

FÆLLES ANSØGNINGSSKEMA TIL KVALITETS- OG UDVIKLINGSMIDLERNE UNDER KEU

--

REGION: Midtjylland	DATO:11-01-2015	LØBENR.:
---------------------	-----------------	----------

STAMOPLYSNINGER
ANSØGERS NAVN: Lone Terkelsen, MAIL: lone_terkelsen@yahoo.de, TLF: 42404239
PROJEKTANSVARLIG: Læge Lone Terkelsen, Professor Anelli Sandbæk Ph.d., Professor Bo Christensen Ph.d., Philipp Harbig Ph.d.
ØVRIGE DELTAGERE (samarbejdspartnere eller tilknytning til forskningsinst. el.lign): Institut for Folkesundhed Aarhus Universitet, Lægerne Vennelystparken, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

PROJEKTBEKRIVELSE
PROJEKTETS TITEL: Patient inddragelse i forebyggelseskonsultation vha. ARRIBA-hjerte
PROJEKTETS (ANSØGNINGENS) EMNE: Fælles beslutningstagning, sygdomsforebyggelse, kvalitetsudvikling i dansk almen praksis.
OPDATERING VEDR. TIDLIGERE AFHOLDT PROJEKT (sæt x):
NYOPRETTET PROJEKT (sæt x): x
FORMÅL: Det overordnede formål er at forbedre forebyggelseskonsultationen i almen praksis. Formålet med dette pilot projekt er at afprøve ARRIBA-hjerte i dansk almen praksis.
PROJEKTBEKRIVELSE (kort resumé): Inddragelse af patienter i deres egen behandling er vigtig ud fra et etisk, klinisk og folkesundhedsmæssigt perspektiv. Patienten er i de seneste år blevet en mere selvstændig aktør i egen sygdomsforebyggelse og bør inddrages i beslutningsprocessen vedrørende sin behandling. Fælles beslutningstagning beskriver interaktionen hhv. kommunikationen imellem læge og patient, der har til målsætning, at komme til overensstemmelse om behandlingen. Et beslutningshjælpemiddel har til formål at hjælpe patient og læge med at nå frem til en fælles beslutning. ARRIBA-hjerte er et valideret og velundersøgt beslutningshjælpemiddel til brug ved forebyggelseskonsultationer af hjerte-kar-sygdom. ARRIBA-hjerte er et software program, som beregner patientens individuelle risiko for udvikling af hjerte-karsygdom. Programmet beregner den reducerede risiko for at udvikle hjerte-karsygdom ud fra adfærdstiltag og medicinske behandlinger. Den relative-risiko-reduktion vises visuelt på et smiley-diagram/søjlediagram. ARRIBA-hjerte muliggør for læge og patient at lægge en fælles forebyggelses strategi for patienten. På nuværende tidspunkt findes der ikke noget beslutningshjælpemiddel til forebyggelse af hjerte-kar-sygdom i dansk almen praksis. I dette pilot-projekt skal ARRIBA-hjerte oversættes til dansk og softwaren gøres anvendeligt til og afprøves i almen praksis (Lægerne Vennelystparken, Århus). Dernæst skal tilfredsheden blandt patienter og behandlere undersøges vha. spørgeskema efter forebyggelseskonsultationen og 6 måneder senere.

EVALUERING (metode og tidsramme samt plan for implementering og formidling): Projektet skal starte marts 2015, hvor programmet skal oversættes til dansk og omprogrammeres. Bagefter oplæres de ansatte praktiserende læger i Lægerne Vennelystparken i brug af ARRIBA-hjerte. Herefter er det planen, at lægerne gennemfører mindst 20 forebyggelseskonsultationer over ca 6-8 måneder. Læger og patienter udfylder et spørgeskema i forlængelse af konsultationen og 6 mdr senere for at undersøge tilfredsheden med "shared decision making" vha. ARRIBA-hjerte.
START- OG SLUTTIDSPUNKT (evt. forventet): forår 2015-forår 2016

BUDGET
ANSØGT BELØB ¹ : kr. 117.770
BEVILLING (indeværende år og evt. efterfølgende år): kr. 0
ANSØGT MIDLER SPONSERET FRA ANDRE SIDER: kr. 0
BUDGET FORDELT PÅ ÅR: 1 år
TOTALBUDGET: kr. 117.770

AFSLUTTENDE RAPPORT/ARTIKEL SENDES TIL DET REGIONALE SEKRETARIAT: x
SUPPLERENDE OPLYSNINGER: vedhæftet uddybende projektbeskrivelse, budget og tilsagn.
BILAGSFORTEGNELSE: x

¹ Et udspecificeret budget vedlægges, hvor det er markeret præcist hvilke midler der ansøges om hos KEU.

