

Marie Broholm-Jørgensen
Nina Kamstrup-Larsen

Tjek Ind

– forebyggende helbredstjek i almen praksis

SDU 

Tjek Ind

– forebyggende helbredstjek i almen praksis

Tjek Ind

Forebyggende helbredstjek i almen praksis

Marie Broholm-Jørgensen
Nina Kamstrup-Larsen

Copyright © 2020
Center for Interventionsforskning,
Statens Institut for Folkesundhed, SDU

Uddrag, herunder figurer og tabeller, er tilladt
mod tydelig gengivelse.

Grafisk design: Stig Krøger

Trykt udgave: ISBN 978-87-7899-499-8
Elektronisk udgave: ISBN 978-87-7899-500-1

Forskning til praksis, 008

1. udgave, 1. oplag

SIFs Forlag
Statens Institut for Folkesundhed
Stu­diestræde 6
1455 København K

Center for Interventionsforskning er støttet af
TrykFonden, Kræftens Bekæmpelse og Nordea-fonden

Indhold

Forord	4
Forebyggende helbredstjek	5
Tjek Ind	7
Motivation for at deltage	8
Sammenhængende forebyggelsesforløb	10
Forskningsprojektet <i>Tjek Ind</i>	12
Læs mere	15

Forord

Til trods for relativ lav økonomisk ulighed og et sundhedsvæsen med let og lige tilgængelighed for alle ser vi i Danmark social ulighed i sundhed, fra sundhedsadfærd til sygdom og død. Hertil kommer, at nogle sociale grupper, eksempelvis personer uden formel uddannelse, er underrepræsenteret, når det kommer til deltagelse i forebyggende og rehabiliterende sundhedstilbud.

Kroniske sygdomme har store konsekvenser for den enkelte, for sundhedsvæsenet og for samfundet. Tidlig opsporing af borgere i risikogruppen for at udvikle sygdomme relateret til sundhedsadfærd antages at kunne forebygge eller mindske sandsynligheden for udvikling og forværring af kroniske sygdomme på længere sigt.

Forskningsprojektet Tjek Ind adresserer både den sociale ulighed i sundhed og den stigende forekomst af kronisk sygdom – og har haft til formål at forbedre uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og opspore kroniske tilstande tidligere ved proaktivt at invitere personer uden formel uddannelse til forebyggende helbredstjek i almen praksis. På baggrund af erfaringerne fra Tjek Ind beskriver denne minirapport nogle af de udfordringer, der er forbundet med få koblet målgruppen for det forebyggende helbredstjek til relevante sundhedstilbud – og dermed skabe et meningsfuldt forebyggelsesforløb.

Ønsket er, at minirapportens resultater kan bruges til at styrke forståelsen for den praktiserende læges arbejde med både målgruppen og det kommunale systems mange tilbud.

Denne udgivelse er den ottende i en serie under navnet Forskning til Praksis fra Center for Interventionsforskning. Målet med serien er at tage grundtankerne fra vores evidensbaserede sundhedsinterventioner og præsentere dem på lettilgængelig vis for en bred målgruppe. Vores håb er, at erfaringerne og resultaterne således kan bringes i spil i praksis.

Morten Grønbæk,
Direktør

Rikke Fredenslund Krølner,
Centerleder

Forebyggende helbredstjek

I dag lever vi danskere længere end tidligere generationer, og samtidig er der sket en stigning i antallet, der bliver ramt af sygdomme relateret til sundhedsadfærd. Halvdelen af befolkningen har en mere eller mindre uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, såsom rygning, stort alkoholindtag, usund kost og for lidt motion – alt sammen faktorer, der er med til at udvikle kroniske sygdomme som hjertekarsygdom, type 2-diabetes, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og kræft.

Kroniske sygdomme har store konsekvenser for den enkelte, og stigningen i antallet af sygdomme relateret til sundhedsadfærd er samtidig en stor udfordring for sundhedsvæsenet og samfundet. Eksempelvis har personer med diabetes tilsammen 1,7 million flere besøg hos praktiserende læge end personer uden diabetes. Forebyggelse af kroniske sygdomme er derfor vigtigt.

