



Hvad er praktiserende lægers holdning til helbredstjek på tilsyneladende raske mænd i alderen 30-50 år?

Et Kvalitativt Studie

af

Sara Hasseriis, Ninna Marturin Gammelager og Mette Borup Wemmelund

Introduktion:

Som alment praktiserende læger (AP læger) søger vi hver dag at finde en balance mellem patientens bekymringer og ønsker, vores lægelige undersøgelser og behandlinger samt forvaltningen af samfundets ressourcer. I det tilfælde at patientens behov ikke opleves relevant set fra et lægefagligt synspunkt, kan lægen opleve en konflikt i forhold til at bruge egne, og dermed samfundets, ressourcer på at efterkomme patientens krav om sundhedsydelse.

En sådan konflikt har forfatterne oplevet i forbindelse med forebyggende helbredtjek (HT) på yngre, tilsyneladende raske personer. En ofte hørt indgangsreplik er: "Jeg syntes, det var tid til et 50.000 km eftersyn".

Forebyggelse er én af almen praksis' kerneydelser, men vores umiddelbare opfattelse er, at vi ofte ikke finder noget relevant ved et HT, og dette synspunkt deles af andre AP læger jævnfør Søndergaard et al.'s fokusgruppeinterview fra 2012, "Diversity and ambivalence in general practitioners' attitudes towards preventive health checks - a qualitative study"¹.

Konklusionen på denne undersøgelse var, at AP læger er usikre på, hvad der er den bedste tilgang til HT, og at HT udføres forskelligt afhængig af personlige overbevisninger omkring forebyggelse. Mange AP læger var bekymrede for at inducere negative psykologiske reaktioner hos patienterne som f.eks. bekymring for helbred eller direkte sygdomsangst og var ambivalente ift. om HT var en kerneopgave for AP. Denne ambivalens er vi som uddannelseslæger i almen medicin stødt på i form af varierende holdninger til HT samt store forskelle i udførelsen heraf under ansættelser i flere forskellige praksis.

Fra politisk side er der i de seneste årtier kommet stigende fokus på forebyggelse af livsstilssygdomme som f.eks. diabetes 2 (DM2), iskæmisk hjertesygdom (IHD) og kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL). Men er forebyggelse omkostningseffektiv og til hvem?

Dette undersøgte Lauritzen et al fra 1991-96 i "Ebeltoftundersøgelsen; et 5-årigt randomiseret, kontrolleret studie af effekterne af helbredstjek"²⁻³, som involverede 2000 personer i alderen 30-49 år. Interventionsgruppen modtog forebyggende helbredsundersøgelser og -samtaler hos praktiserende læge. Efterfølgende 15 års follow-up på samme population blev foretaget i 2014 af KORA (Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning)⁴. Overordnet set fandt man, at interventionen var omkostningsneutral over en 15 års periode. Positiv effekt på sundhed målt på Anggard risikoscoren (kardiovaskulær risiko) såes kun i gruppen af kortuddannede mænd. Der såes ingen effekt hos kvinder uanset uddannelsestrin.

Kvinder i alderen 30-50 år har i DK flere indgange til sundhedsvæsenet. Ved ønske om p-piller måles blodtryk, og der udspørges til visse arvelige lidelser. Alle kvinder fra 23 år inviteres til screening for livmoderhalskræft. Seks ud af syv danske kvinder har ifølge Danmarks Statistik (2015) fået mindst ét barn, når de når 50 år og har således været tilbudt minimum 3 lægeundersøgelser i løbet af en graviditet og i den forbindelse blevet udspurgt til arvelige sygdomme, medicinforbrug, KRAM-faktorer, og blevet undersøgt med blodtryk, enkelte blodprøver og urinprøve. Efterfølgende har kvinderne formentlig flere gange besøgt lægen ifm. børneundersøgelser. Mænd har ikke på samme måde en legal indgang til sundhedsvæsenet fraset ved session, hvor der foretages helbredsundersøgelse af 18-årige mænd. Herefter vil lægekontakt udelukkende være på mandens eget initiativ.

