

Inledning

Generella hälsokontroller innebär kontakt mellan en individ och sjukvårdspersonal, där flera screeningtest utförs för att bedöma den generella hälsan, utan att några särskilda symtom finns. Generella hälsokontroller förväntas minska sjuklighet och dödlighet genom tidig upptäckt och behandling av sjukdomar och riskfaktorer. Livsstilsinterventioner som till exempel råd angående alkoholvanor, rökning och kost är också vanligt förekommande vid hälsokontroller.

Här sammanfattar och kommenterar SBU en systematisk översikt från The Cochrane Collaboration om generella hälsokontroller hos vuxna för att minska antalet sjukdoms- och dödsfall.

Kommenterad rapport

Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Grønhoj Larsen C, Gøtzsche 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.

Publikationsdatum: Oktober 2012

Senaste sökdatum: Juli 2012

SBU:s kommentar

Cochranerapporten visar att generella hälsokontroller inte reducerar sjuklighet eller dödlighet, varken totalt eller för hjärt- kärl- eller cancersjukdomar. Däremot ökade antalet diagnoser efter hälsoundersökningar. Negativa följder av hälsokontroller (oro, provtagning osv) var bristfälligt studerat och metodologiska problem i studierna var vanligt förekommande.

- Det finns inget vetenskapligt stöd för att erbjuda generella hälsokontroller till friska personer, varken av offentlig eller privat hälso- och sjukvård.
- Att generella hälsoundersökningar inte har någon positiv effekt kan eventuellt förklaras av att läkare i de länder studierna genomförts redan identifierat personer med hög risk att utveckla sjukdom och också påbörjat förebyggande och behandlande åtgärder.

- En svaghet i rapporten är att flertalet studier påbörjades på 1960- och 70-talet. Diagnos- och behandlingsmetoder kan ha förändrats över tiden.
- En annan svaghet i rapporten är att subgruppsanalys inte utförts med avseende på kön.
- Denna kommentar gäller generella hälsokontroller. Cochranerapporten definierade generella hälsokontroller som utförande av ett antal tester för att upptäcka olika sjukdomar hos en befolkning utan symtom. Utvärderingen gäller inte specifikt riktade screeningundersökningar för ett visst sjukdomstillstånd, t ex Västerbottenundersökningen. När det gäller mer specifikt riktade hälsokontroller finns litteratur som visar på positiv effekt. SBU har t ex tidigare publicerat en Alertrapport om screening för kolorektal cancer [1] och SBU:s Upplysningstjänst har nyligen besvarat en fråga om kostnadseffektivitet för hälsoundersökningar riktade mot hjärt-kärlsjukdom.

Sammanfattning av originalrapporten

Om studierna i originalrapporten

Den systematiska översikten redovisar fjorton randomiserade studier i vilka man undersökt fördelar och nackdelar med generella hälsokontroller hos vuxna (18 år eller äldre). Studierna startade mellan 1963 och 1999. Studier som endast inkluderade deltagare äldre än 65 år exkluderades, men i en av de ingående studierna var deltagarna 25–74 år och i flera studier var deltagarna äldre än 65 år vid uppföljningen. Uppföljningstiden varierade mellan de olika studierna och för dödlighet var den mellan fyra och tjugotvå år. Av studierna utfördes fyra i Sverige, fyra i Storbritannien, tre i USA och två i Danmark. En studie av WHO var internationell och innefattade länderna Storbritannien, Belgien, Polen, Spanien och Italien. Definitionen av generell hälsokontroll var screening för mer än en sjukdom eller riskfaktor i mer än ett organsystem oavsett om detta gjordes en eller flera gånger. Hälsokontrollen utfördes av läkare, sjuksköterska eller annan kvalificerad sjukvårdspersonal. Även studier som innefattade en livsstilsintervention inkluderades.

Det totala antalet deltagare var 182 880 med 106 477 i kontrollgruppen och 76 403 i interventionsgruppen. Deltagarna rekryterades från allmänläkarvården i fem studier, från den generella populationen i åtta studier och från arbetsplatsen i en studie. Deltagarna var inte selekterade för kända riskfaktorer eller sjukdomar som t ex högt blodtryck eller hjärtsjukdom.

Primära effektmått i rapporten var totala antalet dödsfall och sjukdomsrelaterade dödsfall. Sekundära effektmått var sjuklighet, nya diagnoser, sjukhusvistelse, patientoro, självrapporterad hälsa, remisser till specialister, oplanerade besök till allmänläkare, ytterligare diagnostik på grund av positiv screening samt arbetsfrånvaro.

Resultat

En sammanvägning av flera studier var endast möjlig för de primära effektmåtten (totalt antal dödsfall och sjukdomsrelaterade dödsfall) och riskkvoter beräknades med random effects model (se faktaruta). Subgrupps- och sensitivitetsanalyser förändrade inte dessa fynd.

- Nio studier rapporterade totala antalet dödsfall och totalt innefattade denna metaanalys 155 899 individer och 11 940 dödsfall. Medianen för uppföljningstid var 9 år och medianen för händelseförekomst var 7 procent i kontrollgruppen. De generella hälsokontrollerna hade ingen effekt på det totala antalet dödsfall (riskkvot 0,99 (95% konfidensintervall, 0,95 till 1,03))
- För hjärt- och kärlsjukdomsrelaterade dödsfall (8 studier, 152 435 individer, 4 567 dödsfall) sågs ingen effekt av generella hälsokontroller (riskkvot 1,03 (95% konfidensintervall, 0,91 till 1,17))
- För cancerrelaterade dödsfall (8 studier, 139 290 individer, 3 663 dödsfall) sågs ingen effekt av generella hälsokontroller (riskkvot 1,01 (95% konfidensintervall, 0,92 till 1,12))
- Ingen effekt sågs på sjuklighet men en studie visade en ökad förekomst av högt blodtryck och högt kolesterol och en annan studie visade ökad förekomst av självrapporterad kronisk sjukdom i interventionsgruppen. I en studie fann man att hälsokontrollerna ledde till en 20-procentig ökning i totala antalet nya diagnoser per deltagare över en sexårsperiod jämfört med kontrollgruppen. Två av fyra studier såg ett ökat användande av blodtryckssänkande läkemedel

i interventionsgruppen med hälsokontroll. Två av fyra studier fann små fördelaktiga effekter avseende självrapporterad hälsa, men detta kan bero på snedvridning (bias) då studierna inte var blindade¹.

- Inga fördelar med generella hälsokontroller kunde fastställas avseende sjukhusvistelse, funktionsnedsättning, oro, ytterligare läkarbesök eller arbetsfrånvaro men de flesta av dessa effektmått var bristfälligt studerade. Användbara resultat fanns inte rörande remisser till specialister, antal uppföljningstest på grund av positiv screening eller antal kirurgiska ingrepp.

Slutsatser enligt originalrapporten

Författarna till rapporten anser inte att det finns stöd för generella hälsokontroller hos vuxna då dessa inte minskade antalet sjukdoms- och dödsfall (varken totalt eller kardiovaskulära- eller cancerorsakade), även om antalet nya diagnoser ökade. Med tanke på det stora antalet deltagare och de många dödsfallen samt de långa uppföljningstiderna borde eventuella positiva effekter ha kunnat påvisas.

Betydelsefulla negativa effekter, som antalet uppföljande undersökningar eller psykologiska effekter, studerades eller rapporterades oftast inte och metodologiska problem som t ex heterogenitet (bristande överensstämmelse mellan studier) och snedvridning förekom. En studie (Inter99) är inte helt avslutad. Om inte heller denna visar några positiva effekter av hälsoundersökningar finns inget skäl i dagsläget att påbörja ytterligare randomiserade hälsostudier av detta slag.

Behov av framtida forskning enligt originalrapporten

Rapportens författare föreslår att framtida forskning fokuserar på hälsokontrollers separata delar som t ex screening för kardiovaskulära riskfaktorer, kroniskt obstruktiv lungsjukdom, diabetes eller njursjukdom. De föreslår också att surrogatvariabler, som förändringar i riskfaktorer, inte ska användas för att utvärdera nyttan med hälsokontroller då dessa kan leda till felaktiga slutsatser. Kartläggning av eventuella negativa effekter bör studeras i samband med hälsoundersökningar.

SBU:s granskning av originalrapporten

Vid SBU:s kvalitetsbedömning av originalrapporten användes en granskningsmall för systematiska översikter (AMSTAR) [2]. Granskningen visade att litteratursökning, studieurval och dataextraktion uppfyllde definierade kvalitetskrav för en systematisk översikt.

¹ Vid blindade studier känner patienter och vårdgivare (dubbelblindade) inte till vilken behandling som ges i de olika grupperna (experimentell eller kontroll).

Random effects model

Sammanvägning av resultat från olika studier kan göras genom metaanalys. Bristande samstämmighet (heterogenitet) mellan studier kan tydliggöras och undersökas genom att inkluderas i metaanalysen. En modell för detta är "random effects model". I denna utgår man från att varje studieresultat baseras på slumpmässiga urval från flera populationer av resultat med en egen "sann" effekt för varje studie. I praktiken betyder detta att små avvikande studier vägs in i metaanalysen.