Projektbeskrivelse

Patient inddragelse i forebyggelseskonsultation vha. ARRIBA-hjerte

Baggrund

"Patient engagement is increasingly recognized as a core driver toward a high performance health system"(1). Patientens forventninger om hvordan den almen praktiserende lægers (APL) rolle i sundhedsvæsenet er, har forandret sig i det seneste årti. Før var det lægen, der stort set alene har haft baggrundsviden om patientens helbred og patienten har været vandt til at stole på APL anbefalinger. I dag er viden om sygdom og forebyggelse let tilgængelig på internettet og der er sket et skift i nutidens APL konsultation fra en paternalistisk rådgivning til en lægelig serviceydelse i sundhedsvæsenet. Patienten forventer i dag at deres APL informerer dem omfattende og evidens-baseret om, hvordan patienten kan forebygge sygdom. Dermed bliver patienten mere og mere selvstændig aktør i sygdomsforebyggelse (2) og inddraget i beslutningsprocessen om hvordan han/hun kan fremme sundhed. Der er enighed om at inddragelse af patienter i beslutninger omkring deres egen sundhed er vigtig ud fra et etisk (3;4), klinisk (5;6) og folkesundhedsmæssigt (7) perspektiv. "Forskning dokumenterer, at patientinddragelse har en positiv virkning på behandlingsudfald såvel som på patienttilfredshed. Patientinddragelse anskues derfor som en væsentlig faktor i arbejdet med at højne kvaliteten såvel internationalt som i det danske sundhedsvæsen" (8). Sundhedsstyrelsens rapport om patientinddragelse (8) blev publiceret i 2008 og anbefaler en øget brug af fælles beslutningstagning i klinisk praksis. Desuden er nogle af de centrale fokusområder i Sundhedsplanen for Region Midtjylland fra 2013 fælles beslutningstagning samt ligeværdighed mellem borger og læge ("på patientens præmisser") (9).

'Fælles beslutningstagning' blev første gang introduceret i en publikation i USA (10) i 1982. Charles et al (5) publikation i 1997 bidrog med en klar definition af begrebet som stadigvæk er gældende i dag: fælles beslutningstagning beskriver interaktionen hhv. kommunikationen imellem læge og patient, som har til målsætning, at patient og læge kommer til en ansvarlig overensstemmelse om hvordan patienten behandles medicinsk. Patient og læge deltager aktivt i processen og før der tages en fælles beslutning bliver patienten informeret om alle behandlingsmuligheder, som er evidens-baserede. Internationalt har der udviklet sig tiltagende interesse for fælles beslutningstagning (11).

Beslutningshjælpemidler (BHM) er instrumenter, som bliver anvendt i almen praksis til at træffe en fælles beslutning om hvordan patienten kan forebygge udvikling af en kronisk sygdom. BHM er baseret på tanken om at patienten kan træffe et informeret valg blandt behandlingsmuligheder vha. evidens-baseret information om forskellige forebyggelses optioner og outcomes (2;12). BHM inddrager patienten i beslutningsprocessen. Cochrane review'en (13) fra 2012 angående decision aids (BHM), baseret på 86, kommer frem til resultatet at BHM har præsteret bedre end almindelig forebyggelses intervention ved at øge patientens viden og ved at vise signifikant mindre beslutningskonflikt. BHM har signifikant reduceret proportionen af patienter som var passive i beslutningsprocessen, har signifikant reduceret andelen af patienter som var ubeslutsomme efter konsultationen, fører til en større tilfredshed med beslutningen og BHM har vist en positiv effekt på patient-læge kommunikationen.