Det antages, at en tidlig indsats for opsporing af borgere i risikogruppen for at udvikle sundhedsadfærdrelaterede sygdomme kan medvirke til at forebygge eller mindske sandsynligheden for udvikling og forværring af kroniske sygdomme på længere sigt. Tidlig opsporing bidrager dermed til at sikre flere sunde leveår og mindske belastningen på det samlede sundhedsvæsen.

En særlig udsathed

Social ulighed i sundhed ses i alle aspekter af sundhed, fra sundhedsadfærd til sygdom og død. For eksempel er der blandt personer med lav socioøkonomisk position flere daglig-rygere og større sandsynlighed for at blive diagnosticeret med fx diabetes eller kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL). Hertil kommer, at personer med lav socioøkonomisk position er underrepræsenteret i brugen af forebyggende og rehabiliterende sundhedstilbud. Alt dette peger på et behov for en målrettet forebyggelsesindsats.

Forebyggelse i Danmark

Siden sundhedsreformen i 2007 har almen praksis og kommuner delt opgaven med at fremme borgernes sundhed, blandt andet ved at forebygge, at sygdom opstår eller udvikler sig yderligere.

I Danmark fungerer den praktiserende læge som gatekeeper for resten af sundhedsvæsenet, hvilket vil sige, at lægen er borgerens primære indgang og udgør derfor en betydelig del af det danske sundhedsvæsen. Da forebyggelse i almen praksis fokuserer på patienter, der er identificeret med kronisk sygdom, eller som er i risiko for kronisk sygdom, har de praktiserende læger blandt andet en stor opgave med at henvise borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd til de kommunale sundhedscentre.

Dette fordrer et velfungerende samarbejde mellem almen praksis og kommuner i forhold til udveksling af information om borgernes behov og aktuelle sundhedstilbud.

Forebyggende helbredstjek

Formen på et forebyggende helbredstjek varierer, men standardpraksis er, at det udføres af en sundhedsprofessionel og på personer uden symptomer på dårligt helbred. Helbredstjekket er som regel orienteret mod somatisk sygdom og består ofte af blodtryksmåling, tjek af kolesteroltal, lungetest, blodsuktermåling og en dialog om sundhed og sundhedsadfærd, herunder vægt, kost, rygning, alkohol og motion.

Formålet med helbredstjekket er at give et billede af en persons sundhed, der eventuelt kan resultere i råd og anbefalinger til en mere hensigtsmæssig sundhedsadfærd og opmærksomhed på risikofaktorer eller tidlige sygdomstegn.

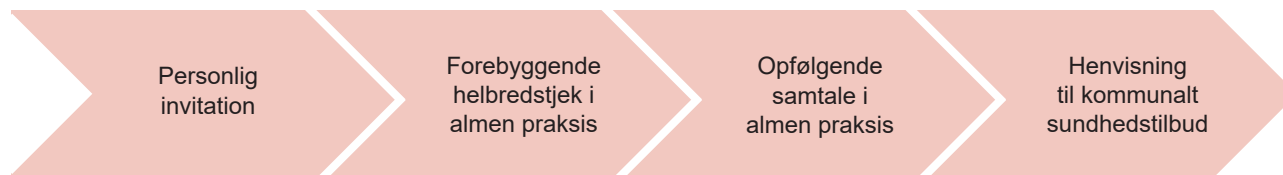
Forebyggende helbredstjek er ofte orienteret mod den generelle befolkning. Effekten af denne tilgang er meget diskuteret, da flere videnskabelige undersøgelser peger på, at de, der deltager, generelt har et bedre helbred end de, der ikke deltager. Med andre ord mangler der viden om virkningen af det forebyggende helbredstjek for bestemte grupper med særlig høj sygdomsrisiko, eksempelvis per-

soner med lav socioøkonomisk position, herunder personer uden anden formel uddannelse end grundskolen. Det har vi undersøgt i forskningsprojektet Tjek Ind.