Formål:

Vi ønskede at undersøge praktiserende lægers holdning til HT hos tilsyneladende raske mænd i alderen 30-50 år, herunder hvilke positive og negative effekter et HT kan have for den enkelte og for samfundet. Desuden ville vi undersøge, hvorledes AP lægers holdninger afspejlede sig i deres adfærd i den kliniske hverdag.

Metode:

Spørgeskema:

Udvalgte praktiserende læger (PL) i Region Nord og Midt (Jylland, DK) inklusive uddannelseslæger i de pågældende praksis blev inviteret til at udfylde et to-siders spørgeskema vedrørende deres holdning til udførelsen af generelle helbredstjek (HT) på tilsyneladende raske mænd i alderen 30-50 år (se bilag 1). Lægerne blev bedt om deres umiddelbare mening om HT samt deres vurdering af den faglige relevans, fund af klinisk betydning, positive og negative sideeffekter samt deres håndtering af HT i egen praksis. De deltagende læger arbejdede alle i praksis, som varetog videreuddannelse af yngre læger i hoveduddannelse i almen medicin, og disse uddannelseslæger deltog i forskningsmetodologisk kursus sammen med forfatterne.

Dataanalyse er udført i Excel.

Kommentarer i spørgeskemaet er efterfølgende kodet efter kategorier som beskrevet under resultater.

Litteratursøgning:

Indhold af spørgeskemaet er valideret ud fra Søndergaard et al's fokusgruppeinterview fra 2012¹. Baggrundsviden blev opsøgt via Pubmed med Mesh-ordene "Physical Examination" og "General practitioner", desuden fritekst-søgning på "Health check", "Health examination", "Primary care", "Family Practice", "General Practice" samt "Ebeltoft". Ud fra referencer i de fundne artikler, er der yderligere fundet relevant litteratur. Vi fravalgte artikler, som ikke tog udgangspunkt i danske data, da vi vurderede, at almen praksis i andre europæiske lande ikke umiddelbart var sammenlignelig med den danske. Desuden foretog vi en google-søgning efter

ikke publicerede data, tilbud fra privathospitaler, Sundhedsstyrelsens anbefalinger, PLO-ydelser mv.

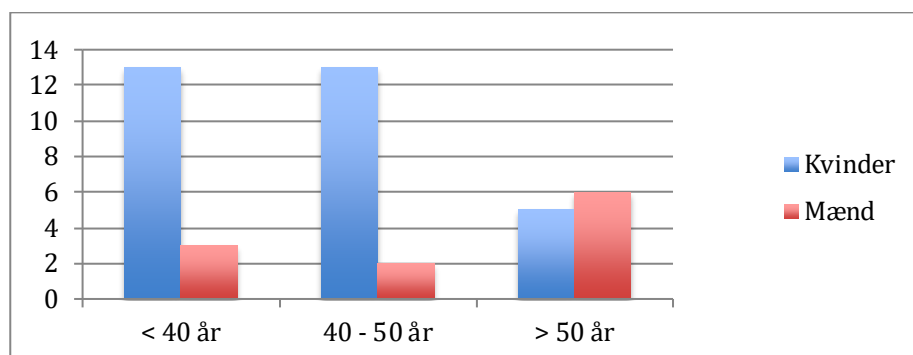
Resultater:

Demografi:

Af de 51 inviterede læger, modtog vi besvarelser fra 42 (svarprocent = 82 %). Fordeling på alder og køn fremgår af fig. 1. Der er ikke oplysninger om køn og alder på de 9 non-responders, hvorfor vi ikke kan lave frafaldsanalyse. Der såes en overvægt af kvinder (31 af 42 = 74%) hvoraf de fleste var < 50 år.

Der blev i spørgeskemaet spurgt til praksistype, men eftersom læger i samme praksis ikke klassificerede deres praksis ens (i hhv. land- eller bypraksis), har vi ikke kunnet bruge disse data.

Figur 1



Holdning:

Lægerne blev spurgt til deres "umiddelbare holdning, når i øvrigt raske mænd i alderen 30-50 år, bestiller tid til et HT". Det var muligt at sætte kryds ved flere svarmuligheder.