Hvis man som almen praktiserende læge (APL) i Danmark forsøger at foretage en risikovurdering for at udvikle en hjerte-kar-sygdom uden brug af risikovurderingsredskaber, er chancen for at vurdere forkert

faktisk større end chancen for at gætte rigtigt (14). I klinisk hverdag er det ofte lægen selv, som foreslår hvad patienten skal foretage sig for at forebygge en hjerte-kar-sygdom og den endelige aftalte forebyggelsesmetode resulterer ikke ud af en fælles beslutning (15). Halvdelen af patienterne vil gerne inddrages i beslutningen om forebyggelsesmetoden, men en markant mindre andel af patienterne bliver rent faktisk inddraget (16). I Danmark findes ikke et BHM, der har etableret sig. DSAM's risikoskema (Figur 1), offentliggjort i 1998, er nutidens anbefalede risikoskema til at vurdere patientens risiko for at udvikle hjerte-kar-sygdom i almen praksis. DSAM's risikoskema er baseret på det amerikanske befolkningsstudie Framingham (17;18) men informerer ikke om alle behandlingsmuligheder og tager ikke højde for alle risikofaktorer, og kan dermed ikke anbefales som BHM i en informeret fælles beslutningstagnings konsultation.

ARRIBA-hjerte er et BHM som er valideret og etableret (19) og bruges i almen praksis i Tyskland til at formidle evidens-baseret information om risikoen for at udvikle hjerte-kar-sygdom til patienten. ARRIBA-hjerte viser den relative risiko for at udvikle en hjerte-kar-sygdom på baggrund af det eksternt valide Framingham Scoring system (20), efter kalibreret for Europæiske populationer (21). Rådgivning vha. ARRIBA-hjerte hjælper patienten til at tage en informeret, fælles beslutning sammen med lægen om hvordan han/hun vil forebygge udvikling af hjerte-kar-sygdom (2). ARRIBA-hjerte formidler risikoen visuelt vha. et smiley diagram eller søjlediagram (se Figur 2) (12;22-25). Effekten af forskellige behandlinger eller adfærdsændringer kan direkte vises (Figur 3a og 3b) og deres fordele og ulemper kan diskuteres mellem behandler og patient. Dermed opfylder ARRIBA-hjerte kravet om at BHM skal være interaktivt og at patientens individuelle risiko og effekten af behandlingen kan vises (26). Tyske studier har vist, at patienterne har høj tilfredshed med ARRIBA-hjerte og deltagelse i en forebyggelseskonsultation, der benytter sig af shared decision making (12). Ud over det har ARRIBA-hjerte vist en tendens til at forkorte konsultationstiden. ARRIBA-hjerte opfylder de fleste af 11 kriterier til at bedømme kvaliteten af BHM (19) som 'the International Patient Decision Aid Standards Collaboration' har publiceret (27). I dansk almen praksis hverdag mangler et BHM, som kan anvendes til at træffe en fælles beslutning om hvordan patienten kan forebygge udvikling af en hjerte-kar-sygdom. ARRIBA-hjerte er etableret i Tyskland, har været igennem en lang valideringsproces (Fase I til IV) (19), kan anvendes på et bredt antal patienter (12;22-25), og egner sig til dette formål.

Formål

Målet med dette pilot projekt er at oversætte og afprøve ARRIBA-hjerte i dansk almen praksis og tilpasse det de danske behov/forhold. Herefter har almen praktiserende læger mulighed for gratis at benytte en dansk version af ARRIBA-hjerte.

En anden målsætning er at undersøge patienttilfredshed men også behandlertilfredshed med ARRIBA-hjerte vha. translateret spørgeskema (Patient Participation Scale og Decisional Regret Scale).

Materialer/Metoder

ARRIBA-hjerte er det første af flere BHM moduler. Dette projekt skal udelukkende omhandle ARRIBA-hjerte (forebyggelse af hjerte-kar-sygdom), som har været igennem en lang valideringsproces (Fase I til IV) (19). ARRIBA-hjerte software er et lille Java program, der beregner patientens individuelle risiko for at udvikle hjerte-kar-sygdom. ARRIBA-hjerte formidler risikoen direkte til patienten vha. et smiley-diagram, som illustrerer risikoen på en klar og nemt tilgængelig måde (Figur 2). Ud over den rene software del til at beregne og vise hjerte-kar-risikoen, er ARRIBA-hjerte konceptet baseret på filosofien om fælles

beslutningstagning, som skal hjælpe APL med at strukturere forebyggelseskonsultationen (5;28). ARRIBA-hjerte beregner den relative risiko for at udvikle en hjerte-kar-sygdom på baggrund af patientens bestående risikofaktorer og viser bagefter den absolutte risiko-reduktion alt efter de valgte forebyggelsesmetoder (Figur 3).

