	1,5	0,4	0,3	0,4	0,8	1,3	1,1	1,5	1,3
Vejle Amt	0,7	1,8	1,6	1,0	0,8	1,2	1,5	1,5	1,8	1,3
Ringkøbing Amt	1,0	2,1	1,4	1,0	1,1	1,5	2,1	1,9	2,1	1,7
Århus Amt	0,5	1,7	0,9	0,9	0,9	1,2	1,7	1,4	1,7	1,3
Viborg Amt	1,0	2,0	1,1	1,1	1,1	1,4	2,1	1,9	2,0	1,6
Nordjyllands Amt	0,7	1,6	1,1	0,9	0,9	1,1	1,5	1,4	1,6	1,2
Hele landet	0,7	1,6	1,0	0,9	0,9	1,1	1,5	1,4	1,6	1,2

**Tabel 3****Antal 2146 april 2003 - januar 2004. Indeksret april = 100.**

	apr	maj	juni	juli	aug	sep	okt	nov	dec	jan
Københavns Kommune	100	138	101	95	95	125	199	175	195	152
Frederiksberg Kommune	100	137	107	77	98	126	181	179	189	111
Københavns Amt	100	162	182	173	161	196	272	278	307	229
Frederiksborg Amt	100	142	137	119	108	145	198	168	209	142
Roskilde Amt	100	151	138	138	111	156	209	218	241	171
Vestsjællands Amt	100	149	142	112	108	142	179	202	230	150
Storstrøms Amt	100	174	267	298	290	303	378	369	348	288
Bornholms Regionskom.	100	133	200	190	138	233	324	319	333	271
Fyns Amt	100	164	144	116	121	154	205	202	214	179
Sønderjyllands Amt	100	119	99	87	79	101	137	139	149	122
Ribe Amt	100	140	161	135	170	300	528	423	575	491
Vejle Amt	100	180	234	144	121	173	223	220	266	199
Ringkøbing Amt	100	136	142	103	105	149	204	191	213	165
Århus Amt	100	213	189	186	195	263	358	309	355	272
Viborg Amt	100	142	110	119	118	148	216	196	211	166
Nordjyllands Amt	100	157	155	130	135	166	217	202	229	174
Hele landet	100	156	152	131	128	167	228	216	243	185

**Tabel 4**

**Antal ydernumre i alt og ydernumre, som har registreret 2146. April – december 2003.**

	apr	Maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec
2146	1012	1235	1238	1179	1169	1344	1470	1466	1505
Ydernumre i funktion	2221	2224	2216	2217	2214	2214	2219	2218	2216

**Tabel 5**

**Andel af ydernumre, som har brugt 2146 mindst én gang i aktuelle måned eller foregående måneder.**

**Akkumuleret april - december 2003.**

	Apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec
Antal ydernr./ mdr.	1012	1379	1545	1643	1702	1771	1831	1866	1892
Procent af samtlige ydernumre	44,9	61,2	68,6	72,9	75,5	78,6	81,3	82,8	84,0

Ydernumre i alt 2253

**Tabel 6**

**Kumuleret tilvækst i april-december 2003 i antal ydernumre, som har brugt 2146.** Kolonnerne apr-dec angiver, hvor mange ydernumre der har benyttet 2146 i pågældende eller tidligere måneder.

	apr	maj	juni	juli	aug	sep	okt	nov	dec	aldrig brugt
Københavns Kommune	71	103	114	132	143	151	161	171	175	120
Frederiksberg Kommune	18	25	27	28	29	29	31	32	34	16
Københavns Amt	112	167	207	225	234	240	250	256	261	70
Frederiksborg Amt	77	98	107	111	114	119	122	123	124	9
Roskilde Amt	52	65	76	80	81	83	84	85	85	13
Vestsjællands Amt	67	79	86	87	89	90	92	92	93	10
Storstrøms Amt	32	53	64	71	73	82	85	87	88	12
Bornholms Regionskommune.	10	12	13	13	14	15	16	16	16	1
Fyns Amt	108	137	143	149	153	158	162	162	167	17
Sønderjyllands Amt	57	69	75	78	79	81	83	84	84	7
Ribe Amt	29	41	47	52	60	69	72	73	75	14
Vejle Amt	66	94	104	108	110	111	113	114	114	8
Ringkøbing Amt	54	66	69	71	72	74	76	76	77	10
Århus Amt	120	189	214	227	231	247	257	260	261	13
Viborg Amt	51	67	74	77	78	78	79	80	81	8
Nordjyllands Amt	88	114	125	134	142	144	150	155	157	33