26 af 42 (62%) svarede, "det er ok, jeg går ind for forebyggelse". Af disse 26 svarede 3 (12%) samtidig "det er spild af min tid" og andre 3 (12%) "vi er en virksomhed og vil gerne imødekomme patienternes behov og ønsker".

10 af 42 (24%) svarede udelukkende, at de havde en "neutral holdning" til spørgsmålet.

4 af 42 (10%) svarede udelukkende "det er spild af min tid".

Relevans:

Vi spurgte lægerne til deres fornemmelse af, om de "finder noget lægeligt relevant ved et HT".

Af de 42 læger, svarede 31 (74 %), at de fandt noget lægeligt relevant, 7 (17 %) svarede "nej, vi finder aldrig noget", 4 (10%) svarede "ved ikke".

Kommentarer:

Det var muligt at tilføje en uddybende kommentarer til spørgsmålet vedrørende lægeligt relevante fund, hvilket 30 (71%) benyttede sig af. Kommentarerne er efterfølgende kodet i kategorier, og antal besvarelser indenfor kategorierne fremgår af figur 2:

[Målbare værdier] indeholdt kommentarer som "hyperlipidæmi, AFLI, hypertension" og "opdager hypertension, KOL, DM2".

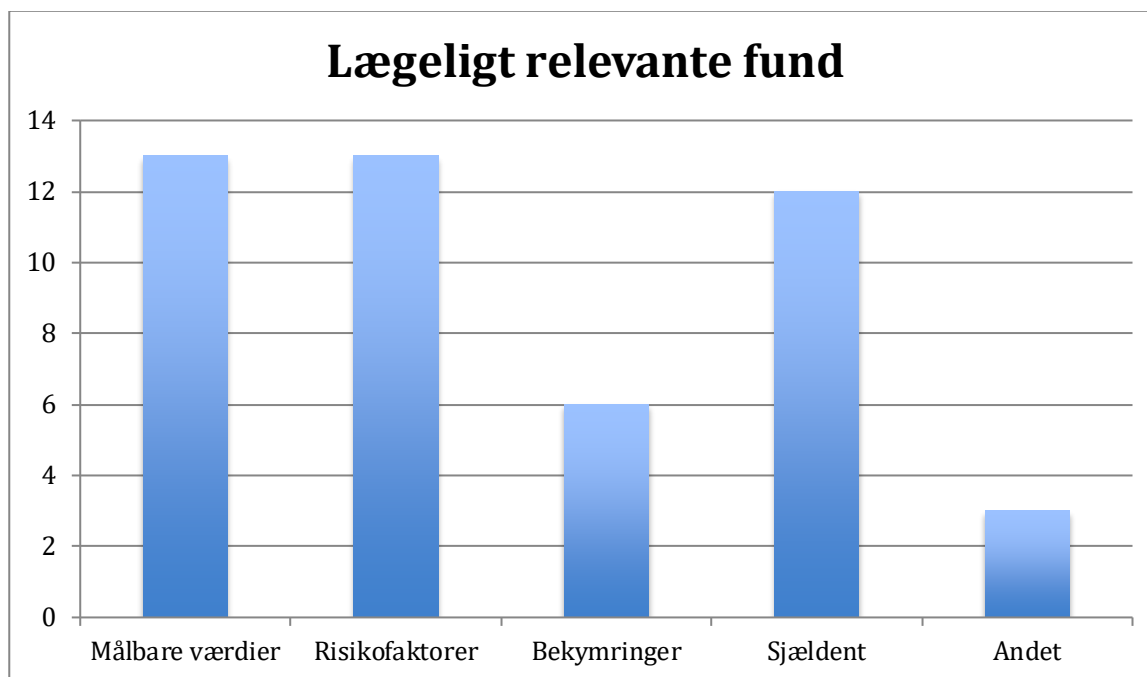
[Risikofaktorer] indeholdt bl.a. "snak om livsstil, rygning, alkohol, motion, kost, søvn, stress" og "familiær disposition, frygt for kræft, ønske om vægttab, rygestop eller alkoholoverforbrug".