Tjek Ind

I Tjek Ind er personer uden anden formel uddannelse end grundskolen blevet tilbudt et forebyggende helbredstjek. Målet har været at undersøge, hvorvidt en proaktiv indsats kan motivere denne målgruppe til at deltage i et forebyggende helbredstjek med henblik på at forbedre u hensigtsmæssig sund-

hedsadfærd og opspore kroniske tilstande tidligere. Målgruppen fik en personlig invitation fra sin praktiserende læge med et fastsat tidspunkt til et forebyggende helbredstjek, en opfølgende samtale og ved behov en henvisning til et kommunalt sundhedstilbud eller forløb i almen praksis.



På baggrund af erfaringerne fra Tjek Ind vil denne minirapport beskrive nogle af de udfordringer, der er forbundet med få koblet målgruppen for det forebyggende helbredstjek til relevante sundhedstilbud – og dermed skabe et meningsfuldt forebyggelsesforløb. Fra målgruppen modtager den indledende invitation og frem til et eventuelt kommunalt sundhedsforløb, træder særligt to udfordringer frem:

Motivation for at deltage: Hvorfor møder målgruppen op hos sin læge?

Sammenhængende forebyggelsesforløb: Hvorfor henviser lægen ikke til de kommunale sundhedstilbud?

Denne minirapport gennemgår disse to udfordringer. Ønsket er, at minirapportens resultater kan bruges til at styrke forståelsen for den praktiserende læges arbejde med både målgruppen og det kommunale systems mange tilbud.

Motivation for at deltage

En personlig invitation fra egen praktiserende læge med et fastsat tidspunkt for et forebyggende helbredstjek medfører som oftest, at målgruppen møder op og deltager i helbredstjekket. Udfordringen er imidlertid, at selvom målgruppen er motiveret til at møde op til og gennemføre både helbredstjekket og den opfølgende samtale, så er det ikke ensbetydende med, at de samtidig er motiveret til at ændre adfærd. Der er med andre ord ofte andre grunde til, at de møder op. Dem beskriver vi i det følgende.

Særlig bekymring

En grund til at deltage i et helbredstjek kan være en særlig bekymring, som man gerne vil have tjekket, det kan for eksempel være blodtrykket eller kolesteroltal. Allerede inden helbredstjekket har mange taget stilling til, om de vil ændre eller ikke ændre adfærd – også selvom de ved, at lægen vil påpege dette til helbredstjekket, for eksempel rygning. Formålet for deltagelsen er således at få tjekket det, bekymringen handler om, også selvom helbredstjekket indebærer andet, som vedkommende ikke er interesseret i at diskutere med lægen eller andre.

”Men hvis man kan få et godt råd. Jeg prøver bare, tror jeg, at tage det bedste ud af det. Hvis man kan få nogle gode råd en gang imellem og så prøve at ignorere noget af det, man ikke synes.”

Man bringer med andre ord egen dagsorden med for det, man gerne vil have ud af helbredstjekket – en dagsorden, der tager udgangspunkt i det, man selv finder relevant i sit hverdagsliv.

Håndtering af usikkerhed

En anden grund til at deltage er ønsket om mere viden om eget helbred. Målgruppen er generelt meget velinformeret om og interesseret i sundhed og forebyggelse, og målgruppen motiveres af tanken om, at helbredstjekket kan opspore en skjult risiko – og dermed få yderligere information om eget helbred.

“Blodprøverne siger jo alt mere eller mindre. Der kunne jo fanges meget i opløbet.”

Med helbredstjekket opnår man en følelse af ikke at være i risiko for kronisk sygdom, også selvom man endnu ikke har oplevet symptomer på dette. Da deltagelse i forebyggende helbredstjek kan give viden om eventuel risiko, kan det hermed være en måde at håndtere en usikkerhed om kronisk sygdom.

For andres skyld

For mange i målgruppen handler deltagelsen i helbredstjekket om at bibeholde en god relation til sin læge; ved at deltage gengældes den gode behandling, man har fået tidligere. Målgruppens motivation for at deltage øges således af, at det gennemføres af egen læge og i dennes klinik – og ikke på et tilfældigt sundhedscenter.

”Jeg siger, [lægen] hjælper jo mig, så hvorfor skal jeg så ikke være med i sådan et [helbredstjek].”

Det er dog ikke kun relationen til den praktiserende læge, der motiverer målgruppen. At projektet ligeledes bidrager til forskning og udvikling af gængs praksis er også motiverende.