ARRIBA-hjerte skal først oversættes til dansk (23 sider i alt, inkl. informations tekstbokse). Derefter skal de danske tekstbokse sendes til en IT-ekspert i Düsseldorf, der omprogrammerer og tilpasser ARRIBA-hjerte softwaren til dansk. Det er den samme programmør, der har arbejdet som konsulent for Professor Donner-Banzhoff og har udviklet software delen af ARRIBA-hjerte. ARRIBA-hjerte er et java program, der kan åbnes i Windows eller Mac Os x, og kan efterfølgende downloades gratis. Tilpasning af ARRIBA-hjerte softwaren vil koste kr. 40.230 og kan herefter installeres i ubegrænset omfang. Der er således tale om et omkostningslavt BHM.

De deltagende praktiserende læger skal inkludere risiko-patienter efter følgende inklusionskriterier: forhøjede kolesterol niveauer, positiv familieanamnese, storrygere (over 10 pakkeår), nydiagnosticerede med hypertoni eller diabetes mellitus. Eksklusionkriterier: manglende dansk-kendskaber. Hvis patienterne opfylder inklusionskriterierne, skal de samtykke til at deltage i ARRIBA-hjerte pilot projektet.

Første trin af samtalen er at estimere patientens individuelle risiko for at udvikle hjerte-kar-sygdom. Patienten adspørges om sine subjektive forestillinger og erfaringer med hvad et slagtilfælde eller AMI er. Herefter supplerer lægen systematisk med evidens-baseret information og skitserer kendte risikofaktorer for hjertekarsygdom for at fremme patientens viden. Bagefter bliver risikoen objektiveret og vha. anamnesen bliver patientens samlede risiko for at udvikle en hjerte-kar-sygdom i de kommende 10 år målt. Risikoen bliver vist visuelt via smiley-diagrammet (Figur 2). I det næste trin bliver patienten informeret om hvad for en effekt en adfærdsforandring (rygestop, kost eller motion) eller en medikamentel terapi har. Effekten kan direkte ses på et smiley-diagram/søjlediagram, der viser den absolutte risikoreduktion og vha. en patient-læge interaktion, kan der i løbet af kort tid gennemspilles forskellige forebyggelsesmodeller (Figur 3a og 3b). ARRIBA-hjerte viser billedligt for patienten, hvor mange andre patienter med samme risiko som patienten selv (de gule smileys) man skulle behandle for at forebygge en apopleksi/AMI (antal orange smileys). Det er det, der svarer til numbers needed to treat. Fordele og ulemper ved adfærdsændring/medicinsk behandling diskuteres. Til sidst bliver der i fællesskab aftalt en realistisk strategi for hvordan patienten vil forebygge hjerte-kar-sygdom og en følgekonsultation 6 måneder senere aftales.

Pilot projektet skal foregå hos Lægerne Vennelystparken, en almen praksis i Aarhus C, med 4800 patienter. Lægerne i Lægerne Vennelystparken skal oplæres i brugen af ARRIBA-hjerte efter samme fælles beslutningstagnings-koncept valideringsstudiet har anvendt (19) og hjerte-kar-forebyggelseskonsultationerne skal gennemføres vha. ARRIBA-hjerte. Minimum 20 patienter skal inkluderes i pilotprojektet og patienterne skal efter konsultationen udfylde et tilfredsheds spørgeskema (Patient Participation Scale) samt efter 6 måneder (Decisional Regret Scale). Spørgeskemaet og softwaren oversættes fra engelsk ved brug af "foreward and backward" oversættelses principper til dansk (29). For at belyse de medvirkende lægers tilfredshed med ARRIBA-hjerte bliver der anvendt en oversat version af det spørgeskema, der blev brugt i det oprindelige studie. Den praktiske del af pilot projektet skal gennemføres i perioden forår 2015 til vinter 2015. Bagefter skal data evalueres og en artikel om ARRIBA-hjerte i Danmark skal publiceres i Ugeskrift for Læger.

Perspektiv

Hvis det i pilotprojektet viser sig, at ARRIBA-hjerte giver høj patienttilfredshed, ville man kunne udvide ARRIBA-hjerte til et større randomiseret projekt til implementering i hele Region Midtjylland. Dermed ville man kunne indføre det første BHM til hjerte-kar-forebyggelseskonsultationer i Danmark.

Ligesom cardio-web eller web-req kan åbnes direkte i læge softwaren, ville man kunne lave en genvej til ARRIBA-hjerte, så det også kunne åbnes direkte fra læge softwaren.

Etiske aspekter og risici:

Undersøgelsen følger retningslinjer af "Helsinki Deklarationen" vedrørende medicinsk forskning involverende mennesker. Undersøgelsen søges godkendt af Den Videnskabsetiske Komité for Region Midtjylland.

Copyright rettigheder til ARRIBA-hjerte ligger hos udvikleren af programmet, Prof. Dr. med. Norbert Donner-Banzhoff, et al., som har givet tilsagn i e-mail korrespondance og ved et personligt møde til at han er interesseret i en udbredelse af ARRIBA-hjerte i Danmark. Udvikleren har givet tilladelse til at ARRIBA-hjerte må oversættes til dansk og bruges i dette forskningsprojekt.

Reference List

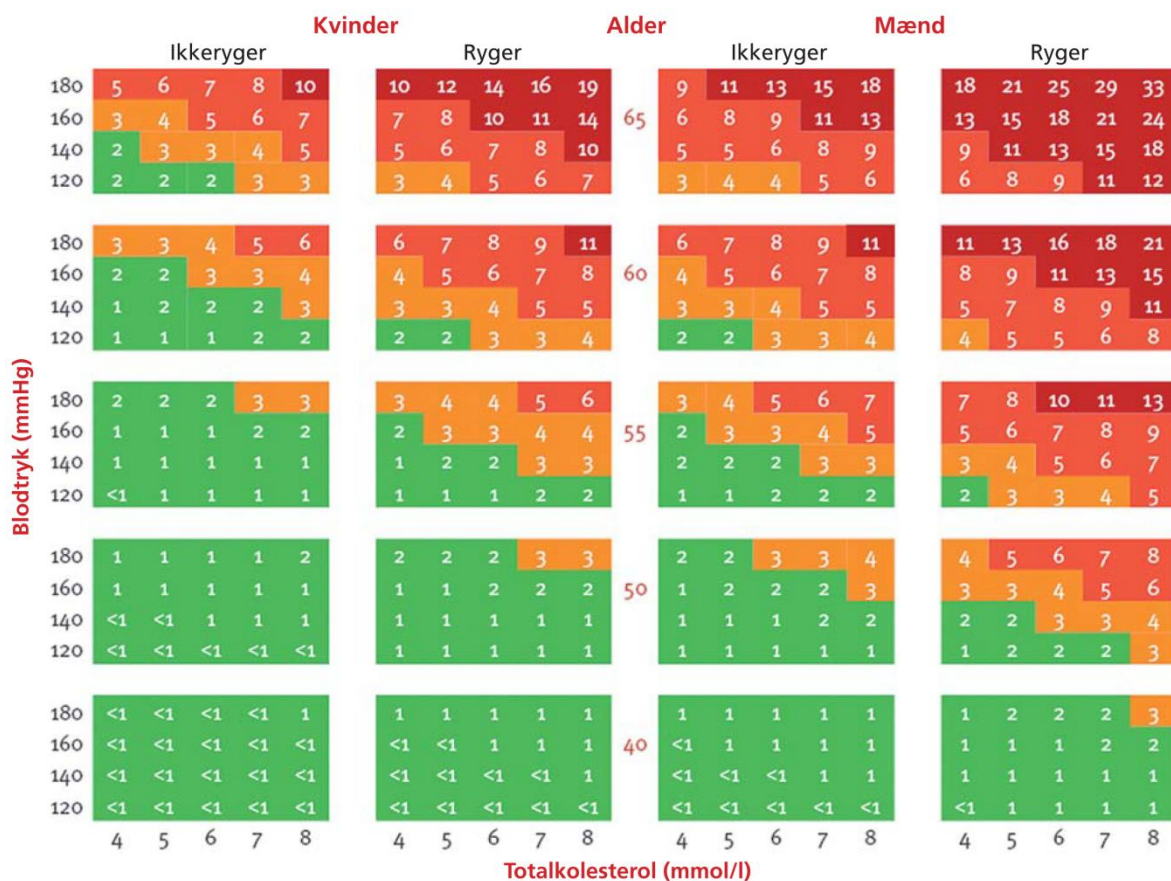
- (1) Osborn R, Squires D. International perspectives on patient engagement: results from the 2011 Commonwealth Fund Survey. *J Ambul Care Manage* 2012 Apr;35(2):118-28.
- (2) Klemperer D. Lohnt sich die partizipative Entscheidungsfindung? *Public Health Forum* 2011 Mar;19(1):28.
- (3) Brock DW. The ideal of shared decision making between physicians and patients. *Kennedy Inst Ethics J* 1991 Mar;1(1):28-47.
- (4) Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 6. ed. ed. New York: Oxford University Press; 2009.
- (5) Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med* 1997 Mar;44(5):681-92.
- (6) Makoul G, Clayman ML. An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Educ Couns* 2006 Mar;60(3):301-12.
- (7) Kennedy AD, Sculpher MJ, Coulter A, Dwyer N, Rees M, Abrams KR, et al. Effects of decision aids for menorrhagia on treatment choices, health outcomes, and costs: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002 Dec 4;288(21):2701-8.
- (8) Bredahl Jacobsen C, Albeck K, Hjelholt Pedersen V, Sundhedsstyrelsen. Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering. Patientinddragelse mellem ideal og virkelighed. *Medicinsk teknologivurdering Puljeprojekter* ; 8 (3) 2008.
- (9) Region Midtjylland, Bent Hansen. Sundhedsplan 2013 Fælles ansvar for sundhed. 1-10-2013. Ref Type: Online Source, last time available 07-10-2014.
- (10) President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. *Making Health Care Decisions: The Ethical and Legal Implications of Informed Consent in the Patient-Practitioner Relationship*. Washington DC: President's Commission 1982.
- (11) O'Connor AM, Bennett CL, Stacey D, Barry M, Col NF, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(3):CD001431.
- (12) Hirsch O, Keller H, Krones T, Donner-Banzhoff N. Acceptance of shared decision making with reference to an electronic library of decision aids (arriba-lib) and its association to decision making in patients: an evaluation study. *Implement Sci* 2011;6:70.
- (13) Stacey D, Bennett CL, Barry MJ, Col NF, Eden KB, Holmes RM, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011.
- (14) Thomsen TF, Jorgensen T, Ibsen H, Borch-Johnsen K. Assessment of coronary risk in general practice in relation to the use of guidelines: a survey in Denmark. *Prev Med* 2001 Oct;33(4):300-4.
- (15) Zikmund-Fisher BJ, Couper MP, Singer E, Ubel PA, Zinzel S, Fowler FJ, Jr., et al. Deficits and variations in patients' experience with making 9 common medical decisions: the DECISIONS survey. *Med Decis Making* 2010 Sep;30(5 Suppl):85S-95S.
- (16) Scheibler F, Janssen C, Pfaff H. [Shared decision making: an overview of international research literature]. *Soz Präventivmed* 2003;48(1):11-23.