[Bekymringer] indeholdt bl.a. "som regel bunder deres ønske i et helbredstjek i en eller anden form for bekymring" og "helbredsangst".

[Sjældent] indeholdt bl.a. "sjældent finder vi noget relevant" og "ind imellem finder vi da noget".

[Andet] indeholdt bl.a. "det er vigtigt for at gøre tilgængelighed let" og "vi finder at patienter tror, de gør noget godt for dem selv".

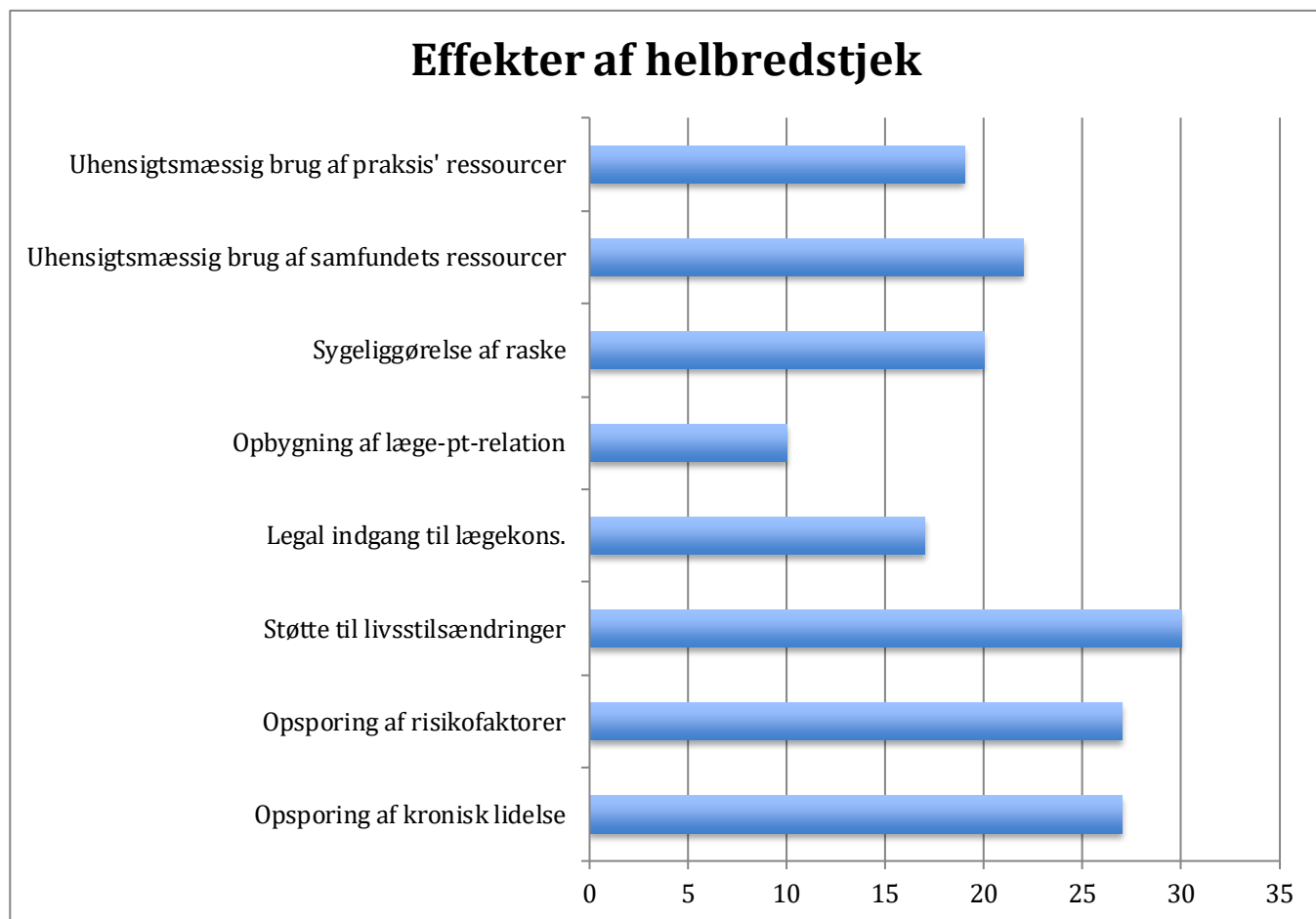
Figur 2:



Effekter:

Lægerne blev spurgt til, hvilke effekter HT kunne have i deres praksis. De 8 svarmuligheder kan inddeles i positive og negative effekter (svarmulighed 1-3 = negative, svarmulighed 4-8 = positive) som det fremgår af figur 3 og 4.

Figur 3:

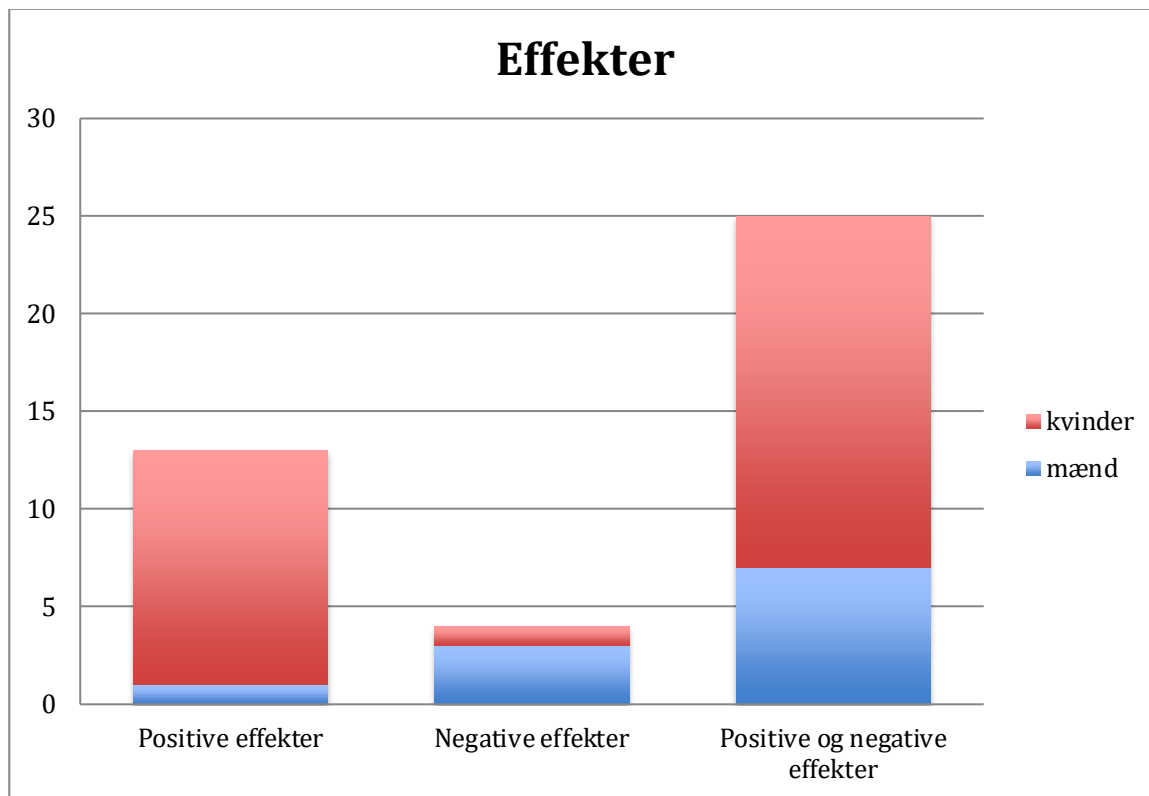


Læger som udelukkende så positive effekter af HT udgjorde 13 af 42 (31%), heraf 1 mand.

4 af 42 (10%), heraf 3 mænd, så udelukkende negative effekter.

25 af 42 (60%), heraf 7 mænd, kunne se både positive og negative effekter (se figur 4).