Riskkvot

Risk är sannolikheten för en viss händelse av negativ karaktär t ex död eller sjukdom. I en medicinsk studie är risktalet antalet personer som drabbats av händelsen dividerat med totala antalet personer i gruppen. Kvoten mellan risktalen hos två undersökta grupper (i detta fall generell hälsokontroll jämfört med ingen generell hälsokontroll) kallas riskkvot eller relativ risk. En riskkvot på 1 innebär ingen skillnad mellan två grupper. En riskkvot under 1 innebär att interventionen var effektiv att minska risken för händelsen. Riskkvoter över 1 innebär att risken med interventionen var högre än kontrollalternativet.

Generella hälsoundersökningar/-kontroller i Sverige

Generella hälsoundersökningar har framför allt varit mycket vanliga inom svensk företagshälsovård. Dessa undersökningar har som regel inneburit att personer som kallats till undersökning fått fylla i en enkät och att en mer eller mindre omfattande blodprovstagning genomförts och ofta också andra undersökningar som EKG och spirometri. Exempelvis anger ett av de största företagen inom företagshälsovården, Previa, att sådana undersökningar är efterfrågade och uppskattade. Previas ledning har emellertid haft intentioner att avveckla dem och mer betona fördelarna med strategiska arbetsmiljö- och hälsofrämjande gruppundersökningar.

Hälsokontroller har också utgjort en del av arbets sättet i olika små och storskaliga preventionsprojekt i svensk hälso- och sjukvård. De har använts både som screeningmetod för att identifiera riskindivider, men även som en bas för att kunna individanpassa den efterföljande interventionen.

Under senare år har ett stort antal privata aktörer inbjudit till hälsoundersökningar på sina hemsidor och i annonser riktade till allmänheten. Även vårdcentraler i offentlig regi kan på sin hemsida ange att hälsoundersökningar utförs. Det finns nu även en typ av hälsoundersökning som består av en webbaserad enkät och en provtagning som utförs på ett bestämt provtagningsställe. Resultaten bedöms sedan av läkare som eventuellt rekommenderar vidare åtgärder.

I samband med forskningsprojekt riktade till friska personer kan i annonser och i "informerat samtycke" förekomma påpekanden om att fördelen med att delta i forskningsprojektet är att en hälsoundersökning utförs. Ett aktuellt exempel är det stora projektet LifeGene, som stöts av Vetenskapsrådet och sex svenska universitet. På hemsidan anges att "Som deltagare i LifeGene får du bättre koll på din egen hälsa eftersom du följs upp regelbundet med hälsokontroller vid våra testcenter". Detta belyser den positiva inställningen till hälsokontroller inom vetenskapssamhället.

Lästips

SBU. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok. 1 uppl. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2013.

SBU. Vetenskap & Praxis. Gör hälsokontroller nytta? Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 1996.

Previas hemsida, hämtad från: www.previa.se

Lifegene:s hemsida, hämtad från:
<https://www.lifegene.se/introduktion/>

Referenser

1. SBU Alert. Screening för kolorektal cancer. Version 2. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2002.
2. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol* 2007;7:10.

Projektgrupp**Sakkunnig**

Birgitta Hovellius, professor, specialist i allmänmedicin.
Institutionen för kliniska vetenskaper, Lund

Granskare

Mai-Lis Hellénus, professor. Livsstilmottagningen,
Hjärtkliniken, Karolinska Sjukhuset samt Institutionen
för medicin, Karolinska Institutet

Projektledare

Miriam Entesarian, SBU
Mikael Nilsson, SBU

Kommenterad rapport

Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Grønhøj Larsen C,
Gøtzsche 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.

SBU utvärderar sjukvårdens metoder

SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering, är en statlig myndighet som utvärderar hälso- och sjukvårdens metoder. SBU analyserar metodernas nytta, risker och kostnader och jämför vetenskapliga fakta med svensk vårdpraxis. Målet är att ge ett bättre beslutsunderlag för alla som avgör hur vården ska utformas.

SBU Kommenterar och sammanfattar utländska medicinska kunskapsöversikter. SBU granskar översikten men inte de enskilda studierna. Forskning som förändrar kunskapsläget kan ha tillkommit senare.

SBU Kommenterar publicerad: 2013-09-18
Originalrapporten publicerad: Oktober 2012
Rapporten kan hittas på www.sbu.se/2013_05.

Läs fler SBU Kommenterar på www.sbu.se

Ansvarig utgivare: Måns Rosén, Direktör SBU
Programchef: Jan Liliemark, SBU
Grafisk produktion: Yra AB

SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering
Box 3657, 103 59 Stockholm • Olof Palmes Gata 17
Telefon: 08-412 32 00 • Fax: 08-411 32 60
E-post: registrator@sbu.se • www.sbu.se