- (17) Anderson KM, Odell PM, Wilson PW, Kannel WB. Cardiovascular disease risk profiles. *Am Heart J* 1991 Jan;121(1 Pt 2):293-8.
- (18) Frølund Thomsen T. Risikovurdering. *Månedsskrift for Praktisk Lægegering* 2009;Årgang 87, 2009,(Nr 6,):627-36.
- (19) Krones T, Keller H, Sonnichsen A, Sadowski EM, Baum E, Wegscheider K, et al. Absolute cardiovascular disease risk and shared decision making in primary care: a randomized controlled trial. *Ann Fam Med* 2008 May;6(3):218-27.
- (20) Sullivan LM, Massaro JM, D'Agostino RB, Sr. Presentation of multivariate data for clinical use: The Framingham Study risk score functions. *Stat Med* 2004 May 30;23(10):1631-60.
- (21) Brindle P, Emberson J, Lampe F, Walker M, Whincup P, Fahey T, et al. Predictive accuracy of the Framingham coronary risk score in British men: prospective cohort study. *BMJ* 2003 Nov 29;327(7426):1267.
- (22) Hirsch O, Szabo E, Keller H, Kramer L, Krones T, Donner-Banzhoff N. arriba-lib: Analyses of user interactions with an electronic library of decision aids on the basis of log data. *Inform Health Soc Care* 2012 Dec;37(4):264-76.
- (23) Hirsch O, Keller H, Krones T, Donner-Banzhoff N. Arriba-lib: evaluation of an electronic library of decision aids in primary care physicians. *BMC Med Inform Decis Mak* 2012;12:48.
- (24) Hirsch O, Keller H, Krones T, Donner-Banzhoff N. Arriba-lib: association of an evidence-based electronic library of decision aids with communication and decision-making in patients and primary care physicians. *Int J Evid Based Healthc* 2012 Mar;10(1):68-76.
- (25) Keller H, Krones T, Becker A, Hirsch O, Sonnichsen AC, Popert U, et al. Arriba: effects of an educational intervention on prescribing behaviour in prevention of CVD in general practice. *Eur J Prev Cardiol* 2012 Jun;19(3):322-9.
- (26) Barratt A. Evidence Based Medicine and Shared Decision Making: the challenge of getting both evidence and preferences into health care. *Patient Educ Couns* 2008 Dec;73(3):407-12.
- (27) Elwyn G, O'Connor A, Stacey D, Volk R, Edwards A, Coulter A, et al. Developing a quality criteria framework for patient decision aids: online international Delphi consensus process. *BMJ* 2006 Aug 26;333(7565):417.
- (28) Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P, Grol R. Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *Br J Gen Pract* 2000 Nov;50(460):892-9.
- (29) Sousa VD, Rojjanasrirat W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *J Eval Clin Pract* 2011 Apr;17(2):268-74.