”Jamen, jeg har det egentligt sådan med sundhedssystemet, at hvis det henvender sig til mig, så føler jeg mig egentligt forpligtet til at give respons på det, de spørger om.”

Deltagelse i et forebyggende helbredstjek på baggrund af en invitation fra egen praktiserende læge handler således også om et håb om et forbedret samfund.

Sammenhængende forebyggelsesforløb

Erfaringer fra Tjek Ind tyder på, at der er en række faktorer, der har indflydelse på, om målgruppen får en henvisning til det kommunale forebyggelsescenter. Det er nemlig ikke alle i målgruppen, der modtager en henvisning, selvom lægen vurderer, at det er relevant. Dette afsnit peger på tre centrale barrierer for henvisning.

Balancegang

Lægerne oplever det som en balance at henvise til de kommunale forebyggelsestilbud. På den ene side skal de informere målgruppen om tilbuddene, og på den anden side skal de kunne håndtere en afvisning af tilbuddet på en passende måde. En af lægerne beskriver det således:

”Hvis jeg siger, ’jeg har et smadder godt tilbud til dig om rygestop i kommunen’, så siger patienten ’nej’, og så kan lægen måske komme til at sige ’hmm’ eller trække sig, altså med kropssproget ligesom vise en afvisning, og så tør patienten ikke at bringe det op igen på et andet tidspunkt. Altså, det kan være fuldstændig ubevidst fra lægens side, og så går patienten ud og siger, ’nu blev lægen fornærmet, nu kan jeg ikke, nu har jeg sagt nej, så nu kan jeg ikke bringe det op igen’, altså, så er den dør ligesom lukket. Så

der tror jeg, det er vigtigt at sige, ’tilbuddet står, hvis du ændrer mening, det er her, du kan bare sige til. Jeg bliver ikke fornærmet’. Der er patienter, der spørger mig, ’bliver du ikke fornærmet, når jeg siger nej?’. ’Nej nej nej, det er jo dit helbred, du må selv bestemme’ og bare vide, at tilbuddet, det er der altid. Vi kan altid snakke om det.”

Helbredstjekket kan være et vindue til at få snakket forebyggelse med målgruppen og dermed sikre, at de ved, at de gerne må snakke med lægen om sådanne problemstillinger. For lægen er en del af forebyggelsesstrategien således, at målgruppen ved, at de altid kan komme tilbage – og det er vigtigere end at få borgerne henvist til de kommunale forebyggelsescentre med det samme.

Timing

En anden udfordring handler om lægens kendskab til målgruppen. På grund af gatekeeperrollen i det danske sundhedsvæsen har mange praktiserende læger et bredt kendskab til deres patienters liv – og ikke kun deres sundhedstilstand. Det ofte mangeårige forhold mellem læge og patient medfører en form for ansvarsfølelse. I nogle tilfælde bevirker dette kendskab, at lægen ikke henviser en ellers egnet person i målgruppen, da lægen kender til andre

forhold i dennes liv og vurderer, at adfærdsændringer måske ikke er oplagt på nuværende tidspunkt. Som en læge formulerer det:

”De har måske heller ikke ressourcer eller overskud til at gøre noget ved det, så det bliver bare endnu et nederlag, hvis man skal sidde og høre på, at ’hvis du ikke holder op med at ryge, så risikerer du ditten og datten’, og selvfølgelig vil der også blive tilbudt noget hjælp, men jeg tror måske ikke, at de har behov for at blive konfronteret med deres problemer.”

Lægerne kender således deltagerne godt og bruger denne viden til at vurdere, om tidspunktet for et forebyggelsesforløb er rigtigt.

Tvivel om effekt

En tredje barriere for ikke at henvise målgruppen til de kommunale forebyggelsescentre er en grundlæggende tvivel om, hvorvidt disse forløb virker for målgruppen. Som en af lægerne udtrykker det:

”Nytter det overhovedet noget at sende dem ind til det der kommunale sundhedscenter, når de vejer for meget. Jeg tror, at det koster mange penge per kilo, som de taber, ved at sende dem derind.”

Det tyder dermed på, at der er potentiale for både at styrke kendskabet til de kommunale forebyggelsestilbud blandt de praktiserende læger og samtidig diskutere, hvordan forebyggelsesansvaret skal fordeles mellem praktiserende læger og kommuner.

Opsamling

De to overordnede udfordringer, som denne minirapport har beskrevet, handler om motivation for at deltage og det sammenhængende forløb. Minirapporten viser, at et forebyggende helbredstjek ikke nødvendigvis fører til store adfærdsændringer for målgruppen, og at ændringer i adfærd ofte hænger tæt sammen med hverdagen og den nære omgangskreds. Dette peger på, at der skal bruges andre metoder, hvis ønsket er, at målgruppen ændrer adfærd – og at forebyggende helbredstjek bør tage udgangspunkt i målgruppens bekymringer og oplevelser af symptomer i stedet for at blive udbudt systematisk.

Forskningsprojektet *Tjek Ind*

Erfaringerne i denne minirapport bygger på forskningsprojektet Tjek Ind, som adresserer den sociale ulighed i sundhed og den stigende forekomst af kronisk sygdom. Tjek Ind blev evalueret i et lodtrækningsforsøg i 32 almen praksis-klinikker i København fra 2014-2016. I alt deltog 1.104 personer i alderen 45-64 år uden anden formel uddannelse end grundskolen, og de blev tilfældigt inddelt i henholdsvis en indsats- og en kontrolgruppe. Indsatsgruppen (555 personer) modtog en personlig invitation til et forebyggende helbredstjek hos egen læge.

Ved helbredstjekket blev deltagerne målt og vejret, fik foretaget blodprøver og målt blodtryk og lungefunktion. Afslutningsvis blev der aftalt en tid til en opfølgende samtale, hvor resultaterne fra helbredstjekket blev gennemgået sammen med lægen. Deltagere med risikomarkører eller uhensigtsmæssig livsstil blev enten henvist til sundhedsfremmetilbud i kommunen eller forløb i egen praksis. Efter et år blev indsatsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen. Spørgeskemadata blev brugt til at sammenligne andelen af daglig-rygere, personer med højt alkoholforbrug, fysisk inaktive eller svært overvægtige personer i de to grupper. Registerdata blev brugt til at undersøge, om helbredstjekket havde ført til tidligere opsporing af fysiologiske risikofaktorer, såsom forhøjet blodtryk og koleste-

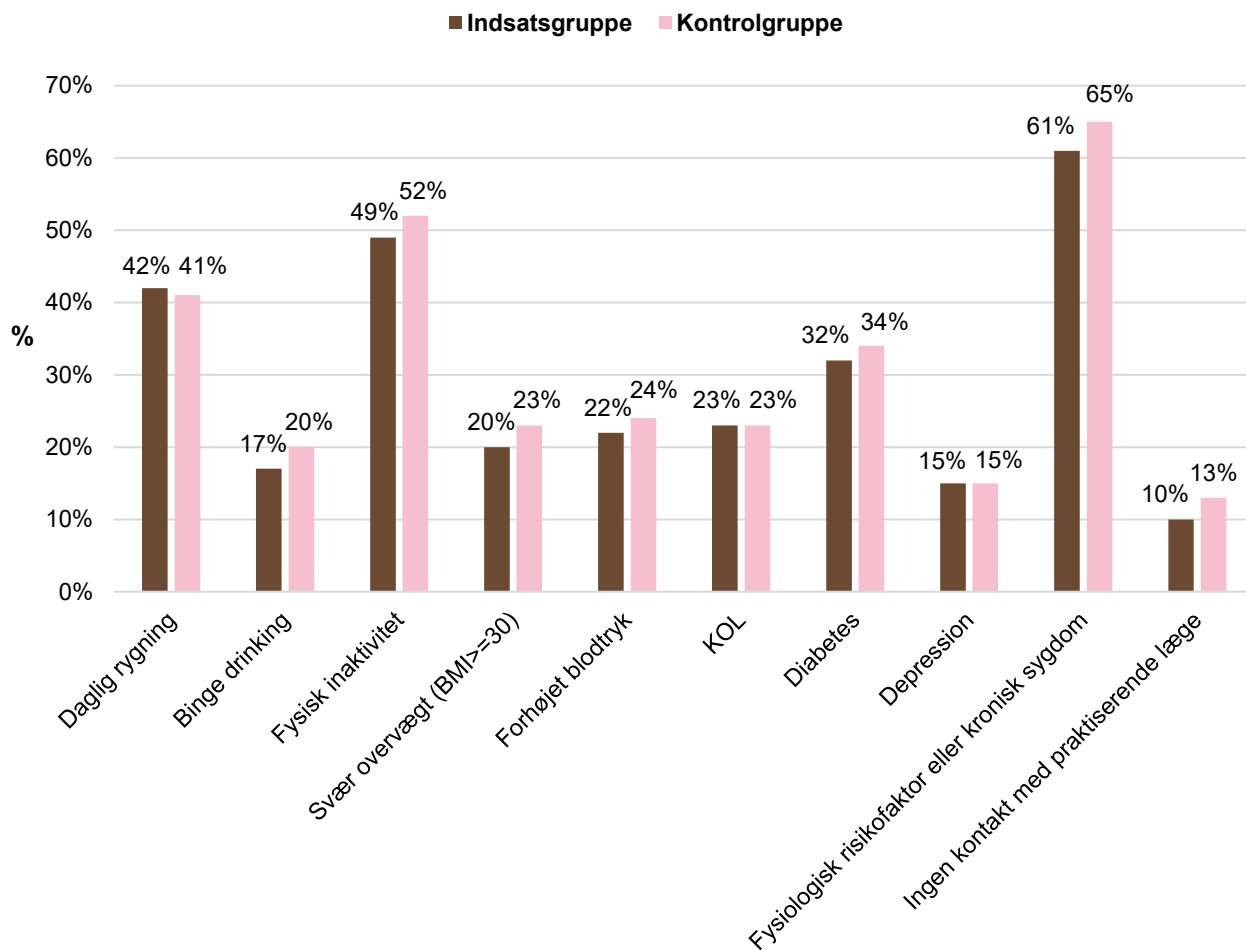
rol, og kroniske sygdomme ved at sammenligne de to grupper. Der blev også foretaget en dybdegående kvalitativ analyse af både deltagernes og lægernes oplevelse af det forebyggende helbredstjek.

Effektevaluering

Overordnet set fandt vi ingen effekt af helbredstjekket på andelen af daglig-rygere, personer med højt alkoholforbrug, fysisk inaktive eller svært overvægtige personer. Efter 12 måneder var der således 37 % daglig-rygere både i indsatsgruppen og kontrolgruppen. Opsporing af depression var omtrent tre gange mere sandsynligt blandt deltagerne i indsatsgruppen end i kontrolgruppen, men der var ingen forskelle i de andre undersøgte sygdomme. Dog var der en tendens til, at flere i indsatsgruppen havde fået diagnosticeret KOL end i kontrolgruppen.

Procesevaluering

Procesevalueringen kan være med til at forklare den manglende effekt af Tjek Ind. Overordnet set passede de personer, som blev inkluderet i Tjek Ind, til den ønskede målgruppe i forhold til sundhedsadfærd, eksempelvis rygestatus og overvægt (se figur 1). Blandt andet var der 42 % daglig-rygere i indsatsgruppen og 41 % i kontrolgruppen (20 % i den generelle befolkning). Det betyder, at der i denne gruppe er mulighed for at intervenere.



Figur 1. Sundheds- og sygdomsadfærd blandt indsatsgruppen og kontrolgruppen (baseline)

I alt mødte 66 % af de inviterede personer op til det forebyggende helbredstjek hos deres praktiserende læge – hvilket er mange i forhold til andre sammenlignelige undersøgelser. Et vigtigt fund ved undersøgelsen er hermed, at der er et stort potentiale for rekruttering af målgruppen. Der var imidlertid store forskelle på, hvem der mødte op til helbredstjekket, og hvem der ikke mødte op; særligt daglig-rygere, personer med dårligt selv vurderet helbred, højt stressniveau og ingen kontakt med den praktiserende læge inden for det sidste år mødte ikke op til helbredstjekket, hvilket kan betyde, at dem, der deltog i helbredstjekket, var dem med bedst helbred.

Derudover peger de kvalitative undersøgelser på, at selvom de inviterede personer deltager i helbredstjekket, betyder det ikke, at personer uden anden formel uddannelse end grundskolen nødvendigvis ændrer adfærd på baggrund af professionel rådgivning, men at ændringer i adfærd oftere hænger tæt sammen med hverdagen og den nære omgangskreds, eksempelvis stress eller kritisk sygdom hos et familiemedlem. Dermed viser Tjek Ind, at det kan betale sig at interessere sig for, hvilke motiver der ligger bag folks deltagelse i de forskellige sundhedsinitiativer.

Læs mere

Resultaterne fra Tjek Ind er publiceret i flere internationale tidsskrifter og i to ph.d.-afhandlinger. Se de forskellige publikationer nedenfor.

Artikel om rekrutteringen til Tjek Ind

Kamstrup-Larsen, N., Dalton, S. O., Broholm-Jørgensen, M., Larsen, L. B., Thomsen, J. L., Johansen, C. & Tolstrup, J. S., Using general practitioners to recruit individuals with low socioeconomic position to preventive health checks is feasible: a cross sectional study, 2019, Scandinavian Journal of Primary Health Care. 37, 3.

Artikel om begrundelser for at deltage i et forebyggende helbredstjek

Broholm-Jørgensen, M., Kamstrup-Larsen, N., Guassora, A. D. K., Reventlow, S., Dalton, S. O. & Tjørnhøj-Thomsen, T. 'It can't do any harm': A qualitative exploration of accounts of participation in preventive health checks, 2019, Health, Risk & Society. 21, 1-2.

Artikel om effekten af Tjek Ind på sundhedsadfærd og tidlig opsporing

Kamstrup-Larsen, N., Dalton, S. O., Grønbæk, M., Broholm-Jørgensen, M., Thomsen, J. L., Larsen, L. B., Johansen, C. & Tolstrup, J., The effectiveness of general practice-based health checks on health behaviour and incidence on non-communicable diseases in individuals with low socioeconomic position: a randomised controlled trial in Denmark, 2019, BMJ Open. 9, 9, 11.

Artikel om lægernes perspektiv på fastholdelse af patienter i almen praksis

Broholm-Jørgensen, M., Guassora, A. D., Reventlow, S., Dalton, S. O. & Tjørnhøj-Thomsen, T. Balancing trust and power: a qualitative study of GPs perceptions and strategies for retaining patients in preventive health checks, 2017, Scandinavian Journal of Primary Health Care. 35, 1.

Artikel om lægernes perspektiv på fastholdelse af patienter i almen praksis

Broholm-Jørgensen, M., Guassora, A. D. K., Reventlow, S., Dalton, S. O. & Tjørnhøj-Thomsen, T. I Tillid og magt: om fastholdelse af patienter uden uddannelse, 2018, Practicus. 239.

Artikel om forhandling af risiko i almen praksis

Broholm-Jørgensen, M., Kamstrup-Larsen, N., Guassora, A. D. K., Reventlow, S., Dalton, S. O. & Tjørnhøj-Thomsen, T. Negotiation, temporality and context – a qualitative study of the clinical encounter, 2019, European Journal for Person Centered Healthcare 7, 2.

Artikel om henvisning til kommunale forebyggelsestilbud i kommunen efter et forebyggende helbredstjek

Kamstrup-Larsen, N., Broholm-Jørgensen, M., Dalton, S. O., Larsen, L. B., Thomsen, J. L. & Tolstrup, J. S. Why do general practitioners not refer patients to behaviour-change programmes after preventive health checks? A mixed-method study, 2019, BMC Family Practice 20, 1, 13.

--

Ph.d.-afhandlinger

Broholm-Jørgensen M. Trust, risk and continuity – Prevention in clinical encounters between general practitioners and patients. PhD thesis. National Institute of Public Health, University of Southern Denmark, 2018.

Kamstrup-Larsen N. Preventive health checks among individuals with low socioeconomic position – A randomized controlled trial in general practice. PhD thesis. National Institute of Public Health, University of Southern Denmark, 2019.