Figur 4:



Screening:

Lægerne blev spurgt, om de syntes AP-læger skulle "indkalde raske personer til regelmæssige HT". 41/42 (98%) svarede nej hertil.

Vi spurgte, hvad lægerne gjorde "for at "fange" de patienter, der har risikofaktorer, og som ikke søger læge så tit". Hertil svarede 37 (88%) at de "opfordrer til ny konsultation ved lægekontakt af anden årsag", 2 (5%) svarede "ikke noget, jeg koncentrerer mig om de syge", 3 (7%) "reklamerer for HT i venteværelset" og 1 (2%) "udsender breve med opfordring om at bestille en tid". 4 havde tilføjet kommentarer, heraf 3 at de reklamerede for lungefunktionsundersøgelse til rygere på praksisskærm i venteværelset.

9 læger (21%) svarede, at de havde en nedskrevet instruks. Det fremgår ikke, hvor mange forskellige praksis disse læger kommer fra. Der var vedlagt en enkelt instruks (se bilag 2),

men vi er blevet oplyst om, at flere praksis har en skabelon til blodprøver, urinprøver og ekg i Webreq (rekvisitionsmodul i patientjournalen), der fungerer som instruks for praksispersonalet.

Diskussion:

Vores spørgeskemaundersøgelse havde en høj svarprocent (82 %) med en jævn fordeling mellem land og by inkl. lægedækningstruede områder. Der sås lidt overvægt af yngre kvinder som udtryk for, at der indgik mange uddannelseslæger i undersøgelsen. Dette er lidt skævt ift. kønsfordelingen af PLO'er (kvinder 52%) og kan have haft indflydelse på besvarelserne. Det kunne have været interessant at kigge på signifikante forskelle på besvarelser udfra køn og alder, men undersøgelsen er for lille til dette.

De deltagende læger udgør muligvis en bestemt gruppe af AP læger, da de alle deltager i videreuddannelsen af yngre læger i almen medicin, men hvorledes dette kunne påvirke deres holdninger til og adfærd i forhold til HT er dog uvist.

Vores spørgeskema blev valideret udfra Søndergaard et al's fokusgruppeinterviewet fra 2012¹, hvor vi fandt fin kongruens med de interviewede AP lægers fremkomne meninger og dilemmaer. I en fremtidig undersøgelse ville man med fordel kunne bruge kommentarer fra deltagere i vores undersøgelse i udformningen af yderligere svarmuligheder.

I vores spørgeskemaundersøgelse er mange af AP lægerne (62%) overvejende positivt stemte overfor HT som led i forebyggelse. Man kan måske undre sig over, at ikke alle AP lægerne går ind for HT, da sundhedsfremme og forebyggelse af sygdomme er en kerneopgave i det almen medicinske speciale. Hensigten med HT er jo netop primær forebyggelse.

Måske skal vi finde forklaringen på denne tilbageholdenhed i AP lægernes oplevelse af effekterne af HT, som for over halvdelen af AP lægernes vedkommende (60 %) vurderedes blandet positive og negative. Knap hver femte (17 %) svarer, at de aldrig finder noget lægeligt relevant ved et HT og hver fjerde bemærker, at de sjældent finder noget. Af negative effekter kan nævnes de ressourcer et HT koster samfundet og praksis, samt risikoen for sygeliggørelse af raske. Hvis vi kigger på Ebeltoftundersøgelsen³⁻⁴, er der ikke negative konsekvenser, hverken psykologiske eller samfundsøkonomiske, af invitation til HT, hvorfor denne begrundelse ikke findes bekræftet her.

Vores fund af divergerende holdninger til HT stemmer overens med fokusgruppeinterviewet fra 2012¹, hvor lægerne er ambivalente omkring tilbud om HT, men samtidig ikke vil nægte patienten denne undersøgelse. Vi har i vores spørgeskemaundersøgelse ikke spurgt direkte til, om AP lægerne ville nægte en tilsyneladende rask person et HT, men kun 1 af 10 syntes udelukkende HT var spild af tid, og ville måske derfor kunne finde på at afvise en patient.