Appendix:

Figur 1:

Risikoskema til brug for patienter uden tegn på iskæmisk hjerte-kar-sygdom eller diabetes



Følgende patienttyper defineres med **høj totalrisiko** for en fatal kardiovaskulær hændelse:

1. Patienter med erkendt iskæmisk hjerte-kar-sygdom.
2. Diabetes type 2 eller diabetes type 1 med mikroalbuminuri.
3. Symptomfrie personer med:
 - a) flere risikofaktorer, der samlet giver en 10-års-risiko på 5% eller derover på vurderingstidspunktet (eller ved ekstrapolering til patienten er 60 år) for at dø af hjerte-kar-sygdom.
 - b) markant forhøjelse af en enkelt risikofaktor: blodtryk > 180/110 mmHg eller totalcholesterol > 8 mmol/l eller LDL-kolesterol > 6 mmol/l.

10-års-risiko for fatal CVD i Danmark efter køn, alder, systolisk blodtryk, totalcholesterol og rygning.

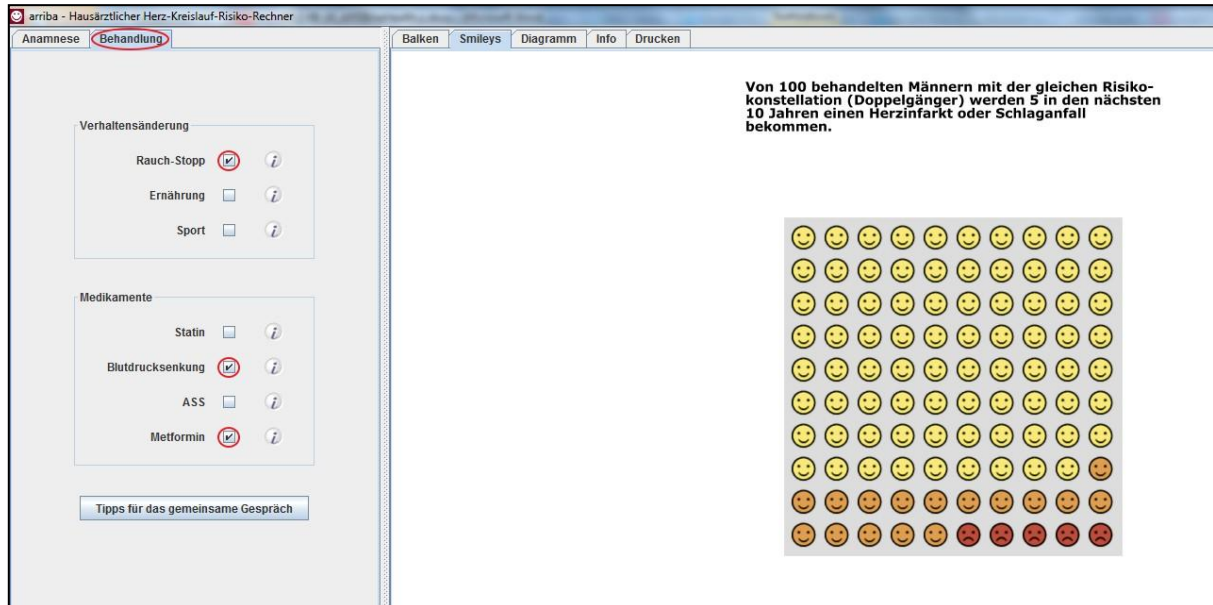
Procent	Risiko	Farvekode
≤ 2	Lav risiko	Grøn
3-4	Moderat øget risiko	Orange
5-9	Høj risiko	Rød
≥ 10	Meget høj risiko	Mørkerød

Kilde: www.heartscore.org

Figur 2: side et af ARRIBA-hjerte modulet: risikofaktorer for hjerte-kar-sygdom bliver adspurgt (køn, alder, rygerstatus, åreforkalkning, familiær disposition, blodtryk, kolesteroltal, diabetes) og smiley-diagrammet viser patientens individuelle relative risiko for at udvikle et hjerteinfarkt eller et slagtilfælde i de kommende 10 år. Der er 100 smileys i alt, der symboliserer personer med samme risikoprofil som patienten. De gule smileys indikerer de raske efter 10 år. De røde smileys viser det antal, der ville opleve et slagtilfælde eller AMI indenfor 10 år (relative risiko).

Figur 3a: side to af ARRIBA-hjerte modulet: behandlingsoptionerne bliver valgt og smiley-diagrammet viser omgående den ændrede risikoprofil for at udvikle et hjerteinfarkt eller et slagtilfælde i de kommende 10 år. De orange smileys viser således risikoreduktionen ved de enkelte tiltag. Nu kan patienten og lægen gennemspille alle mulige forebyggelsesmodeller (ryge-stop, ernæring, motion, kolesterol-, blodtryks-, acetylsalicyl-, og diabetesbehandling) og smiley-diagrammet visualiserer reduktionen af risikoen vha. et farveskifte af et tilsvarende antal røde smileys til smilende orange smileys.

Figur 3b: side to af ARRIBA-hjerte modulet: orange smileys indikerer risiko reduktionen. Fx viser ryge-stop, blodtrykssænkende terapi og diabetes behandling en bedre risiko reduktion til sammenligning med diæt, kolesterol- og blodtrykssænkende terapi, vist i Figur 3a. Efter gennemgang af flere forebyggelses scenarier kan lægen og patienten i fællesskab blive enige om den fremtidige forebyggelses strategi.



Projektleder:

Lone Terkelsen, læge
Lægerne Vennelystparken
Høegh-Guldbergsgade 6A,
8000 Aarhus C

**ARRIBA-hjerte
Budget**

Post	Detaljer	Dage/mdr.	Søges fra KEU-fonden
Løn	læge	4 (12 mdr). Grundlønsskalaen for reservelæger på 1. trin (30.185,25) svt dagløn på 1509 DKK	72.432
		timeløn	
IT-løsning	Software omprogrammering af ARRIBA-hjerte vha. programudvikler	120 Eur (894 DKK) x 45 timer	40.230
		antal	
Honorering for dataindsamling	spørgeskemaer	20 x 2 (dækning af honorar for alment praktiserende læger, som deltager i indsamling af data til videnskabelige formål.Honorar pr. modul udgør 127,68 DKK. Overenskomst om Almen Praksis)	5.108
Sum for året			117.770

Patient inddragelse i forebyggelseskonsultation via ARRIBA-hjerte

Hermed bekræftes, at ARRIBA-hjerte pilotprojektet er tilknyttet til Institut for Folkesundhed Aarhus og Aarhus Praksis Universitet/ Lægerne i Vennelystparken Aarhus.

Professor Anelli Sandbæk

9/10-14

Dato

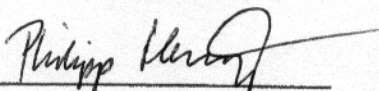


Underskrift

Philipp Harbig, Ph.d.

13/10-14

Dato



Underskrift