

## REGION SJÆLLAND

### Helbredstjek: Skal læger opsøre øgede helbredsrisici blandt de såkaldte raske?

→ 24



#### SYDDANMARK

Med den endelige udpegning af Aabenraa som akutsygehus er »sygehuskrigen« indstillet. Nu vil de sønderjyske læger have arbejdsro.

→ 6

#### HOVEDSTADEN

Der er flere spørgsmål end svar, når det gælder etableringen af FAME i Region Hovedstaden. Først om 6-8 år er alle fælles akutenheder endeligt på plads.

→ 13

#### NORDJYLLAND

En ny ortopædkirurgisk fri-klinik på Sygehus Vendsyssel skal nedbringe Region Nordjyllands udgifter til privathospitaler og fastholde flere læger i offentligt regi.

→ 16

#### MIDTJYLLAND

Det er afgørende, at lægerne involverer sig i planlægningen af de kommende års sygehusbyggeri. Herved sikres den lægefaglige kerneydelse bedst muligt.

→ 18

#### SJÆLLAND

Praktiserende læger i Region Sjælland har haft besøg af et »rejsehold« med henblik på at drøfte polyfarmacinerede patienter.

→ 23

FOTO: POLFOTO



Er det sund fornuft eller spild af tid og penge at indbyde raske borgere til helbredsundersøgelser og helbredssamtaler?

## Helbredssamtaler: sund fornuft eller spild af tid?

**Den netop afgåede sundhedsborgmester Mogens Lønborg** havde helbredsundersøgelser af umiddelbart raske unge og midaldrende københavnere højt på sin politiske dagsorden. Men »masseintervention til forebyggelse af kronisk sygdom« virker ikke, mener praktiserende læge Anders Beich ...

**Dorte R. Jungersen**, journalist,  
dj@dadl.dk

»Raske borgere skal til lægen«.

Denne umiddelbare selvmodsigelse gav anledning til mange overskrifter i sommer, da Københavns Kommunes nu afgåede sundhedsborgmester, Mogens Lønborg (K), kunne bekendtgøre, at kommunen ville tilbyde alle københavnere i alderen 30-49 år forebyggende helbredsundersøgelser efterfulgt af samtaler hos den

praktiserende læge. I første omgang som forsøg på Amager.

Selv om det nu viser sig, at undersøgelserne og samtalerne er udskudt på ubestemt tid (se faktaboks), understreger Mogens Lønborg, at der er sund fornuft i at indbyde raske borgere til måling af bl.a. blodtryk og kolesterol efterfulgt af en samtale hos lægen.

Denne kan nemlig bruge sin autoritet til at fremme, at borgeren træffer nogle sunde valg.

»Vores sundhedsvæsen er så behandlingsorienteret, at vi ikke ser de usunde raske. Raske borgere kan godt være usunde, og det er vel forebyggelsens væsen at kunne spotte dem, før de bliver syge.

Viser det sig så, at en borger får påvist supergode tale, for både blodprocent, kolesterol og blodtryk, ja så kan den pågældende drikke en kop kaffe og være glad og skal naturligvis ikke indkaldes til en helbredssamtale«, siger Mogens Lønborg.

»Udforingen vil naturligvis være at få

fat i de laveste socialgrupper. For at det kan ske, forestiller jeg mig, at sundheds- huset, hvor undersøgelser og samtaler vil foregå, skal være opsporende. De skal ud og have fat i borgerne ude i skurvognene og på virksomhederne. Man kan forestille sig, at arbejdspladserne bliver det fremskudte sundhedshus, idet det for mange borgere vil være grænseoverskridende at møde op i et sundhedshus», erkender Mogens Lønborg.

### Paradigmeskifte

Anders Beich er praktiserende læge på Nørrebro. Tidligere har han igennem en lang årrække været ansat som forsker ved Forskningsenheden for Almen Praksis ved center for Sundhed og Samfund, Københavns Universitet.

Han er langt fra begejstret ved udsigten til at skulle føre helbredssamtaler med sine raske patienter.

»At vi skal bruge tid på at føre helbreds- samtaler med raske mennesker frem for at koncentrere os om de syge, vidner om et paradigmeskifte. Gevinsterne er i bedste fald marginale, og i værste fald er der tale om spild af penge og af lægernes tid, som sagtens kan anvendes på de syge.

Vi aner ikke, hvilken indflydelse det har, at det er lægen, der skal varetage helbredsamtalerne.

Men der vil sandsynligvis ske en ændring af folks opfattelse af sundhed i retning af, at sundhed er noget, der har med målværdier og deres læge at gøre. Imidlertid må vi ikke fratage borgerne muligheden for selv at mærke efter, vurdere deres eget helbred og selv tage beslutninger og ansvar. De er nemlig meget bedre til det end læger og laboranter.

Jeg skal jo ikke sidde og overbevise en velfungerede patient om, at det i øvrigt vil være en god idé, om han parkerer bilen og begynder at cykle på arbejde – det kan han da selv tage stilling til.