Kun en enkelt læge går ind for indkaldelse af raske til HT. Vi fandt til gengæld at næsten alle AP læger (88%) ville opfordre til ny konsultation ved fund af risikofaktorer ifm. konsultation af anden årsag. Af dette udleder vi, at der er generel positiv holdning til opportunistisk screening. Ulempen herved er dog, at patienterne selekteres så screeningen favoriserer de mere lægesøgende, samt at lægens personlige holdning / kemi med patienten kan have indflydelse på om de inviteres til ny konsultation. Mænd vil pga. færre lægekontakter blive forfordelt i dette regnskab.

Der er aktuelt ikke krav om at almen praksis skal tilbyde HT og der findes ikke længere en PLO-ydelse herfor. Det er derfor helt op til den enkelte praksis, om deres patienter skal have

dette tilbud. Vores undersøgelse viser, at de fleste er positivt stemte for HT, men de færreste følger en nedskrevet instruks.

Der er de seneste år kommet et stort marked for HT via privathospitaler samt via sundhedsforsikringer. Kendetegnende for disse tilbud er, at de tilgodeser samfundsgrupper, som er ressourcestærke og i højere grad søger læge.

Paradoksalt nok er det ifølge Ebeltoftundersøgelsen⁴ de kortuddannede mænd, der har en signifikant effekt af invitation til HT. Hvis vi skal målrette et tilbud til de personer, som har mest gavn af det, skal vi måske finde andre veje og invitere de mest udsatte socialgrupper.

Alternativt må man forsøge at nedbringe omkostningerne ved HT, således at alle borgere kan tilbydes et sådant. Det kunne f.eks. foregå i kommunalt regi, hvilket man i øjeblikket forsøger i Sundhedsprojekt Randers. Her inviterer man alle borgere på 30-49 år til vurdering af risikoprofil via forskellige undersøgelser og en helbredssamtale. Resultaterne fra dette projekt har vi endnu til gode.

Referencer:

- 1) Søndergaard A et al. Diversity and ambivalence in general practitioners' attitudes towards preventive health checks - a qualitative study, *BMC Family Practice* 2012;**13**:53.
- 2) Lauritzen T et al. Ebeltoft project: baseline data from a five-year randomized, controlled, prospective health promotion study in a Danish population, *Br J Gen Pract* 1995;**45**:542-7.
- 3) Lauritzen T et al. Health tests and health consultations reduced cardiovascular risk without psychological strain, increased healthcare utilization or increased costs, *Scand J Public Health* 2008;**36**:650-61.
- 4) Rasmussen SR et al. Forebyggende helbredsundersøgelser og helbredssamtaler i almen praksis - social ulighed i hjerte-kar-sygdom og omkostninger? 15-års-opfølgning af 'Sundhedsprojekt Ebeltoft', KORA (Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning) 2014;**marts**:1-84.
- 5) Sundhedsprojekt Randers <https://sundhedscenter.randers.dk/tjek-dit-helbred>

Supplerende litteratur om emnet:

- a) Lauritzen T et al. Helbredstjek for hjerte-kar-sygdom i dansk almen praksis, *Ugeskr Laeger* 2014;**176/12**:1125-9.
- b) Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Grønhøj Larsen C, Gøtzche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease, *Cochrane database of systematic reviews* 2012;**issue 10**.Art.No.:CD009009.DOI:10.1002/14651858.CD009009.pub2.
- c) Maindal HT et al. Effectiveness of the population-based *Check your health* preventive programme conducted in primary care with 4 years follow-up [the CORE trial]: study protocol for a randomised controlled trial, *Trials* 2014;**15**:341.

d) Licht D, Vorm HN. Forebyggende helbredsundersøgelser i almen praksis. Supplerende specifik forebyggelsesindsats samt aftalt forebyggelseskonsultation. (2304)+(0106) - Et mindre litteraturstudie af baggrunden for implementering af ydelsen i almen praksis, samt en stikprøveundersøgelse af anvendelsen af ydelsen i en by og en landpraksis på Fyn, https://www.speam.dk/files/2/endelige_pdf_2.pdf 2009:1-24.