Dermed ikke sagt, at jeg ikke vil snakke med patienterne om deres levevis. Det

både vil og gør jeg i vid udstrækning, når der er en naturlig lægelig anledning hertil.

Jeg oplever mange flere anledninger til at bringe mine patienters sundhed og levevis på bane, end jeg har mulighed for at bruge i dagligdagen.

Nogle vil selvfølgelig henvise til børneundersøgelser, som vi har haft i mange år. Jamen, dem er der da heller ikke god evidens for at foretage«, siger Anders Beich, der i stedet efterlyser flere primære forebyggelsesinitiativer, som politikerne må tage ansvaret for.

»En ordentlig transport-, børne-unge- og socialpolitik, f.eks. – det vil kunne gøre en forskel af helt andre dimensioner.

Hvorfor skal mine børn have færre ugentlige idrætstimer, end jeg havde, da jeg gik i folkeskolen for 40 år siden?«

### Spinkelt grundlag

Anders Beich finder det desuden betænkeligt, at kommunen netop har tænkt sig at kopiere Ebeltoft-projektet (se boks) fra 1990'erne. Således påpeger han, at der er tale om en aldeles teoretisk udregnet gevinst, der i bedste fald – hvis man ignorerer de mange svagheder, der ifølge Anders Beich er ved Ebeltoft-projektet – er af størrelsesordenen »vundne levedage«.

»Det er da tankevækkende, at når det hævdes, at »antallet af personer med høj risiko for udvikling af hjerte-kar-sygdom halveres«, så skyldes det ikke, at interventionsgrupperne er blevet sundere i løbet af de fem år. Udsagnet baseres på, at der i kontrolgruppen – som ikke blev undersøgt ved forsøgets start – er flere med høj risiko ved opfølgningen. Ebeltoft-projektet har lovet i løbet af 2009 at publicere 15-års-opfølgningen. Det vil give langt bedre mulighed for at diskutere de mulige gevinster ved helbredstjek, når sygelighed og dødelighed kan tælles op, i stedet for at vi, som nu, må gå ud fra teoretiske gevinster udregnet på et ufatteligt spinkelt grundlag. Hvorfor har politikerne så travlt?«, spørger Anders Beich. ■

### FAKTA

#### Ebeltoft-projektet

Sundhedsprojekt Ebeltoft blev gennemført i perioden 1991-1997 som et randomiseret studie og omfattede tilbud om årlige forebyggende helbredsundersøgelser og helbredssamtaler i almen praksis til 30-49-årige borgere i Ebeltoft Kommune. I projektet deltog ni praktiserende læger og 1.500 patienter.

Resultaterne af projektet var – ifølge et notat udarbejdet af Sundheds- og Omsorgsforvaltningen – at:

- antallet af personer med høj risiko for udvikling af hjerte-kar-sygdom i interventionsgruppen var halvt så stor som i kontrolgruppen
- interventionen ikke medførte yderligere sygeliggørelse og ængstelse
- interventionen ikke medførte ekstra omkostninger for sundhedsvæsenet.

### FAKTA

#### Helbredsundersøgelser af raske udskudt på ubestemt tid

Med det formål at forebygge en række kroniske sygdomme – fx KOL, diabetes 2 og hjertesygdomme – lagde sundhedsprojektet på Amager op til at tilbyde samtlige knap 33.500 borgere mellem 30 og 49 år to forebyggende helbredsundersøgelser i et sundhedshus, fulgt op af to helbredsamtaler hos egen læge. Efter en evaluering af projektet var det hensigten at udvide projektet til at omfatte hele København.

Men der blev ikke på Københavns Kommunes og Region Hovedstadens budgetter for 2010 fundet penge til at indlede forsøget på Amager.

Regionen skulle bære 70 procent af udgifterne – til finansiering af helbredsamtalerne hos de praktiserende læger i det kommende sundhedshus på Amager. Kommunen skulle finansiere de resterende 30 procent, der dækker udgifter til måling af bl.a. blodtryk og kolesterol foretaget af sygeplejersker.

For Mogens Lønborg var der tale om en så principiel vigtig sag, at han, umiddelbart før han mistede sin borgmesterpost ved det netop overståede kommunalvalg, erklærede, at han var parat til sammen med ligeledes afgåede regionsrådsformand Vibeke Storm Rasmussen (S) at få finansieringen på plads, så vi »tidligt kan finde de usunde raske københavnere«.

**” Vores sundhedsvæsen er så behandlingsorienteret, at vi ikke ser de usunde raske. Raske borgere kan godt være usunde, og det er vel forebyggelsens væsen at kunne spotte dem, før de bliver syge.**

# Kan sundhedsvæsenet skabe usundhed?

**Ole Risby**, praktiserende læge, Espergærde

Det spørgsmål stilles i en netop udkommet bog ved Lotte Hvas, John Brodersen og Birgitta Hovelius.

Er spørgsmålet provokerende? Der er i løbet af de senere år sket meget store fremskridt både inden for diagnostik og behandling – ikke mindst inden for medikoteknik og billeddiagnostik. Men bruger vi da altid disse fremskridt hensigtsmæssigt i forhold til den samlede befolkning?

Hvad kan konsekvenserne være, når man udsætter mennesker – der føler og oplever sig raske – for klinisk kemisk, cytologisk, billeddiagnostisk eller anden screening af forskellig art? Hvor mange bliver sygeliggjorte uden at fejle noget, og hvor mange bliver opmærksomme på forandringer, som de aldrig ville mærke som sygdom?

Bruger vi vores medicinske landvindinger fornuftigt – hvor mange »civile ofre« vil vi acceptere i krigen mod det, der kan opfattes som latent sygdom?

Der har de seneste decennier været en kraftig stigning i biomedicinsk forskning med henblik på opsporing og behandling af individer med risikofaktorer. Kliniske retningslinjer bygger først og fremmest på den type af videnskab, og det forventes,

at disse *guidelines* indføres i praksis. Bogen er skrevet af et stort antal praktiserende læger, som giver forskellige bud på et vidt spektrum af spørgsmål inden for flere områder: Konstrueret sygdom. Medicinsk behandling af træthed, nedtrykthed og overbelastning. Sygemelding og helbred. Forebyggende medicinske behandlinger. Screeninger for colon- og mammacancer. Knoglescanning.

Konsekvenserne af disse og andre individrelaterede tiltag gennemgås og analyseres.

Bogen er et væsentligt indlæg i vores sundhedsdebat: og bør læses også af vores sundhedspolitikere.

Det må være op til læseren at drage konklusionerne på spørgsmålet: Kan sundhedsvæsenet skabe usundhed – og hvad endnu værre er: skabe sygdom?

Bogen skal samtidig ses som et væsentligt indspark i debatten om prioritering i sundhedsvæsenet:

Vores sundhedsudgifter stiger væsentlig hurtigere end vores bruttonationalprodukt. Skal der være brugerbetaling? Hvad er effekten af private sundhedsforsikringer? Skal de fortsat være fradragsberettigede?

Effekten er allerede nu tydelig at læse: De er ikke en aflastning for den offentlige finansiering – tværtimod. De bruges i ikke

ubetydelig grad til behandlinger, som ikke ville være foregået med offentligt tilskud og til

undersøgelser, som det offentlige sundhedsvæsen ikke ville have foretaget – eller allerede har udført – og behandlinger, som er tvivlsomme og i nogen grad uheldige.

Ønsker vi at kopiere forsikringsordningerne i det amerikanske sundhedssystem? Vi er blevet gjort opmærksom på de mest skræmmende konsekvenser. Og så er deres sundhedssystem dobbelt så dyrt som det danske.

Burde vi ikke standse op og tage en nuanceret stilling til, hvad vej vi vil med vores sundhedspolitik? ■



## FAKTA

»Kan sundhedsvæsenet skabe usundhed? Refleksioner fra almen praksis.«

Redaktion: Lotte Hvas, John Brodersen og Birgitta Hovelius.

Forlag: Månedsskrift for Praktisk Lægegering, København, november 2009, Pris 299 kr. 344 sider.

Kan bestilles hos Månedsskrift for Praktisk Lægegering, [www.mpl.dk](http://www.mpl.dk) eller 35266785.

## KORT NYT

### Influenza A-forskning på Gentofte

De 800 kvinder, der deltager i fødselskohortestudiet Asthma Begins in Childhood, har fået tilbud om at blive vaccineret med H1N1-vaccinen. Erfaringer viser, at spædbørn er specielt udsatte for komplikationer, hospitalsindlæggelser og dødsfald i forbindelse med H1N1-influenzapandemien, men der findes ikke megen viden om overførslen af immunitet fra gravide til deres børn efter naturlig infektion eller vaccination mod H1N1. Der er heller ingen viden om, hvor godt den nye H1N1-vaccine

beskytter sammenlignet med den beskyttelse, der opnås ved naturlig infektion. En målrettet indsats vedr. vaccination af små børn fordrer viden om, hvor effektivt og hvor længe børn af vaccinerede mødre er beskyttet af den overførte immunitet. ■

### Brystopererede har smerter tre år efter

Læge og ph.d. Rune Gartner fra Rigshospitalet har gennemført en større undersøgelse af smerter hos brystkræftopererede, der viser, at 47 procent af kvinderne stadig

har smerter 1-3 år efter operationen, og af dem har 13% svære smerter.

Den gruppe, hvor flest kvinder (60%) melder om smerter, har fået brystbevarende operation. De har fået fjernet alle lymfeknuderne i armhulen.

Modsat har gruppen, hvor færrest melder om smerter (20% af kvinderne), fået fjernet hele brystet og kun 1-2 lymfeknuder. Imidlertid viste det sig, at den største risikofaktor for at rapportere smerter er ung alder. Således havde kvinder under 40 år 2½ gang større risiko for smerter sammenlignet med kvinder mellem 60 og 70 år. ■