BILAG 1

Kære deltager i spørgeskemaundersøgelse om helbredstjek

Vi er tre HU læger, der i forbindelse med forskningsmetologisk opgave i fase 2 gerne vil undersøge praktiserende lægers subjektive holdning til forebyggende helbredsundersøgelse, her benævnt "helbredstjek". Samtidig vil vi gerne have indblik i den kliniske tilgang i de pågældende praksis.

Vi har valgt at fokusere på mænd i alderen 30-50 år uden erkendt sygdom, da de typisk ikke søger læge så ofte. En ofte hørt indgangsreplik er: "Jeg tænkte, det var tid til et 50.000 km tjek".

Vi vil bede dig om at udfylde nedenstående skema efter bedste evne (det tager ca. 5 min). Svarene vil kun blive gengivet i anonymiseret form, og deltagende læger/praksis vil ikke blive anført med navn eller andre genkendelige data.

Hvis du har kommentarer eller spørgsmål til vores undersøgelse, er du velkommen til at tilføje det på bagsiden af papiret.

På forhånd tak for hjælpen!

Ninna Gammelager, Sara Hasseriis og Mette Wemmelund

1) Kort om dig og din praksis:

Køn: kvinde mand

Alder: år

Praksistype: landpraksis bypraksis

Region: Nord Midt

Antal faste læger i din praksis:

Antal ansatte (omregnet til ca. fuldtidsstillinger):

2) Hvad er din umiddelbare holdning, når i øvrigt raske mænd i alderen 30-50 år, bestiller tid til et "helbredstjek" (evt. flere X)

det er ok, jeg går ind for forebyggelse

vi er en virksomhed og vil gerne imødekomme patienternes behov og ønsker

neutral holdning

det er spild af min tid

3) Har du en fornemmelse af, om I finder noget lægeligt relevant ved et "helbredstjek"?

nej, vi finder aldrig noget

ved ikke

ja (uddyb gerne) _____

4) Mener du at praktiserende læger skal indkalde raske personer til regelmæssige helbredstjek?

nej

ja

Hvis ja, hvilke risikogrupper (sæt gerne flere X): 30-40 år 40-50 år 50-60 år

rygning højt BMI mænd kvinder andet _____

- 5) Hvilke effekter kunne et forebyggende "helbredstjek" have i din praksis? (evt. flere X)
- tidlig opsporing af kronisk lidelse
 - opsporing af risikofaktorer for udvikling af sygdom med mulighed for intervention
 - mulighed for støtte til livsstilsændringer
 - legal indgang til en lægekonsultation om et svært emne eller bekymring
 - opbygning af en god læge-patientrelation
 - sygeliggørelse af raske individer med øget bekymring til følge
 - uhensigtsmæssig brug af samfundets ressourcer
 - uhensigtsmæssig brug af praksis' ressourcer
 - andet: _____
- 6) Hvad gør du for at "fange" de patienter, der har risikofaktorer, og som ikke søger læge så tit?
- ikke noget, jeg koncentrerer mig om de syge
 - opfordrer til ny konsultation ved lægekontakt af anden årsag
 - udsender breve med opfordring om at bestille en tid
 - reklamerer for helbredstjek i venteværelset
 - andet: _____
- 7) Findes der i din praksis en nedskreven instruks/vejledning for hvordan et "helbredstjek" udføres?
- nej
 - ja
 - ved ikke

Hvis ja, ville vi være meget glade for at få et print af denne. Instrukser vil ikke blive offentliggjort.

Kommentarer: _____

Besvarelser mailes af uddannelseslæge til sara_hasseriis@hotmail.com

BILAG 2

HELBREDSCHECK (A31):

Rygning:

Genstande pr. uge:

Disp:

DM:

Stofskifte:

Osteoporose:

Hjerte/kar/cerebral:

Kræft (evt typer):

Højde:

Vægt:

Abd. omfang:

BT:

P:

EKG

BP:

fBS:

Læge:

ST.C+P:

Nyrearteriestetoskopi:

Evt thorax rtg:

10 års-risikoscore for fatalt CVD: