

LIGE ADGANG TIL SUNDHEDSVÆSNET

Sundhedstjek hos egen læge til personer med udviklingshæmning eller sindslidelse i botilbud



Lige adgang til sundhedsvæsenet

Sundhedstjek hos egen læge til personer med udviklingshæmning eller sindslidelse i botilbud.

September 2014

Rapporten er lavet af Maria Holsaae og Heidi Bentzen, Danske Handicaporganisationer.

Indhold

FORORD	5
1. INDLEDNING	6
Pilotprojektets formål og faser	8
Metode og forbehold	9
2. SAMMENFATNING OG ANBEFALINGER.....	11
3. EVALUERING AF MODELLEN FOR SUNDHEDSTJEK.....	16
Deltagerne i projektet	16
Kvalitative interview	17
4. IMPLEMENTERING AF MODELLEN	20
Implementering af sundhedstjekket på botilbuddene	21
Botilbud for personer med sindslidelse	21
Botilbud for personer med udviklingshæmning	23
Implementering af sundhedstjek hos lægerne	25
5. SAMARBEJDSMODEL FOR SUNDHEDSTJEK	26
5.1 Den opsøgende indsats	26
Motivation af borgerne	27
Personer med sindslidelse.....	27
Personer med udviklingshæmning	28
Behov for en understøttende pædagogisk indsats i motivationen	29
Lægernes oplevelse af den opsøgende indsats	30
Gav en opsøgende indsats unødigt nervøsitet for helbredet	31
Fokus på somatisk sundhed	32
En ret til sundhedstjek kan sikre adgang til lægen	33
5.2 Forberedelse til sundhedstjekket	35
Introduktion af undersøgelserne i sundhedstjekket gav delvist tryghed	36
Lægernes oplevelse af borgernes forberedelse	38
Spørgeskemaet giver bredt billede af borgerens helbred	39
Lægens forberedelse	43
Blodprøven – en gordisk knude	44
5.3 Sundhedstjekket.....	46
Lægens tjekliste sikrer bredde og systematik	47
Sundhedstjekket kunne ikke gennemføres	49
Behov for længere og fleksibel tidsramme.....	50

Sundhedsmæssige resultater	50
5.4 Tydelig rolle- og ansvarsfordeling	52
Behov for fast initiativtager og tovholder	53
Opgavens omfang er rimelig og kan implementeres i nuværende praksis.....	54
Samarbejde mellem læger og botilbud forløb gnidningsfrit	55
Fast støtte-kontaktperson gennem hele forløbet kræver god planlægning.....	55
5.5 Opsamling på den samlede model	57
6. PERSPEKTIVERING	58
Litteratur	60
BILAG	62
Bilag 1: Udvikling af model for sundhedstjek i en dansk kontekst.....	62
Bilag 2: Metode	75
Bilag 3: Interviewguides.....	77
Bilag 4: Lægens evaluering og afkrydsningsskema.....	87

FORORD

Formålet med denne rapport er at præsentere resultaterne fra pilotprojektet ”*Lige adgang til sundhedsvæsenet: Sundhedstjek hos lægen til Personer med udviklingshæmning eller sindslidelse i botilbud.*” Projektet er gennemført i perioden december 2012 til september 2014.

Pilotprojektet har dels afdækket årsager til ulighed i adgangen til det behandlende sundhedsvæsen for personer med sindslidelse eller udviklingshæmning, dels udviklet og afprøvet en konkret samarbejdsmodel for et systematisk sundhedstjek til målgruppen. Formålet har været at afprøve en metode til at mindske den ulighed i sundhed, som målgruppen oplever.

Projektets målgruppe – personer med udviklingshæmning eller sindslidelse, der bor i botilbud – kan betegnes som en særlig sårbar gruppe. Langt de fleste personer med udviklingshæmning eller sindslidelse, som bor i botilbud, har et forsørgelsesgrundlag som består af førtidspension. Målgruppen har ofte ingen eller meget beskedent tilknytning til arbejdsmarkedet. Uddannelsesniveaueet blandt personerne i denne målgruppe er også meget lavt. En betydelig del af målgruppen har også en fysisk funktionsnedsættelse.¹

Generelt er botilbud til målgruppen kendetegnet ved, at der er ansat fast tilknyttet pædagogisk personale, som på forskellig vis støtter beboerne i hverdagen. Personalets sammensætning i forhold til faglig baggrund varierer og omfatter ikke altid sundhedsfagligt personale. Ifølge Danmarks Statistik boede ca. 14.900 personer i botilbud efter serviceloven i 2012 (1). Det reelle tal må dog formodes at være højere, da tallene ikke omfatter boformer, der kan sammenlignes med botilbud.

En særlig tak til de borgere og pårørende, almen praktiserende læger og personalet ved de fem deltagende botilbud, som har bidraget til projektets gennemførelse.

Projektet er gennemført i et samarbejde mellem Danske Handicaporganisationer, Region Hovedstaden og Københavns Kommune. Landsforeningen LEV og Landsforeningen SIND har ydet konsulentbistand i projektet. Deltagere fra samarbejdspartnerne har udgjort projektets styregruppe, der har udstukket rammerne for projektet, skabt kontakt til de forskellige aktører samt drøftet projektets resultater og anbefalinger.

Styregruppen bestod af: Jørgen Anker, Københavns Kommune, Mona-Lene Kjærgård, Region Hovedstaden, Thomas Gruber, Landsforeningen LEV, Kirsten Hove, Landsforeningen SIND, og Maria Holsaae, Danske Handicaporganisationer.

Projektet er et satspuljeprojekt under Sundhedsstyrelsen pulje: Forebyggelse af ulighed i det behandlende sundhedsvæsen.

¹ <http://www.handicap.dk/dokumenter/rapporter-notater/barrierer-for-lige-adgang-til-det-primaere-sundhedsvaesen>

1. INDLEDNING

Erfaringer og undersøgelser viser, at borgere med en intellektuel eller psykisk funktionsnedsættelse, fx personer med udviklingshæmning, hjerneskade eller en sindslidelse, oplever markant ulighed i sundhed.² Det fremgår bl.a., at denne målgruppe ikke får den rigtige eller optimale behandling (2; 3; 4), mangler adgang til råd og vejledning vedr. forebyggelse og sundhedsfremme, medicinsikkerhedsmæssige udfordringer (2), og at mange alvorlige sygdomme og funktionsnedsættelser bliver opdaget for sent (5; 6; 7).

Konsekvensen er, at borgere med begrænsede forudsætninger for egenomsorg pga. en intellektuel eller psykisk funktionsnedsættelse, i dag oplever unødvendigt dårligt helbred. En undersøgelse viser, at mennesker med psykiatriske problemstillinger lever op til 20 år kortere end resten af befolkningen (8), mens en anden nylig undersøgelse viser, at personer med udviklingshæmning har en kortere middellevetid på op til 14,6 år (9). Den markant kortere gennemsnitlige levealder skyldes bl.a., at personer med sindslidelse har større risiko for hjerte-karsygdomme og KOL (10). Personer med udviklingshæmning har større risiko for en række sygdomme, herunder bl.a. epilepsi og alvorlige muskel- og skeletlidelser (11). For begge målgrupper gælder, at de på nogle områder er underbehandlede (7; 11; 12), mens de på andre områder er overbehandlede, eksempelvis overmedicinerede (13).

Udover kortere levealder og tab af livskvalitet, bliver borgerne som konsekvens af uligheden mindre selvhjulpne og det offentliges udgifter til pleje, hjælpemidler og unødvendige indlæggelser stiger.

For at nedbringe den ulige adgang til sundhedsvæsenet, er det nødvendigt at identificere årsagerne i form af barrierer for lige adgang. En væsentlig barriere for målgruppen er således, at det danske sundhedsvæsen i vidt omfang er baseret på ”den selvopsøgende patient”, der kontakter sin praktiserende læge, når hun/han bliver opmærksom på et symptom. Og hvis problemet kræver behandling, skal den praktiserende læge henvise borgerne videre i sundhedsvæsenet. Den praktiserende læge fungerer som central gatekeeper for og ”tovholder” i sundhedsvæsenet, og borgerens adgang til egen læge er derfor helt central for udredning og behandling i sundhedsvæsenet. Mange personer med udviklingshæmning eller sindslidelse har nedsat opmærksomhed på, og nedsat evne til fortolkning af egne symptomer (14), og er derfor udfordrede i forhold til at være ”selvopsøgende” patienter. Problemet forstærkes yderligere ved, at mange i målgruppen oplever vanskeligheder i kommunikation omkring deres helbred.

Disse vilkår betyder, at personer med udviklingshæmning eller sindslidelse ofte afhænger af hjælp og støtte fra deres omgivelser i kontakten med sundhedsvæsenet. En udfordring her er manglende viden om sundhedsproblemstillinger blandt de støttepersoner, der er

² En af projektets formål har været en litteraturbaseret afdækning af ulighed i sundhed for målgruppen og effekten af sundhedstjek. For nærmere gennemgang af litteraturen, der ligger til grund for projektet, henvises til de øvrige materialer fra projektet: Rapport om afdækning af barrierer, samt drejebog for model for sundhedstjek. Materialerne kan findes på <http://www.handicap.dk/projekter/lige-adgang-til-sundhedsvaesenet/undermappe/materiale>

omkring borgeren i det daglige. Hertil kommer et ofte mangelfuldt samarbejde mellem læger og botilbud, hvor erfaringer viser, at der bl.a. er udbredte problemer med informations- og vidensdeling om borgerens helbred. Samtidig har mange praktiserende læger kun få patienter med en psykisk eller intellektuel funktionsnedsættelse, hvorfor mange læger ikke opnår den nødvendige erfaring med og viden om de særlige helbredsmæssige faktorer og behov, der knytter sig til de forskellige funktionsnedsættelser. Endelig har lægerne i dag begrænsede muligheder for at gøre opsøgende indsats og for at tilpasse konsultationen, både tidsmæssigt og i forhold til at undersøge flere handicaprelaterede problemstillinger (11; 15). Samlet set er der derfor brug for en styrket indsats, for at borgere med udviklingshæmning eller en sindslidelse kan få mere lige adgang til sundhedsvæsenet, herunder de praktiserende læger.

Både internationalt og i Danmark har der i de senere år været stigende fokus på den markante ulighed i sundhed for personer med handicap, herunder personer med sindslidelse og udviklingshæmning, hvilket også har givet fokus på, hvordan uligheden kan mindskes. Flere erfaringer og undersøgelser viser gode resultater ved en opsøgende indsats. Eksempelvis betød en opsøgende indsats i forhold til synsproblemer blandt 89 psykisk udviklingshæmmede beboere i botilbud, at der blev afdækket behov for briller hos 50 personer, hvoraf kun 7 personer brugte briller på screeningstidspunktet (6). En opsøgende indsats i form af et sundhedstjek har vist sig at være en effektiv metode til at opspore uopdagede helbredsproblemer hos målgruppen.

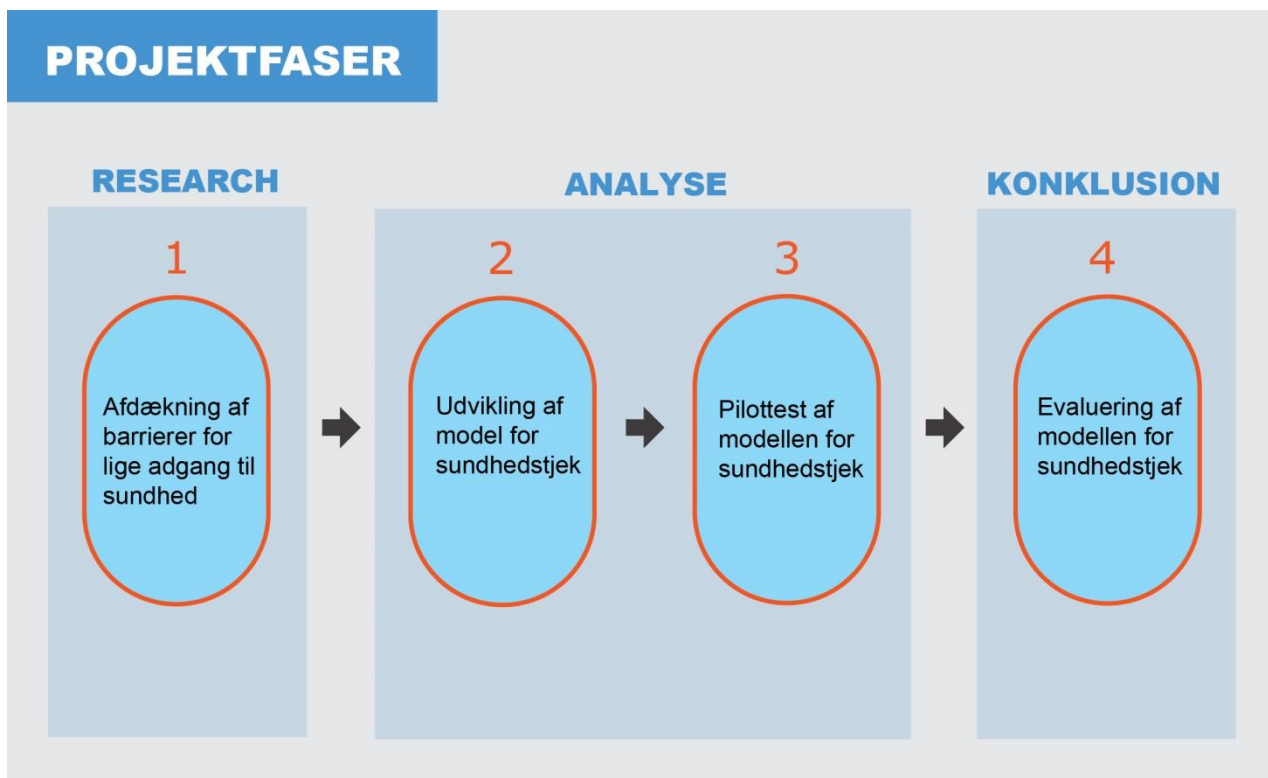
De gode erfaringer bekræftes bl.a. af et internationalt systematisk review af effekten af sundhedstjek for personer med udviklingshæmning foretaget i 2010 (7) og senest opdateret i 2013 (16). Gennemgangen af den eksisterende viden viser, at der er klar evidens for, at sundhedstjek er en effektiv måde at finde uopdagede helbredsproblemer på. Reviewet viser, at dette både gør sig gældende for opsporingen af livstruende helbredstilstande, herunder eksempelvis kræft og hjerteproblemer, samt andre helbredsproblemer såsom ørevokspropper og dårligt syn, der i nogle tilfælde er relativt lette og billige at behandle. Det fremhæves, at selvom nogle af disse helbredsproblemer kan betragtes som mindre, kan de have stor betydning for den enkeltes livskvalitet og selvhjulpenhed. Da målgruppen i forvejen ofte har begrænset kommunikations- og handleevne, kan det have alvorlige sociale konsekvenser, hvis sådanne sundhedsmæssige problemer ikke opdages og behandles.

For personer med sindslidelse viser resultaterne af et projekt om sundhedstjek på det socialpsykiatriske botilbud Tangkær i Region Midtjylland, at et årligt sundhedstjek også for denne gruppe fører til opdagelsen af sygdomme og dermed mulighed for forebyggelse og behandling. Blandt de 34 borgere (81 %), der modtog et sundhedstjek, blev der opdaget en række sundhedsproblemer, herunder tand- og mundsundhedsproblemer, samt livsstilssygdomme. Som konkrete resultater af projektet fik 38 % af borgerne i 2011 og 2012 nedsat medicinforbruget, og der blev iværksat forebyggende indsatser for fx udvikling af diabetes (17). Tilbuddet om sundhedstjek er nu blevet permanent på Tangkær og skal implementeres på hele specialområdet i Region Midtjylland.³

³ <http://www.rm.dk/psykiatri+og+social/planer+og+aftaler/social+strategi>

Pilotprojektets formål og faser

Formålet med projektet har været at udvikle og afprøve en systematisk samarbejdsmodel for sundhedstjek til personer med sindslidelse eller udviklingshæmning, der bor i botilbud. Projektet skulle derved give mere viden om årsagerne til ulighed og undersøge, om et systematisk sundhedstjek kan bidrage til at nedbringe ulighederne. Projektet har derfor haft en praktisk karakter med fokus på at udvikle og afprøve en konkret model for sundhedstjek og herefter samle op på erfaringerne med, hvordan modellen fungerede i praksis. Projektet har været opbygget på følgende måde:



Projektet har indledningsvist afdækket årsager til ulighed i brugen og effekten af primære sundhedsydelser for personer med en udviklingshæmning eller sindslidelse. Resultaterne af denne barriere-afdækning er beskrevet i en selvstændig rapport. Hele rapporten kan læses på⁴ www.handicap.dk.

På baggrund af den viden om barrierer, som blev kortlagt i ”Barrierer for lige adgang til det primære sundhedsvæsen”, samt nationale og internationale erfaringer med sundhedstjek, har projektet udviklet en samarbejdsmodel for et systematisk sundhedstjek. Metoden for udviklingen af modellen er nærmere beskrevet i Bilag 1. Det vejledende materiale om modellen benyttet af deltagerne i projektet kan findes på projektets hjemmeside⁵.

Afslutningsvist blev den udviklede model for opsøgende sundhedstjek afprøvet for maksimalt 20 borgere for at vurdere dens effekter i praksis. Det er denne del af projektet, der er i fokus i denne rapport.

⁴ <http://www.handicap.dk/dokumenter/rapporter-notater/barrierer-for-lige-adgang-til-det-primære-sundhedsvæsen>

⁵ <http://www.handicap.dk/projekter/lige-adgang-til-sundhedsvæsenet>

Metode og forbehold

Da der er tale om et pilotprojekt med et begrænset antal deltagere på maksimalt 20 personer, og med en kort opfølgingsperiode, har det ikke være muligt at lave en egentlig effektevaluering af den sundhedsmæssige effekt af sundhedstjekket. Projektet kan således ikke sige i hvilket omfang, sundhedstjekket har haft en sundhedsmæssig positiv effekt for målgruppen. Det er dog muligt at sige noget om, hvorvidt sundhedstjekket har ført til opdagelse af sundhedsmæssige problemstillinger, behandling, viderehenvisning eller undersøgelser for de enkelte deltagere.

Sundhedstjek er ikke en ny metode, idet flere forskellige koncepter er blevet afprøvet på forskellige målgrupper i såvel ind- som udland. Projektets udgangspunkt har derfor været, at sundhedstjek kan have en positiv effekt for denne målgruppes sundhedstilstand. Et nyligt Cochrane review konkluderer, at der er større ulemper end fordele ved et generelt sundhedstjek til normalbefolkningen (18), men mange undersøgelser viser, at der er god grund til at lave sundhedstjek for borgere med udviklingshæmning eller psykiatriske problemstillinger. Der har løbende gennem projektet været diskuteret sundhedstjek som metode til at sikre lighed i sundhed, men det primære fokus i projektet har været at udvikle en model, der kunne fungere i en dansk kontekst og passe til forskellig organisering af boformer. Det primære fokus i evalueringen af projektet har derfor været på samarbejdsmodellen og hvordan den fungerede i praksis, herunder at afdække, hvilke elementer ved et sundhedstjek, der er virkningsfulde i forhold til at modvirke ulighed for målgruppen og under hvilke forudsætninger. Dette med henblik på at komme med anbefalinger til, hvilke elementer ved et sundhedstjek, der kan imødekomme de barrierer, målgruppen oplever.

Evalueringen er foretaget med udgangspunkt i virkningsevaluering, der fokuserer på hvordan og under hvilke betingelser indsatser og processer virker. Dvs., hvordan de enkelte dele af sundhedstjekket har fungeret i praksis – ikke kun om input (borgeren inviteres til et sundhedstjek) leder til det ønskede output (en sundhedsmæssig effekt), men også hvilke forudsætninger, der skal være til stede. Der er benyttet en kvalitativ metode, hvor det gennem interview blev afdækket, hvordan de forskellige parter oplevede modellen, hvordan implementeringen gik, hvordan det vejledende materiale fungerede mv. Herudover bygger evalueringen også på de notater, som lægerne har udfyldt i forbindelse med hvert sundhedstjek og som viser, hvilke sundhedsmæssige problemstillinger, der blev afdækket, og hvordan der eventuelt blev fulgt op på dem. For uddybning af metoden henvises til bilag 2.

I forhold til mulighederne for at generalisere projektets resultater, er det relevant at nævne projektets korte varighed, såvel som begrænsede antal deltagere. Samtidig er de lovgivningsmæssige rammer for indsatsen for personer med sindslidelse og udviklingshæmning i botilbud, samt reguleringen af almen praksis, imidlertid ens i hele landet, hvilket kunne betyde, at nogle af de identificerede problemstillinger og effekter kan genfindes andre steder.

Tværfaglig tilgang til projektet

Danske Handicaporganisationer (DH) har været projektleder på hele projektet, herunder evaluering af samarbejdsmodellen. DH har valgt en inddragende metode til udvikling af modellen, hvor projektets samarbejdsparter har været tæt inddraget i såvel udarbejdelsen af

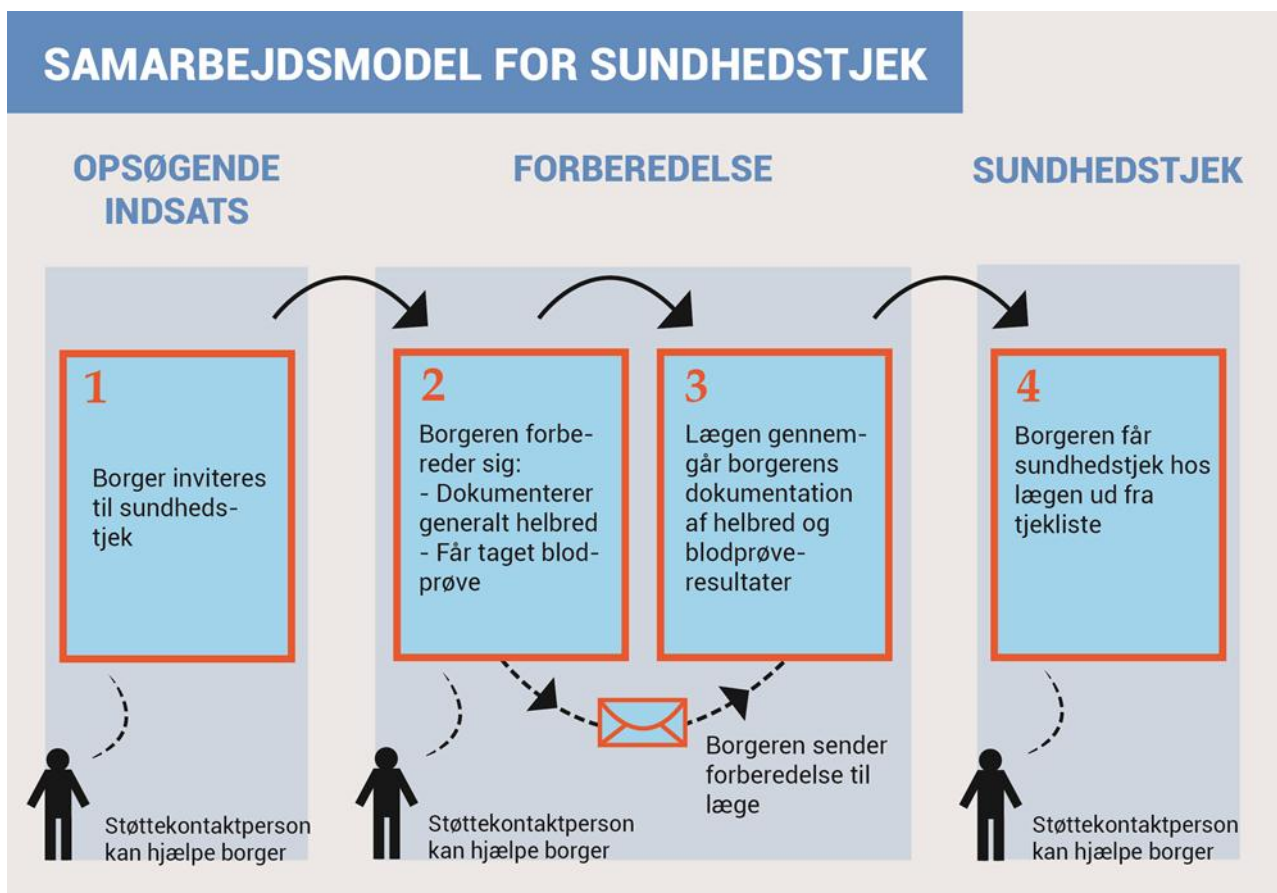
modellen, identifikation af deltagerne samt udarbejdelse af anbefalinger på baggrund af analysens resultater. Til dette har været nedsat et projektteam med repræsentanter for projektets samarbejdspartnere, der har haft indgående kendskab til praksis. Projektteamet bestod af:

- Michael Dupont, Alment praktiserende læge, Birkerød.
- Sverre Barfod, Alment praktiserende læge, Frederiksværk.
- Hanne Søby Christensen, Sundhedsfaglig koordinator, DU-Handicap, Københavns Kommunes Socialforvaltning.
- Jakob Bro, Sundhedsfaglig udviklingskonsulent, Drifts- og Udviklingskontoret for Udsatte grupper og Psykiatri, Københavns Kommunes Socialforvaltning.
- Gitte Møller, Botilbudsleder i REBUS.
- Ellen Blæhr, Vicecenterchef, Center Nørrebro.
- Thomas Gruber, Landsforeningen LEV.
- Kirsten Hove, Landsforeningen SIND.

Projektteamet har kvalificeret afdækningen af barrierer, udvikling af modellen, samt evalueringen af projektet. Derudover har der været afviklet en workshop med en international forsker i forbindelse med udvikling af modellen, samt nedsat en referencegruppe til yderligere kvalitetssikring af modellen og evalueringen.

2. SAMMENFATNING OG ANBEFALINGER

Indeværende rapport er ikke en videnskabelig undersøgelse, men et pilotprojekt med det formål at udvikle og afprøve en systematisk samarbejdsmodel for sundhedstjek til personer med sindslidelse eller udviklingshæmning der bor i botilbud. Den udviklede samarbejdsmodel er illustreret nedenfor i figur 2.



Den opsøgende indsats i form af et tilbud om et sundhedstjek, betyder, at borgere med sindslidelse eller udviklingshæmning får tilbud om at komme til lægen og systematisk få undersøgt deres helbred. Samarbejdselementet i kombination med den systematiske tilgang sikrer informationsudveksling om borgernes helbred parterne imellem, samt et bredt fokus på borgernes somatiske helbred. Modellen er udviklet af en tværfaglig projektgruppe på baggrund af en litteraturanalyse, samt interview med borgere, personale, læger og pårørende.

På baggrund af modellen blev der udviklet vejledende materiale til hhv. borgerne, personalet på botilbuddene og de praktiserende læger. Materialet til borgerne var ledsaget af billeder og ikoner. Materialet forklarede kort alle parter opgaver samt indeholdt den tjekliste for undersøgelser, som skulle gennemgås hos lægen.

I modellen var afsat en halv time til lægens forberedelse og en halv time til selve sundhedstjekket hos lægen. Lægerne blev kompenseret med Regionens timetakst på ca.

880 kr. For personalet var der afsat kompensation til 4 timer pr. borger. Projektet var planlagt til, at 20 borgere kunne tilbydes et sundhedstjek, hhv. 10 personer med udviklingshæmning og 10 personer med sindslidelse.

I alt deltog 12 borgere i projektet, hvoraf 10 personer havde udviklingshæmning og 2 personer havde sindslidelse. På baggrund af dette projekt alene, er det derfor vanskeligt at sige noget om effekten af denne form for sundhedstjek for personer med sindslidelse. Hovedårsagen til, at kun 2 personer med sindslidelse fik foretaget et sundhedstjek, var udfordringer med implementeringen af modellen på et af de deltagende botilbud. Implementeringsproblemerne betød, at for få borgere fik tilbud om et sundhedstjek, og problemerne skyldtes dermed organisatoriske forhold. Dette understøttes af resultaterne fra botilbuddet Tangkær i Region Midtjylland, hvor over 80 % af borgerne med sindslidelse deltager i et årligt sundhedstjek.

De 10 personer med udviklingshæmning boede på fire forskellige botilbud og de 2 personer med sindslidelse boede på det samme botilbud. Deltagernes funktionsniveau varierede, nogle deltagere havde meget begrænset sprog og en enkelt var kørestolsbruger. Borgerne havde tilsammen 6 forskellige læger og en række støtte-kontaktpersoner. Hovedparten af deltagerne i projektet var ikke bange for at gå til lægen. Ud af de 12 borgere, der deltog i projektet, gennemførte 10 borgere hele sundhedstjekket, mens to borgere kun deltog i den forberedende del. Projektet er evalueret på baggrund af interviews med alle parter, samt notater udfyldt af de praktiserende læger i forbindelse med de gennemførte sundhedstjek.

ERFARINGERNE FRA PROJEKTET

Projektets hovedresultat er, at den udviklede model for sundhedstjek fungerer i praksis. Det opsøgende, systematiske sundhedstjek sikrer, at borgerne kommer til lægen og får undersøgt deres helbred, og at der efterfølgende bliver fulgt op på problemstillingerne.

For alle 10 borgere, der gennemførte sundhedstjekket, blev sundhedsmæssige problemstillinger afdækket, og efterfølgende handlinger iværksat. De sundhedsmæssige problemstillinger omfattede bl.a.:

- Opfølgning på skønhedspletter.
- Kontrol af blodtryk og bensår.
- Medicinjustering.
- Ændring af kost pga. besvimelsesanfald.
- Afdækning af for højt prolaktin niveau.
- Dårlig tandstatus.
- Fjernelse af ørevoksprop.
- Manglende vaccinationer.

Pilotprojektets resultater understøtter dermed både danske og internationale erfaringer med sundhedstjek, der viser, at systematiske og opsøgende sundhedstjek for de to målgrupper fører til opdagelse af sundhedsmæssige problemstillinger.

Projektet viser, at den afprøvede model for sundhedstjek både medfører et ekstra fokus på borgernes sundhed hos personale og læger, og at selve tilgangen til arbejdet med sundhed

bliver opsøgende og systematisk. Det betyder samlet set, at flere sundhedsmæssige problemstillinger bliver afdækket, både i borgerens hverdag og ved besøg hos lægen.

I afprøvningen af modellen for sundhedstjek viste der sig en række udfordringer for botilbuddene, som afspejler deres omskiftelige hverdag, herunder bl.a. omorganiseringer, personaleudskiftning, sygdom, vikardækning etc. Nogle udfordringer knyttede sig direkte til pilotprojektet, bl.a., at der var tale om en ny model, samt at koordinationsfunktionen var placeret uden for botilbuddet. På trods af disse udfordringer lykkedes det at gennemføre sundhedstjekket og dets enkelte dele i langt de fleste tilfælde. Det viser, at modellen udgjorde en struktur i hverdagen, der både sikrede et bredt fokus på borgernes sundhed, og opfølgning via sundhedstjekket. Dermed gav modellen den nødvendige ramme for en mere systematisk tilgang til afdækning af borgernes eventuelle helbredsproblemer og imødekom de udfordringer, målgruppen har, herunder manglende opmærksomhed på eget helbred og ulige adgang til sundhedsvæsenet. Den systematiske og opsøgende tilgang kan derfor være med til at øge ligheden i sundhed og adgangen til sundhedsvæsenet for målgruppen.

I forhold til den konkrete model, der blev afprøvet i projektet, var der både elementer, der fungerede godt, og elementer, der fungerede mindre godt. Det udviklede spørgeskema til borgeren med spørgsmål om generelt helbred og den systematiske tilgang fungerede godt, mens udpegning af lægen som initiativtager fungerede mindre godt. Modellen blev overordnet set positivt modtaget af deltagerne i projektet. Borgerne oplevede det som positivt at få et tilbud om sundhedstjek, og både læger og personale oplevede modellen som både relevant og anvendelig i praksis. Der var dog også forslag til justeringer, bl.a. i forhold til omfanget og indholdet af sundhedstjekket, lægernes mulighed for at forberede sig, mulighed for en fleksibel tidsramme og organiseringen af implementeringen.

Modellens overordnede elementer, dvs. en opsøgende indsats, forberedelse af parterne og et systematisk sundhedstjek, havde i langt de fleste tilfælde den ønskede virkning. Den opsøgende indsats sikrede, at der kom fokus på borgerens helbred, og at borgerne fik tilbud om et sundhedstjek. Forberedelsen sikrede, at borgeren og personalet fik en dialog om borgerens helbred, og at borgernes eventuelle sygehistorie blev afdækket, så lægen havde de nødvendige oplysninger ved starten af konsultationen. Det systematiske sundhedstjek sikrede, at lægerne kom bredt omkring borgerens sundhedstilstand. Herudover bidrog modellen til en fælles forståelsesramme for parterne i forhold til borgerens sundhed og udgjorde samtidig et 'fælles sprog' for de forskellige faggrupper til at tale sammen.

Pjecen til de medvirkende borgere med billeder af de enkelte undersøgelser havde en positiv effekt. Pjecen gjorde det nemmere for borgeren at forstå, hvad der skulle ske hos lægen, og var et godt redskab for personalet i motivationsarbejdet. Spørgeskemaet om borgerens generelle helbred, som skulle udfyldes inden sundhedstjekket, havde flere positive virkninger. For det første medvirkede det til en god dialog mellem personale og borgere om borgerens helbred. For det andet gav det personalet en bedre forståelse af sundhedsproblemstillinger, da det gav konkrete eksempler på, hvilke forhold, der har indflydelse på borgerens sundhed. For det tredje gav det lægen den nødvendige viden til at vurdere borgerens helbred.

Projektets erfaringer underbygger dermed danske og internationale erfaringer med, at et tilbud om et systematisk sundhedstjek kan være et væsentligt element i bestræbelserne på at øge ligheden i sundhed for personer med intellektuel eller psykisk funktionsnedsættelse.

ANBEFALINGER

I samtlige af de gennemførte sundhedstjek blev der afdækket og taget handling på sundhedsmæssige problemstillinger, og interview med borgere, ansatte på botilbud, samt de praktiserende læger viser, at hovedelementerne i den udviklede model for sundhedstjek opleves som både relevant for målgruppen og anvendelig i praksis. Sammenfattende viser projektet dermed, at et systematisk og opsøgende sundhedstjek hos den praktiserende læge kan medvirke til at mindske barriererne for lige adgang til sundhedsvæsenet for personer med en intellektuel eller psykisk funktionsnedsættelse.

Med udgangspunkt i internationale og nationale erfaringer, samt erfaringerne fra dette pilotprojekt, anbefales det, at der udarbejdes konkrete forslag til, hvordan en model for sundhedstjek i en dansk kontekst kan implementeres.

ANBEFALING:

- **Ministeriet for sundhed og forebyggelse, tager initiativ til, at der udarbejdes nationale anbefalinger til et landsdækkende tilbud om sundhedstjek til personer med intellektuel eller psykisk funktionsnedsættelse.**

Det er håbet, at de nationale anbefalinger bl.a. kan bygge på erfaringerne i indeværende pilotprojekt i besvarelsen af de relevante spørgsmål:

- Hvordan målgruppen kan defineres og afgrænses?
- Behovet for ændringer i gældende lovgivning, så målgruppen sikres et tilbud om et årligt sundhedstjek.
- Hvor funktionen som initiativtager og tovholder bedst placeres, så det sikres, at borgerne får tilbud om et sundhedstjek.
- Hvordan modellen bliver forpligtende tværsektorielt i både social- og sundhedssektoren, så indsatsen ikke falder mellem to stole?
- De økonomiske konsekvenser af indførelsen af et sundhedstjek, samt hvilke økonomiske ressourcer, der kræves, for at både social- og sundhedssektoren prioriterer opgaven, herunder, at der afsættes tilstrækkelig tid til gennemførelsen af sundhedstjekket.
- Den endelige udformning af tjeklisten og sundhedstjekkets indhold.
- Hvordan der forskningsmæssigt kan følges op på, hvor mange der får tilbudt og foretaget sundhedstjek, hvilke problemstillinger, der bliver afdækket, og den sundhedsmæssige effekt på længere sigt.

Et tilbud om et opsøgende sundhedstjek kan ikke stå alene, når det drejer sig om at opnå lighed i sundhed for målgruppen. En række andre tiltag er også nødvendige for at støtte op om virkningen af et årligt sundhedstjek. Der er bl.a. behov for kompetenceudvikling af lægerne og det personale, der i det daglige skal følge borgernes helbredstilstand. De ansatte på bostederne har behov for, og krav på, mere viden om bl.a. somatisk sundhed og medicin. Kompetencerne skal løbende vedligeholdes ved tilbud om jævnlige kurser. Der er endvidere behov for, at der sikres let adgang til sundhedsfaglig viden og sparing.

3. EVALUERING AF MODELLEN FOR SUNDHEDSTJEK

I denne del af rapporten gennemgås resultaterne af evalueringen af den udviklede model for sundhedstjek.

Først præsenteres deltagerne i projektet samt de kvalitative interview og notater, som evalueringen er baseret på.

Herefter analyseres implementeringen af modellen på de deltagende botilbud, da dette har stor indvirkning på, hvordan samarbejdsmodellen for sundhedstjek får sin virkning.

Afslutningsvist evalueres samarbejdsmodellen ud fra en analytisk opsplitting af modellens enkelte elementer: En opsøgende indsats, forberedelsen og sundhedstjekket, samt modellens ansvars- og rollefordeling.

Selvom analysen er opdelt ud fra modellens enkelte dele, skal modellen ses i en sammenhæng. Derfor afrundes kapitlet med en opsamling omkring den samlede model.

Deltagerne i projektet

For at rekruttere deltagere til projektet blev følgende fremgangsmåde valgt: Borgerne blev ikke spurgt, før det var sikkert, at borgerens praktiserende læge også indvilligede i at deltage i projektet. Dette for at undgå, at borgere, der sagde ja, alligevel ikke kunne få et sundhedstjek.

Herefter bad ledelsen på de deltagende botilbud personalet om at vurdere, hvilke borgere der kunne være relevante at spørge om at deltage. På nogle botilbud blev vurderingen foretaget i samarbejde med ledelsen. Der blev søgt en spredning i køn, alder og funktionsnedsættelse, ligesom der blev søgt borgere, der umiddelbart var raske. Desuden blev der opfordret til, at også borgere, som kunne tænkes at sige nej, indgik i vurderingen.

Efter at personalet havde foretaget en vurdering, blev de potentielle borgers læger kontaktet. Lægerne blev kontaktet via e-mail, hvor projektet kort blev præsenteret og materialet med modellen var vedhæftet. I alt blev 20 lægepraksis kontaktet. Enkelte læger gav tilbagemelding på mail med det samme. I forhold til de resterende blev der fulgt op telefonisk. Der var generelt en positiv modtagelse af projektet. I alt takkede 9 lægepraksis ja til at deltage i projektet. To takkede nej, primært med begrundelsen, at der var for travlt.

I takt med de positive tilbagemeldinger fra lægen igangsatte borgernes støtte-kontakt-personer første del af implementeringen – motivering af borgerne. Dermed var der tale om en løbende rekrutteringsproces, hvor der blev rettet henvendelse til borgerne i takt med, at borgerens praktiserende læge takkede ja. Rekrutteringsprocessen foregik hen over en periode på ca. 2½ måned.

Støtte-kontaktpersonerne meldte tilbage til deres ledelse, når en borger havde givet samtykke til at deltage. Herefter kontaktede projektlederen den praktiserende læge om, at lægen kunne invitere borgeren til sundhedstjek.

Det var i pilotprojektet planlagt, at i alt 20 borgere kunne inviteres til at deltage i et sundhedstjek, hhv. 10 borgere med sindslidelse og 10 borgere med udviklingshæmning. 10 borgere med udviklingshæmning blev spurgt. Det har ikke været muligt at afdække det konkrete antal personer med sindslidelse, der blev spurgt om deltagelse, men grundet implementeringsudfordringer blev et tilstrækkeligt antal ikke spurgt om deltagelse. Dette vil blive uddybet nærmere i analysen.

I alt takkede 12 borgere ja til at deltage i projektet. 10 personer med udviklingshæmning og 2 personer med sindslidelse. De 10 borgere med udviklingshæmning boede på 4 forskellige botilbud og de 2 borgere med sindslidelse boede på det samme botilbud. I alt deltog 3 mænd og 9 kvinder. Borgerne var alle over 40 år og havde forskelligt funktionsniveau, bl.a. var der forskel i deres kommunikative funktionsniveau, en var kørestolsbruger og en anden meget gangbesværet, ligesom deres kognitive udviklingsniveau varierede.

Det var hovedsageligt borgernes støtte-kontaktpersoner, der deltog i projektet, men grundet sygdom, barsel og jobskifte var der skiftende personaler inde over de forskellige borgeres forløb, herunder en praktikant og en fast vikar. Det har ikke været muligt at kortlægge det præcise antal støtte-kontaktpersoner, der har været involveret, men det er vurderingen, at 11-16 støtte-kontaktpersoner har deltaget i projektet.

I alt deltog 6 læger fordelt på 4 lægehuse. Grunden til, at ikke alle læger, der havde sagt ja, deltog, var, at ingen af de borgere, der var tilknyttet de resterende lægers praksis, havde sagt ja til at deltage.

Det samlede antal deltagere i projektet fremgår af tekstboksen nedenfor:

DELTAGERE I PROJEKTET

- 10 personer med udviklingshæmning
- 2 personer med sindslidelse
- 6 praktiserende læger
- 11-16 støtte-kontaktpersoner

Kvalitative interview

For at evaluere, hvordan samarbejdsmodellen fungerede i praksis, er der foretaget en række kvalitative interview med de deltagende parter. Interviewene er gennemført personligt i

henholdsvis borgernes hjem, mødelokaler/kontor/fællesrum på botilbuddene og i lægernes praksis, der har givet et mere samlet indtryk af den praksis, som samarbejdsmodellen skulle fungere i.

Der er gennemført interview med følgende deltagere:

INTERVIEWPERSONER

- Interview med 10 af de deltagende borgere.
For 9 ud af de 10 borgere var støtte-kontaktpersonen til stede.
- Interview med 11 støtte-kontaktpersoner, hvoraf nogle havde støttet mere end en borger, mens andre kun havde deltaget i en del af sundhedstjekket for en eller flere borgere.
- Interview med 1 afdelingsleder og 1 leder.
- Interview med de 6 deltagende læger. 3 af lægerne delte praksis og dette interview blev gennemført som et gruppeinterview.
- Interview med 1 sygeplejerske i den ene lægepraksis.
- Interview med en fra ledelsen på botilbuddet Tangkjær i Region Midtjylland.

Der blev gennemført interview med 10 af de 12 deltagende borgere. For de resterende 2 blev der for den ene påbegyndt interview, men interviewet måtte opgives grundet borgerens ønske. For den sidste deltager blev det af personalet vurderet, at et interview ikke skulle gennemføres. Det var ikke muligt at få interviewaftaler med de borgere, der havde takket nej til at deltage.

For de borgere, der havde meget begrænset sprog (en enkelt kunne give udtryk for ja og nej), blev interviewene gennemført med udgangspunkt i pjecen til borgeren med billeder af alle undersøgelserne. Selvom borgerne ikke, eller kun i begrænset omfang, kunne tale om de enkelte dele af sundhedstjekket, kunne de give udtryk for, hvilke fysiske undersøgelser de havde deltaget i, og hvilke de ikke havde haft lyst til at deltage i. Ligesom de ikke gav indtryk af at være angst, når de pegede på billederne. Interviewene med borgerne blev understøttet af deres støtte-kontaktpersoner, der hjalp borgerne med at forklare om deres oplevelser. Dermed er borgernes oplevelser i varierende grad fortolket af borgerens støtte-kontaktpersoner.

Der blev gennemført interview med langt de fleste af det involverede personale. Dog var det ikke var muligt at gennemføre interview med enkelte støtte-kontaktpersoner, der havde været med til motivationsfasen, da de enten var på barsel eller havde skiftet job. For nogle borgere var en række forskellige personaler involveret og det var ikke muligt at identificere alle de støtte-kontaktpersoner, der havde deltaget i forløbet.

Derudover stoppede lederen og projektets kontaktperson på botilbuddet for personer med sindslidelse midt i perioden for pilottest, hvilket har gjort det vanskeligt at kortlægge alle dele af implementeringsprocessen på dette botilbud.

Grundet det begrænsede antal deltagere med sindslidelse, er der for at supplere de erfaringer, som er fremkommet i projektet i forhold til sundhedstjek for personer med sindslidelse, foretaget interview med en af lederne i projektet om sundhedstjek på botilbuddet Tangkær i Region Midtjylland om deres erfaringer med sundhedstjek til målgruppen.

Der har været udarbejdet interviewguides til hhv. læger, personale og borgere med fokus på samarbejdsmodellens enkelte elementer og de barrierer, som modellen havde til hensigt at imødekomme. Der er bl.a. spurgt ind til:

- Den overordnede oplevelse af sundhedstjekket og vurdering af, hvordan modellen fungerede i praksis.
- Det udviklede materiale og om det understøttede det samlede forløb for borgeren.
- Implementeringen af de enkelte dele i sundhedstjekket, herunder om borgeren kunne deltage i besvarelsen af spørgeskemaet, om det var muligt at møde op til lægen på aftalte tidspunkt, og om lægen var forberedt og fulgte den systematiske rækkefølge angivet i tjeklisten.
- Om borgerne blev nervøse for deres helbred ved at skulle til et sundhedstjek eller oplevede andre negative udfald.

Se alle interviewguides bilag 3.

Til at supplere de kvalitative interview blev der udarbejdet et evalueringsskema til lægerne, der spurgte ind til, hvorvidt lægerne havde modtaget borgernes spørgeskema og medicinliste inden sundhedstjekket, om blodprøven kunne gennemføres, og om alle de fysiske undersøgelser kunne gennemføres og hvorvidt den afsatte tidsramme var tilstrækkelig. Evalueringsskemaerne var anonymiseret. Se afkrydsningsskema i bilag 4.

Der blev udarbejdet et evalueringsskema til støtte-kontaktpersonerne om, hvorvidt borgeren kunne gennemføre hele eller dele af forberedelsen, og et evalueringsskema om, hvorvidt borgeren kunne gennemføre hele eller dele af de fysiske undersøgelser. Herudover var der lavet et tidsregistreringsskema til at notere tiden anvendt på motivation og forberedelse af borgerne og tiden brugt på selve sundhedstjekket. Da kun en enkelt støtte-kontaktperson udfyldte skemaerne, kan der ikke evalueres systematisk på baggrund af dette. Skemaerne er derfor ikke brugt i analysen. Der blev spurgt ind til temaerne og tidsforbruget i de kvalitative interview, hvorved dette alligevel er blevet belyst i tilstrækkeligt omfang.

For evalueringen af den sundhedsmæssige effekt af sundhedstjekket blev der udarbejdet et afkrydsningsskema til de praktiserende læger, som systematisk gennemgik alle dele af sundhedstjekket. Dvs. både forberedelsen og selve de fysiske test, som skulle gennemføres under sundhedstjekket. Afkrydsningsskemaerne var anonymiseret. Skemaerne blev gennemgået ved simpel dokumentanalyse for, hvorvidt sundhedstjekket har ført til uopdagede problemstillinger/sygdomme, og om der blev iværksat yderligere undersøgelser, behandlinger eller henvisninger til andre dele af sundhedsvæsenet. Se afkrydsningsskemaet i bilag 4.

4. IMPLEMENTERING AF MODELLEN

Implementeringen af modellen på botilbuddene er foregået via de to ledere for hhv. botilbuddet for personer med sindslidelse og botilbuddene for personer med udviklingshæmning, der har været kontaktpersoner i projektet. Det var ikke muligt at give det deltagende personale – og hermed det udførende led – en samlet præsentation af samarbejdsmodellen, både af logistiske og ressourcemæssige årsager. Rekrutteringsmetoden, og den rullende implementering, hvor de deltagende læger og dermed borgere løbende blev identificeret, betød, at de involverede støtte-kontaktpersoner også løbende blev identificeret. Efterhånden som lægerne takkede ja, blev støtte-kontaktpersonerne bedt om at motivere borgerne og derfor var det ikke på forhånd givet, hvilke støtte-kontaktpersoner, der skulle deltage, og dermed ikke muligt på forhånd at give en samlet præsentation af modellen til de involverede støtte-kontaktpersoner. Herudover betød spredningen af det forholdsvist beskedne deltagerantal i projektet på op til 6 forskellige botilbud, at det af ressourcemæssige årsager ikke var muligt at lave en indledende samlet introduktion for de støtte-kontaktpersoner, der skulle deltage i projektet fra de enkelte botilbud.

Derudover var der på planlægningsmøde mellem projektlederen og botilbudslederne stort fokus på de etiske overvejelser om rekruttering af borgerne og mindre fokus på præsentationen af projektet over for personalet. Det betød, at der ikke blev lagt en detaljeret strategi for, hvordan samarbejdsmodellen konkret skulle præsenteres for personalet. Det var op til de to ledere på botilbuddene at benytte vanlige procedurer, samt deres kendskab til botilbuddenes forskellige organisering og praksis. Lederne havde været med til at udvikle modellen og kendte dermed modellens enkelte dele.

I forhold til kortlægningen af implementeringen på botilbuddene, har det ikke været muligt at tale med alle de involverede parter grundet barsel og jobskifte. Det har derfor ikke været muligt at få alle involverede parters syn på implementeringsprocessen og beskrivelsen er alene sket ud fra de parter, der har deltaget i interviewene. Der kan derfor være enkelte områder i beskrivelsen, som det ikke har været muligt at afdække.

Implementeringen af modellen hos lægerne foregik primært via skriftlig præsentation af projektet i en e-mail samt tilsending af det vejledende materiale.

Den valgte metode til identifikation og rekruttering af deltagere havde betydning for implementeringen af samarbejdsmodellen for sundhedstjek jf. ovenfor. Den løbende implementering betød manglende mulighed for en samlet, ensartet introduktion til personalet. Dette havde betydning for en række forløb og virkningen af indsatsen, idet modellen og støtte-kontaktpersonernes rolle ikke i alle tilfælde var forstået fuldt ud af flere af de involverede støtte-kontaktpersoner, samt at nogle ikke havde set det vejledende materiale. Dette blev forstærket af botilbuddenes omskiftelige hverdag med personaleudskiftning, sygdom, vikardækning mv., samt af forskellige generelle og specifikke forhold, besøg af Socialtilsynet, fysisk flytning, omorganiseringer og deltagelse i andre projekter, der betød nedprioritering af opgaven.

Implementeringen af samarbejdsmodellen hos de deltagende læger gik forholdsvis problemfrit. De fleste læger havde på baggrund af det vejledende materiale fået en god forståelse for modellen. Dog opstod der blandt nogle læger tvivl særligt om, hvem der skulle bestille tid til lægekonsultationen for borgeren. Et forhold der i dette projekt kan have fremmet implementeringen var, at alle læger var meget positive over for sundhedstjek for målgruppen.

Erfaringerne fra pilotprojektet viste, at trods den forskellige svingende implementering af modellen på botilbuddene, blev modellen langt hen af vejen fulgt og materialet benyttet, således at modellens forskellige dele blev afprøvet og den samlede virkning kunne vurderes. De deltagende borgere blev introduceret til modellen via billedmaterialet, fik besvaret spørgeskemaet om deres generelle helbred, fik taget blodprøve (de af borgerene, der havde lyst), mødte op hos lægen og gennemførte de fysiske undersøgelser helt eller delvist.

Erfaringerne viser, at implementeringens succes er afhængig af både de rammer, der sættes op for modellen, og af parternes ressourcer, motivation og forståelse for samarbejdsmodellen.

Implementering af sundhedstjekket på botilbuddene

Implementeringen af samarbejdsmodellen på botilbuddene har været forskellig. Dels på grund af de to ledes forskellige organisatoriske placering, herunder størrelsen af botilbuddene, og om lederen har haft sin daglige gang på botilbuddet. Dels fordi den ene leder fratrådte sin stilling midt i implementeringsperioden og den anden leder fik nye arbejdsopgaver i implementeringsperioden. Derudover har der ikke været en konkret strategi for præsentation af modellen over for personalet og de to ledere har grebet opgaven forskelligt an. Dette har haft betydning for, hvordan støtte-kontaktpersonerne er blevet præsenteret for samarbejdsmodellen, og hermed hvordan støtte-kontaktpersonerne har kunnet udføre deres del af 'opgaven'. Der var udarbejdet vejledende materiale til personale og borgere, som lederne kunne benytte til implementeringen af modellen.

Botilbud for personer med sindslidelse

Det deltagende botilbud for personer med sindslidelse er et større botilbud med flere etager og mange lejligheder på hver etage. Hver etage blev betegnet som en afdeling. Herudover er der også en enhed af lejligheder, der ligger på en anden matrikel.

Da lederen fratrådte sin stilling i projektperioden, mangler der information om, hvordan lederen præcist har præsenteret modellen. Lederen informerede alle afdelingsledere om projektet på et fælles møde, men det har ikke været muligt at få interview med de afdelingsledere, der var involveret i projektet efter pilottesten, da der også her er sket personaleskift. Det har derfor ikke været muligt præcist at finde ud af, hvor mange borgere, der har fået tilbuddet, samt hvor mange, der fik tilbuddet, men takkede nej.

Under projektet har der været telefonisk kontakt med en af afdelingslederne, der gav udtryk for, at særligt motiveringen af borgerne til deltagelse i sundhedstjekket er en udfordring og sårbart over for ændringer i personalegruppen. I projektperioden betød en kontaktpersons

jobskifte derfor, at en borger ikke fik tilbuddet om sundhedstjek alligevel, da det blev ledelsesmæssigt besluttet at prioritere, at den nye kontaktperson fik tid til at opbygge en relation til borgerne.

På den afdeling hvor borgerne takkede ja til at deltage, kom der en ny afdelingsleder til i begyndelsen af implementeringsfasen. Det betød, at afdelingslederen, der skulle implementere modellen på afdelingen, ikke havde deltaget i introduktionsmødet, men havde fået en mundtlig overlevering om projektet af den konstituerede afdelingsleder. Herudover havde den nye afdelingsleder ikke modtaget alt det vejledende materiale.

”Jeg har slet ikke set den med billederne til borgerne, de har heller ikke fået den, det var da ærgerligt, for den er da god. Jeg har heller ikke fået den til personalet, vi har kun fået den information til borgere og pårørende.”
(Afdelingsleder).

Det gav ikke afdelingslederen det fulde overblik over modellen kun at have set materialet til borger og pårørende.

Afdelingslederen spurgte borgerne om deltagelse på baggrund af materialet til borgere og pårørende samt videregav spørgeskemaet til støtte-kontaktpersonen. Støtte-kontaktpersonen stod for forberedelsen af borgeren. For en af de deltagende borgere skiftede den faste støtte-kontaktperson job umiddelbart efter udfyldelsen af spørgeskemaet. Det betød, at det personale, der var til stede den dag borgeren skulle til sundhedstjek, ikke havde deltaget i forberedelsen med borgeren. I hvilket omfang personalet, der var til stede på dagen var sat ind modellen, er uklart.

Der var en række lokale og generelle forhold, der havde indflydelse på implementeringen. For det første blev implementeringsprocessen forsinket. Dette skyldtes, at botilbuddet kort efter, at implementeringsprocessen skulle i gang, blev informeret om, at botilbuddet skulle re-godkendes, jf. lov om nyt Socialtilsyn. Det nye Socialtilsyn betyder, at en række tilbud inden for servicelovens område skal re-godkendes samt der skal føres tilsyn ud fra en ny model. Re-godkendelsen af botilbuddet betød, at personalets ressourcer blev prioriteret til at løfte de dokumentationsopgaver, der lå i forbindelse hermed. Pilottesten af sundhedstjekket blev derfor nedprioriteret i forhold til botilbuddets løsning af øvrige opgaver. Det betød, at færre borgere end tiltænkt blev spurgt, om de ville deltage. En yderligere faktor, der havde indflydelse på antallet af borgere, der kunne tilbydes sundhedstjekket var, at de læger, der havde indvilliget i at deltage i projektet, kun havde få borgere tilknyttet deres praksis hver især. Selvom 6 læger havde takket ja til at deltage, var det fortsat et begrænset antal borgere, der kunne rettes henvendelse til.

Derudover deltog botilbuddet i to andre projekter, hvilket betød en anelse 'træthed' over for deltagelse i projekter blandt personale og afdelingsledere. Yderligere var der igangsat en proces med implementering af nyt dokumentationsredskab fra forvaltningens side, der også krævede tid og ressourcer.

Botilbud for personer med udviklingshæmning

For personer med udviklingshæmning var der deltagere fra 4 forskellige botilbud. Herefter botilbud A, B, C og D. Botilbuddene undergik en omfattende omorganisering, der trådte i kraft lige i begyndelsen af pilottesten af samarbejdsmodellen for sundhedstjek (1. marts 2014). Fra at have været organiseret i det samme centerfællesskab, med fælles centerchef og daglige ledere på alle botilbuddene, overgik botilbud A, B og C til et nyt center med fælles ledelse (en faglig og en administrativ leder), der ikke var placeret på botilbuddene. Personalet på de botilbud A, B og C skulle fremadrettet være organiseret i selvstyrende team uden daglig leder. Dvs. implementeringsprocessen af projektet kørte samtidig med implementeringen af den nye organisering. I overgangen til selvstyrende team blev der for botilbud A, B og C udpeget en midlertidig koordinator på hvert botilbud. Botilbud D overgik til et andet center og bibeholdt den daglige leder.

Pilotprojektets kontaktperson var ved projektets begyndelse daglig leder på botilbud A og overgik i projektperioden til først at være daglig leder på botilbud B (der stod over for en fysisk flytning), og herefter til at være i ledelsen for botilbud A, B og C i den nye struktur.

Der var forskellig introduktion af pilotprojektet på de fire botilbud, alt efter hvor de var placeret i organiseringen. Som udgangspunkt skulle kun botilbud A og B have deltaget i pilotprojektet, men grundet logistikken omkring de deltagende læger blev også botilbud C og D spurgt om deltagelse.

Pilotprojektets kontaktperson – lederen af botilbud A, B og C – præsenterede projektet for de tre midlertidige koordinatore på hvert af de tre botilbud. Præsentation foregik primært mundtligt på i forvejen planlagte møder. Det vejledende materiale blev også udleveret på møderne. Herefter foregik en del koordinering på mere uformel vis. Lederen deltog i udpegning af, hvilke borgere der potentielt kunne deltage, samt afklaringer ift. samtykkeerklæringer. Herudover havde lederen præsenteret projektet på personalemøder på botilbud A, B og C. Denne præsentation skete dog inden materialet var færdigudviklet og inden den nye organisering på botilbuddene trådte i kraft. Ved igangsættelsen af pilotprojektet sundhedstjek, valgte lederen at orientere de involverede støtte-kontaktpersoner i takt med den rullende implementering. Dette blev valgt, dels pga. den løbende implementering, og dels pga. den omfattende omorganisering.

Botilbud D blev kontaktet lidt senere i pilottesten, idet der var behov for at kigge bredere efter potentielle deltagere grundet de læger, der havde sagt ja. Lederen kontaktede den daglige leder på Botilbud D og blev herefter sat i kontakt med den sygeplejerske, der var tilknyttet Botilbud D. Lederen orienterede herefter sygeplejersken pr. telefon og sendte efterfølgende materialet pr. post.

Botilbud A

Fra botilbud A deltog to borgere. Her havde projektets kontaktperson sin daglige gang ved pilotprojektets begyndelse. Den midlertidige koordinator på botilbud A blev derfor inddraget tidligt i projektet og var udpeget som tovholder for implementeringen af projektet på botilbud A. Den midlertidige koordinator præsenterede det øvrige personale for projektet på et personalemøde. Det var planlagt, at den midlertidige koordinator skulle stå for både motivation og forberedelse af borgerne, samt følge borgeren til selve lægeundersøgelsen. Dvs. være den gennemgående støtte-kontaktperson for borgeren i hele

forløbet. Grundet vagtplan og ferieafvikling var det imidlertid ikke muligt for koordinatoren at ledsage borgerne på selve dagen for lægeundersøgelsen. Borgerne blev derfor ledsaget af to andre støtte-kontaktpersoner, der kort blev sat mundtligt ind i sundhedstjekket lige før, at borgeren skulle af sted. Støtte-kontaktpersonerne, der ledsagede borgerne til lægebesøget, havde ikke set materialet.

Botilbud B

Fra botilbud B deltog fire borgere. Her var det ligeledes den midlertidige koordinator, der var blevet præsenteret for projektet, der skulle stå for motivationen og forberedelsen af to af de deltagende borgere. Herefter gik koordinatoren imidlertid på barsel og var derfor ikke med til resten af forløbet. Efter at koordinatoren gik på barsel, blev projektet overdraget til det team af støtte-kontaktpersoner, der var tilknyttet de to borgere. Samtidig blev en konstitueret koordinator en form for uformel tovholder på pilotprojektet. Den konstituerede koordinator fik en meget løs overdragelse, bl.a. via et kort møde med lederen efterfulgt af telefonsamtaler. Den nye konstituerede koordinator fik til opgave at motivere to yderligere borgere, der var udpeget i samarbejde med lederen. Efterfølgende sørgede teamet samlet set for, at borgerne gennemførte hele forløbet for sundhedstjekket.

Det er lidt forskelligt for de fire borgere, hvor mange personaler der har været involveret, men mellem 2-3 støtte-kontaktpersoner for hver borger, herunder en fast vikar. Dette har været afhængigt af bl.a. vagtskemaer, sygdom mv. Opgaverne over for borgerne bliver samlet set løst af Teamet på botilbud B og dermed er støtte-kontaktperson-funktionen af mere formel end reel karakter, omend der er knyttet særlige opgaver til funktionen. Hvordan informationen om sundhedstjekket er blevet udvekslet mellem de forskellige personaler er ikke fuldstændig klart. Nogle er blevet mundtligt informeret og andre har set materialet og læst det. Det var dog tydeligt, at teamet havde drøftet opgaven med sundhedstjekket indbyrdes. Informationsudvekslingen er herudover også foregået ved, at materialet har fulgt borgeren via borgerens 'postbakke'. Udover den nye organisering, havde botilbuddet ved pilottestens begyndelse lige gennemgået en fysisk flytning og der var dermed en række forhold, der ikke var faldet på plads, fx var der intet officielt telefonnummer i en længere periode.

Botilbud C

Fra botilbud C deltog to borgere. Her blev den midlertidige koordinator også introduceret til projektet af lederen. Den midlertidige koordinator overdrog opgaven til de to borgers støtte-kontaktperson, som satte sig ind i modellen. Støtte-kontaktperson havde tydeligt forstået modellen og rolle-fordelingen. Støtte-kontaktpersonen skulle være gennemgående person gennem hele borgernes forløb og det lykkedes et langt stykke af vejen. Grundet egen sygdom kunne støtte-kontaktpersonen dog ikke følge den ene af borgerne til sit sundhedstjek. Borgeren blev i stedet ledsaget af en anden støtte-kontaktperson på botilbud C.

Botilbud D

Fra botilbud D deltog to borgere. Her blev den daglige leder kontaktet telefonisk af lederen for botilbud A, B og C og spurgt om deltagelse. Herefter formidlede den daglige leder af botilbud D kontakt mellem den sygeplejerske, der var tilknyttet botilbud D, og lederen af botilbud A, B og C. Sygeplejersken fik orientering pr. telefon om projektet og modtog herefter materialet pr. post. Sygeplejersken skulle stå for motivation af borgerne og en fast

støtte-kontaktperson skulle herefter deltage i resten af forløbet (forberedelsen samt ledsagelse til blodprøve og sundhedstjek). Både sygeplejerske og støtte-kontaktperson havde efter eget udsagn ikke sat sig tilstrækkeligt ind i modellen og ikke haft tid til at orientere sig i materialet. De følte sig derfor ikke klædt ordentligt på til opgaven. Derudover havde lægerne til de borgere, der var tiltænkt at skulle deltage i projektet, ikke sagt ja til at deltage. Derfor blev det to andre borgere, der blev udvalgt efter en meget kort drøftelse mellem leder og sygeplejerske og støtte-kontaktperson. Både sygeplejerske og støtte-kontaktperson havde oplevet dette som en presset situation i forhold til at kunne tage en grundig drøftelse af borgernes deltagelse.

Der var både lokale og generelle forhold, der påvirkede implementeringen på de fire botilbud. Ud over den omorganisering, der involverede alle botilbuddene i mere eller mindre grad, var der for botilbud B også gennemført en fysisk flytning i begyndelsen af pilottesten. Dette betød, at personalet opfattede sundhedstjekket som en ekstra-opgave, da der var en række almindelige dagligdagsprocedurer, der endnu ikke var faldet på plads. Derudover havde barsel, almindelig sygefravær og vagtskifte også en betydning for implementeringen og muligheden for at lade en gennemgående person følge borgeren igennem hele forløbet.

Implementering af sundhedstjek hos lægerne

Lægerne var primært blevet introduceret til projektet skriftligt via e-mail og det vejledende materiale. Enkelte læger havde opfølgende spørgsmål, som blev afklaret enten via e-mail eller telefonisk med projektlederen i DH. Det drejede sig primært om misforståelser i forhold til, hvem der skulle sørge for, at borgeren fik en tid til sundhedstjekket.

Samarbejdsmodellen var overordnet set blevet forstået af lægerne og de fleste elementer i modellen blev fulgt, dog tilpasset den enkelte læges praksis.

5. SAMARBEJDSMODEL FOR SUNDHEDSTJEK

5.1 Den opsøgende indsats

Den opsøgende indsats i form af et tilbud om et sundhedstjek skulle medvirke til, at borgere med sindslidelse eller udviklingshæmning kom til lægen og fik undersøgt deres helbred for at forebygge, at sygdomme ikke bliver opdaget i tide og sikre nem adgang til lægen. Med modellen var der lagt op til, at lægen skulle invitere borgeren til et sundhedstjek.

For cirka halvdelen af borgerne havde lægen tilsendt en tid til både blodprøvetagning og sundhedstjekket. Kun en læge havde benyttet den fortrykte invitation. For de resterende borgere bestilte borgerens støtte-kontaktperson tiden.

Erfaringerne fra projektet viste, at det med den opsøgende indsats var muligt at motivere borgere, der sjældent kommer til lægen. Endvidere viste erfaringerne, at borgerne ikke blev unødvendigt bekymrede for deres helbred ved at modtage et tilbud om et sundhedstjek. Projektet viser, at potentialet for at motivere borgere, der er angste eller ikke bryder sig om at gå til lægen, må gå hånd i hånd med det pædagogiske motivationsarbejde, og for nogle kræver længere tid, end der var mulighed for i projektets afgrænsede periode. Det vejledende materiale udviklet i projektet havde en tydelig positiv effekt i understøttelsen af den pædagogiske indsats.

Lægerne mente generelt, at en opsøgende indsats kan være et vigtigt værktøj for de borgere, der er angste for at komme til lægen.

Et forhold, der i pilotprojektet har haft en positiv betydning for effekten af den motiverende indsats, er, at langt de fleste borgere, der deltog i projektet i forvejen, var glade for at gå til lægen og gik til lægen regelmæssigt. Et forhold, der har haft negativ betydning for effekten af den opsøgende indsats, er personalets nedprioritering af opgaven på botilbuddet for personer med sindslidelse. Den manglende effekt af den opsøgende indsats knytter sig derfor ikke som sådan til personer med sindslidelse. Dette understøttes af projektet fra Tangkær, der viser, at det er muligt at motivere en stor del af målgruppen.

De borgere, der takkede nej til et sundhedstjek, var ud fra personalets udsagn dels pga. personlige forhold, dels fordi deltagelse i efterfølgende interview i forbindelse med projektet virkede uoverskuelig.

Yderligere viste projektet, at den opsøgende indsats kan være med til at sætte fokus på borgernes somatiske sundhed og give støtte-kontaktpersonerne en bredere forståelse af sundhed. Kan et tilbud om en opsøgende indsats muligvis afhjælpe forhandlinger mellem læge, borger og botilbud i de tilfælde, hvor samarbejdet er mindre gnidningsfrit og dermed sikre en bedre adgang til lægen

Det er ikke muligt på baggrund af projektet at vurdere effekten af den opsøgende indsats generelt set, men erfaringerne viser, at en opsøgende indsats kan motivere borgere, der sjældent kommer til lægen, til at få undersøgt deres helbred eller gå i dialog om deres sundhed.

Motivation af borgerne

Grundet målgruppernes forskellighed, og de forskellige udfordringer, der knytter sig til motivationen af hhv. personer med sindslidelse og personer med udviklingshæmning, er denne del af analysen opdelt for de to målgrupper. I den resterende del af analysen er borgernes perspektiver samlet under et, medmindre særlige forhold gør sig gældende, men så er det tydeligt fremhævet.

Personer med sindslidelse

For de to personer med en sindslidelse, der takkede ja til at deltage, oplevedes det positivt at få et tilbud om sundhedstjek. En borger fortæller fx, at det var rart at få et tilbud om at blive undersøgt, da borgeren har svært ved selv at vurdere, hvornår borgeren burde tage til lægen:

”Jeg synes, det er så svært selv at vurdere, hvornår man lige skal komme forbi lægen. Et sundhedstjek en gang om året ville jeg synes var godt, for det er godt at vide, om man er sund og rask, det er vigtigt for mig at have det godt i hverdagen.” (Borger).

Erfaringerne fra denne borger viser, at den opsøgende indsats her har haft den tilsigtede virkning – at borgeren – der har vanskeligt ved at vurdere sit behov for læge – kommer til lægen. Et forhold, der fremmer den opsøgende indsats, er derfor borgerens egen opfattelse af behovet for at få undersøgt sit helbred.

Den anden borger fortæller, at sundhedstjekket er godt, fordi borgeren ikke så tit kommer til lægen, selvom borgeren beskriver problemer med hyppige lunge- og urinvejsinfektioner. Sundhedstjekket er en anledning til at blive set af lægen.

Borgerne giver udtryk for ikke at være i kontakt med sin læge særlig tit:

”Jeg er ikke pivet, så jeg er ikke så bekymret over mit helbred i hverdagen, så jeg kontakter dem ikke så meget [---] jeg vil gerne have tjekket min hørelse. Jeg går ikke så tit til lægen og hun er ikke så god til at komme her. [---] Det er besværligt at komme op til lægen, fordi jeg skal vente en time på kørslen. [---] Det er bare lidt svært med kørestolen.” (Borger).

Borgeren giver endvidere udtryk for en oplevelse af at føle sig afvist i sin normale kontakt med lægen, men oplever at blive bedre imødekommet med sundhedstjekket. Disse erfaringer viser, at det opsøgende element ved sundhedstjekket i dette tilfælde har haft den tilsigtede virkning; at få borgeren, der er udfordret i kontakten med lægen, til at opleve en lettere adgang til lægen.

Der er ingen af de borgere med sindslidelse, der takkede nej til sundhedstjekket, der har ønsket at deltage i et interview. Personalet fortæller, at deltagelse i pilottesten for mange af borgerne havde virket for uoverskuelig, da der var mange aftaler de skulle forholde sig til, fx både forberedelse, interview mv. Det er imidlertid uklart, hvorvidt det er sundhedstjekket i sig selv, der fremstod for uoverskueligt, eller hvorvidt det skyldes, at det var et pilotprojekt, hvor borgerne derfor også skulle deltage i et interview. Personalet angiver endvidere, at enkelte af de adspurgte borgere havde personlige forhold, der gjorde, at de ikke kunne overskue at deltage. Herudover blev enkelte borgere indlagt under projektperioden.

En faktor, der hæmmede den opsøgende indsats virkning, var borgerens øvrige problemstillinger. Erfaringerne fra Tangkær viser dog at dette kan modvirkes af en systematisk, helhedsorienteret, pædagogisk indsats, der støtter op om den opsøgende indsats. Derudover er det vigtigt med kort og nem adgang til lægen for at bibeholde motivationen.

Erfaringerne fra dette pilotprojekt viser, at en væsentlig faktor, der modvirkede den opsøgende indsats virkning over for personer med sindslidelse i dette projekt, var personalets nedprioritering af opgaven. Det har derfor ikke som sådan noget med målgruppen at gøre. På Tangkær, hvor en høj andel af borgerne deltager i et årligt sundhedstjek, understreger lederen, at det, der har været vigtigt for implementeringen af sundhedstjekket, var et stort ledelsesfokus på opgaven. Det vedvarende ledelsesfokus, en tovholder, tilpasning af tiden til borgerens behov, grundig forberedelse af borgeren, og at der efterfølgende blev fulgt op med sundhedspædagogiske tiltag med udgangspunkt i borgerens eget ønske, påpeges som altafgørende faktorer for implementeringen. For de borgere, der ikke ville deltage i første omgang, var det særligt de andre deltagende borgeres oplevelser og resultater, der motiverede dem til at deltage i det efterfølgende år.

Personer med udviklingshæmning

For hovedparten af de 10 deltagende personer med udviklingshæmning var det en positiv oplevelse at få tilbud om et sundhedstjek. Flere giver udtryk for, at de oplever det som godt og trygt at få tilbud om et sundhedstjek, og ønsker at modtage tilbuddet igen:

”Jeg kan godt lide at komme til lægen og det er trygt at blive undersøgt og få at vide, at alting er i orden, og de er gode til at hjælpe mig, hvis der er noget, der ikke er godt.” (Borger).

”Det vil jeg gerne prøve igen, også det her [peger på billedmaterialet, der viser en af undersøgelserne fra sundhedstjekket].” (Borger).

En anden borger udtrykte det således:

”Jeg synes, det var godt, det er meget rart at komme op til lægen og blive tjekket hele vejen rundt.” (Borger).

Langt de fleste borgere med udviklingshæmning, der deltog, var ikke bange for at gå til lægen i forvejen, og det bliver af personalet ofte kædet sammen med, at borgeren sagde ja

til at deltage. Et forhold, der har indflydelse på den opsøgende indsats virkning, er derfor, om borgeren generelt er tryk ved at skulle til lægen eller ej. Selvom borgeren har lyst til at komme til lægen, betyder det ikke nødvendigvis, at de altid kommer det, eller får den fulde effekt af lægebesøget, da borgerne ofte er afhængige af, at andre opdager deres behov for at komme til lægen (15).

Af de deltagende borgere var der en enkelt borger, der generelt ikke var tryk ved at komme til lægen, og borgeren havde derfor ikke været hos lægen igennem en årrække. Borgerens støtte-kontaktperson var derfor i gang med et længere motivationsforløb for at gøre borgeren tryk ved lægesituationen, da projektet skulle præsenteres for borgeren. Støtte-kontaktpersonen var derfor i tvivl om, hvorvidt deltagelse i projektet ville give bagslag i forhold til den igangsatte indsats. Det blev besluttet, at borgeren skulle spørges alligevel. Der var stor opmærksomhed på borgerens velbefindende i forbindelse med deltagelse i projektet fra støtte-kontaktpersonens side.

Vedkommende borger sagde primært ja til at deltage i projektet pga. en tæt relation til en anden borger der deltog og ofte motiverede hinanden til forskellige ting. Det var ikke muligt at gennemføre interview med borgeren og forløbet for borgeren er derfor belyst fra støtte-kontaktpersonens og lægens perspektiv. Støtte-kontaktpersonen var i tvivl om, hvorvidt borgerens nervøsitet skyldes, at der var tale om en opsøgende indsats eller om det skyldes, at det var et pilotprojekt med en stram tidsramme, hvor det ikke var muligt at afvente, at borgeren blev tryk ved at tænke om at skulle til lægen og få lavet et sundhedstjek.

Erfaringerne her viser, at tidshorizonten for implementeringen, samt mulighederne for at supplere med en pædagogisk indsats, kan påvirke, om den opsøgende indsats får den tilsigtede motiverende virkning eller ligefrem får den modsatte virkning. I planlægningen og gennemførelsen af sundhedstjekkerne er det derfor vigtigt, at det er muligt at gennemføre det i en hastighed, som borgeren er tryk ved, samt at give tid til den pædagogiske opstøttende indsats.

Behov for en understøttende pædagogisk indsats i motivationen

Personalet oplever endvidere, at det ikke er det opsøgende element alene, der har lettet motivationsarbejdet, men at det er kombinationen med billedmaterialet, der har givet dem et redskab til at forberede borgeren på, hvad der helt nøjagtigt skal ske hos lægen:

”Det er svært at motivere de borgere, der ikke selv har forståelse for, hvad det skal gøre godt for at komme til lægen. Der hjælper billedmaterialet meget på forståelsen.” (Støtte-kontaktperson).

Personalet på et af botilbuddene havde endda oplevet, at materialet i sig selv havde en motiverende virkning på en af de øvrige borgere, der ellers ikke havde fået tilbuddet om at deltage i projektet. Denne borger er sædvanligvis meget afvisende over for at skulle til lægen, selvom borgeren har åbenlyse sundhedsmæssige problemer. Da borgeren så materialet, der blev introduceret til en af de deltagende borgere, udviste borgeren stor interesse. Personalet greb borgerens interesse og benyttede muligheden for at tale med borgeren om sundhed og lægebesøg. Dette resulterede i, at borgeren selv bad om at komme

til lægen. Borgeren fravalgte dog alligevel at møde op hos lægen på det aftalte tidspunkt, men personalet angiver, at blot det at kunne tale om sundhed med borgeren var et meget stort fremskridt.

Der var dog også personale, der mente, at billederne for nogle kunne virke afskrækkende, når det blev meget eksplicit, hvilke undersøgelser, der skulle foretages:

”For de borgere, der ikke kan lide at komme til lægen, virker billedmaterialet nok ikke så godt, men for dem, der gerne vil, er det en rigtig god støtte.”
(Støtte-kontaktperson).

Dog havde personalet ikke afprøvet billedmaterialet med de deltagende borgere og det er derfor vanskeligt at vurdere, om billedmaterialet afskrækkede de deltagende borgere.

Endvidere påpeger personalet, at der for nogle personer med udviklingshæmning vil være behov for at blive bedre bekendt med modellen, for at den kan få sin fulde effekt og motivere borgerne til at deltage:

”Det kan også hjælpe, hvis de kommer til lægen mange gange og oplever, at vedkommende [lægen] ikke gør dem noget. Det har jo været lettere her, når det bare handler om et sundhedstjek, og ikke fordi de egentlig har det dårligt. Jeg tror særligt, det hjælper, hvis det så er en tilbagevendende ting, så bliver de efterhånden vant til, hvad der skal ske, og at det ikke er ubehageligt. Så får lægen måske også lov at undersøge dem lidt mere, end hvad der ellers er muligt.” (Støtte-kontaktperson).

Et betydeligt forhold for, om en opsøgende indsats kan virke over for både personer, der godt kan lide at komme til lægen, og personer der er bange, er dermed, om der samtidig er pædagogiske redskaber til at støtte op om at forklare borgeren, hvad sundhedstjekket indebærer. Der vil for flere være behov for en længerevarende tryghedsskabende indsats.

Lægernes oplevelse af den opsøgende indsats

Lægernes erfaringer med modellen tyder på, at det med den opsøgende indsats er lykkedes at få motiveret borgere, der ikke så ofte kommer til lægen, til at møde op til et sundhedstjek. En læge fortæller fx, at en af borgerne, der har modtaget et sundhedstjek igennem pilotprojektet, normalt er en sjælden patient i lægepraksissen. Flere af lægerne ser modellen for sundhedstjek som et godt redskab til at motivere flere borgere til at komme til lægen.

En anden af lægerne oplever, at den opsøgende indsats, kombineret med motivationsarbejdet på bostederne, fungerer godt:

”Jeg tror på, det er et godt tiltag, og jeg synes, det er en god måde at få kontakt med borgerne på, for hvor er det lige, man fanger den del af borgerne, der har mest brug for kontakten [med lægen]. Jeg syntes også, det er spændende, at man her får trekanten til at fungere, mellem borger, læge og personale.” (Læge).

En læge påpeger, at et forhold, der kan fremme, at den opsøgende indsats virker, er at lægen afsætter tiden til sundhedstjekket, inden borgeren inviteres. Dette har lægen haft gode erfaringer med i sin konsultation:

”Det er altså rigtig vigtigt med de opsøgende tiltag. [---] Jeg tror, at den her model vil få flere til at komme her, fordi så er tiden sat af til det og er aftalt på forhånd.” (Lægen).

Lægen påpeger dog samtidig, at der er forhold hos både borgere og i omgivelserne, der hæmmer den motiverende virkning af den opsøgende indsats. Lægen oplevede fx, at en borger, der ellers ikke plejer at være glad for at komme til lægen, havde takket ja til invitationen til sundhedstjekket, men på selve dagen for sundhedstjekket opstod der imidlertid udfordringer med transporten, hvilket medførte, at det blev for uoverskueligt for borgeren at møde op til sundhedstjekket. Lægen påpeger derfor, at der kan være behov for at tilpasse modellen, evt. ved at udføre hele eller dele af sundhedstjekket i borgerens eget hjem.

Denne oplevelse understøttes af flere af lægerne. En læge påpeger, at det med en opsøgende indsats, hvor borgeren inviteres til et sundhedstjek, ikke vil være tilstrækkeligt til at få de borgere, der er angste for læger, til at deltage. Der kan være behov for en opsøgende og udadgående funktion til denne patientgruppe:

”Måske har de, der har deltaget i projektet, ikke været de, der er mest bange. Der kan være nogen, der har behov for, at vi kommer hjem til dem i stedet.” (Læge).

Der er dog også læger, der oplever, at borgerne i pilotprojektet ofte kommer til lægen. Det skyldes, at personalet på botilbuddene har stort fokus på borgernes sundhed, og at personalet har et rigtig godt samarbejde med lægepraksissen. Selvom lægerne ofte ser disse borgere i deres praksis, var de positive over for, at tilbud om et målrettet sundhedstjek kan være vigtigt, for at opdage sundhedsmæssige problemstillinger hos personer med udviklingshæmning eller sindslidelse.

”Jeg vil sige sundhedstjek ja, men indholdet... spørgsmålstegn.” (Læge).

”Ja, det synes jeg da er fint [med systematikken] (...) at man kan blive opmærksom [...] Så er det rart med en tjekliste, nå ja, så tjekker vi de her ting, fordi det ses særligt hyppigt i de her befolkningsgrupper.” (Læge).

Generelt ser lægerne sundhedstjekket som et godt værktøj, men nogle havde ændringsforslag til modellen og indholdet af tjeklisten.

Gav en opsøgende indsats unødigt nervøsitet for helbredet

En vigtig del af evalueringen var at sætte fokus på, om borgerne blev unødigt bekymrede for deres helbred ved at blive tilbudt et sundhedstjek. Nogle borgere angav, at de havde været enten nervøse eller spændte på, hvad selve resultatet af sundhedstjekket var, men alle

angav de, at nervøsiteten var håndterbar, og at de efter at have fået resultaterne af sundhedstjekket var blevet mere trygge:

"Ikke bange, mere nervøs, ikke slemt, bare lidt." (Borger).

Hjælp fra kontaktperson: *"Du var lidt nervøs, inden du kom ind til lægen, ikke?"*

"Jo", (Borger).

Kontaktperson: *"Men bagefter blev du glad, fordi lægen sagde, du var sund."*

"Ja, jeg er meget sund og frisk og næsten aldrig syg, det er dejligt." (Borger).

En støtte-kontaktperson til en anden borger fortæller i samarbejde med borgeren, at borgeren blev lidt bekymret over, hvad resultaterne ville vise, men at det efterfølgende var dejligt at få bekræftet, at alting var fint:

"... så er man mere tryk bagefter." (Borger).

Denne oplevelse af, at borgerne kan være nervøse for resultatet understøttes af lægernes erfaringer:

"Der var en, der var nervøs for resultaterne af sundhedstjekket, men jeg tror vedkommende klarede det og ville meget gerne komme igen." (Læge).

For flere af de borgere, der var bekymrede, var det hovedsageligt nervøsitet over at skulle have taget blodprøve eller have vacciner. Dette tyder på, at forventningen om smertefulde undersøgelser kan være en faktor, der kan afholde borgere fra at sige ja. Dette kan dog imødekommes ved at gøre det tydeligt for borgeren, at borgeren kan fravælge de undersøgelser, borgeren ikke ønsker at deltage i. Dette blev gjort i flere tilfælde.

Erfaringerne fra projektet viser, at deltagerne ikke blev uforholdsmæssigt nervøse for deres helbred ved at få et tilbud om sundhedstjek, og at det efterfølgende var beroligende at få vished om egen helbredstilstand. Det har ikke været muligt at afdække, hvorvidt de borgere, der takkede nej til et sundhedstjek, blev (unødigt) bekymret for deres helbred.

Fokus på somatisk sundhed

En opsøgende, systematisk indsats kan understøtte, at personalet får fokus på borgernes somatiske sundhed. Personalet giver udtryk for, at den opsøgende indsats har skærpet deres egen opmærksomhed på borgernes helbred – også for de borgere, der ikke har deltaget i pilotprojektet:

"Det har nok hjulpet os til at huske mere på borgernes somatiske sundhed også. For det kan godt være, at det falder lidt i baggrunden i en hektisk hverdag, hvor det måske er nogle andre ting, der fylder mere. Der har vi oplevet her, at fordi vi vidste, at borgeren snart skulle til det her tjek hos

lægen, så har det været mere i vores bevidsthed, og det gælder for alle vores beboere, ikke kun de, der har været med her.” (Afdelingsleder).

Andre støtte-kontaktpersoner fortæller at det udover at have sat fokus på borgernes somatiske sundhed, også har medvirket til at give en bedre forståelse af begrebet sundhed og dermed øget deres viden på området:

”Det har givet os et meget bredere syn på, hvad sundhed er, og meget mere et fælles syn på, hvad et sundhedstjek er, og en seriøsitet og grundighed omkring borgernes helbred. Hvor det tidligere nok var meget løst og individuelt, hvad sundhed er, og hvad vi skal have tjek på som personale.” (Støtte-kontaktperson).

Flere af støtte-kontaktpersonerne nævner dog også, at der i forvejen er stor fokus på borgernes somatiske sundhed. Dette skyldes, at Københavns Kommune har iværksat flere initiativer på sundhedsområdet, herunder dokumentation i form af baggrundsbeskrivelser af borgernes sundhed. En støtte-kontaktperson oplever, at sundhedsinitiativer er velimplementerede på botilbuddet og giver et særligt fokus på somatisk sundhed, som støtte-kontaktpersonen ikke har oplevet fra tidligere steder:

”Jeg tror ikke, at man kunne nedbringe lægebesøgene med det her [sundhedstjekket], for vi har meget fokus på sundhed og vi reagerer på deres helbredssymptomer, fordi vi er opmærksomme på, at de [borgerne] ikke selv kan komme og sige til, at de har det skidt. Jeg tror, det kunne være super relevant for borgere, der bor alene, eller på botilbud med mindre støtte i hverdagen og mindre fokus på sundhed.” (Støtte-kontaktperson).

Det har dermed indflydelse på pilotprojektets resultater, at der i kommunen i forvejen er stort fokus på sundhed og der er iværksat flere tiltag omkring sundhed. Det er dog ikke alle botilbuddene i pilotprojektet, hvor dokumentationsredskaberne fra forvaltningen opleves som lige relevante eller lige anvendelige. I forbindelse med ”Barrierer for lige adgang til det primære sundhedsvæsen” påpegede personalet på det ene botilbud, at det var vanskeligt at følge og dokumentere borgerens helbred. Det kunne ligefrem påvirke relationen mellem borger og støtte-kontaktperson i en negativ retning, fordi nogle spørgsmål var grænseoverskridende. Dette tyder på, at det er vigtigt for implementeringen og virkningen af en opsøgende indsats, at den giver mening for både borgere og personale.

En ret til sundhedstjek kan sikre adgang til lægen

Flere af de deltagende botilbud arbejder allerede med at tilbyde borgerne et årligt sundhedstjek hos deres læge. Personalet på hovedparten af botilbuddene oplever dog, at det kan være vanskeligt at få et samarbejde med lægerne herom:

”Nogle læger virker direkte afvisende for ideen [om at give borgerne et sundhedstjek]. Så en model for et sundhedstjek, hvor lægerne skal tilbyde borgerne et tjek, og hvor de har en konkret model at følge, er en god ide.” (Støtte-kontaktperson).

Personalet på disse botilbud har derfor en oplevelse af, at den opsøgende indsats i modellen betyder en lettelse i deres daglige arbejde, fordi de anvender mindre tid på at komme i kontakt med og overbevise lægerne om beboernes behov for en konsultation:

”Jeg synes, det er en meget positiv ting ved modellen, at det er lægen, der kontakter os. I stedet for, at vi skal blive ved at kime lægerne ned for at prøve at få en tid til borgerne.” (Støtte-kontaktperson).

En støtte-kontaktperson giver endvidere udtryk for, at lægerne kan have en tendens til at nedprioritere borgerne og oplever, at tider hos lægen kan blive rykket for borgerne i botilbuddet. Derfor vil en standardprocedure med en tilbagevendende indsats være en fordel.

Også borgerne oplever, at der kan være udfordringer ved at få adgang til lægen. En borger giver udtryk for, at hun er bekymret for sit helbred og gerne vil have sit helbred tjekket snart, men at det er en udfordring at komme frem til lægen:

”Jeg synes, lægen skal komme her, jeg har mange ting, der ikke er så godt med helbredet, som jeg gerne vil have lægen til at se på, men det er svært for mig at komme hen til lægen, når jeg sidder i kørestol. Jeg skal vente længe på kørsel eller tage en taxa. Jeg har dog behov for at komme til lægen.” (Borger).

Borgeren oplever så store udfordringer med adgangen, at hun foretrækker en opsøgende indsats i form af et hjemmebesøg. Nogle af udfordringerne hænger sammen med borgerens funktionsnedsættelse, både fysisk og psykisk.

Personalets erfaringer tyder endvidere på, at et sundhedstjek kan sikre en mere lige adgang for borgerne, som ellers er afhængige af personalets subjektive vurderinger:

”Jeg synes, det er en rigtig god ide, at borgerne tilbydes et sundhedstjek systematisk (...), fordi det kan være en udfordring at følge borgernes sundhed og vide, hvornår de har behov for at komme til lægen. Sundhedstjekket hjælper meget, fordi borgernes helbred bliver vurderet regelmæssigt af en læge, der kan opfange de ting, vi måske ikke kan se i det daglige.” (Støtte-kontaktperson).

Dermed kan en opsøgende indsats modvirke, at vigtige tegn – synlige som usynlige – overses.

5.2 Forberedelse til sundhedstjekket

Forberedelsen af borgeren handlede både om at gennemgå de fysiske undersøgelser, der skulle foretages hos lægen, samt besvare en række spørgsmål om borgerens generelle helbred. Svarene skulle sammen med medicinlisten sendes til lægen inden selve sundhedstjekket. Derudover skulle der tages en blodprøve inden selve sundhedstjekket.

Spørgeskemaet skulle sikre informationsudveksling mellem borger og læge ved at give et bredt billede af borgerens helbredstilstand. Blodprøven tages inden sundhedstjekket, for at resultaterne foreligger til selve konsultationen, så borgeren kan få en samlet tilbagemelding ved konsultationen. Desuden kan blodprøvetagning for mange i målgruppen være forbundet med stor angst og betyde udeblivelse fra selve sundhedstjekket, hvis blodprøven skal tages der.

Formålet med forberedelsen var, at borgeren uden for konsultationen og i hjemlige omgivelser blev informeret om indholdet af sundhedstjekket og svarede på spørgsmål om sit helbred. Ved at gøre det hjemme kunne borgeren føle sig mere tryk – frem for i en potentielt anspændt og tidspresset situation hos lægen. Dermed forebygges, at vigtige informationer glemmes, eller at undersøgelser ikke kunne gennemføres. Forberedelsen blev understøttet af billedmateriale, der benyttede visuel og ikke blot verbal kommunikation, for at give flere redskaber til støtte-kontaktpersonerne i deres forberedelse med borgeren.

Lægens forberedelse omhandlede, at lægen havde dannet sig et generelt indtryk af borgerens helbred på baggrund af spørgeskemaet, medicinlisten og blodprøveresultater forud for konsultationstiden. Herved kunne konsultationstiden udnyttes til at fokusere på de informationer om borgerens helbred, der gav lægen grund til bekymring, udover de fysiske undersøgelser.

Virksomheden af forberedelsen af borgeren på de fysiske undersøgelser havde effekt for nogle, men ikke for alle. En række borgere udtalte, at det var rart at vide, hvad der skulle ske hos lægen, og at det gav ro omkring lægebesøget. Et forhold for, om forberedelsen på de fysiske undersøgelser havde virkning, var borgerens evne til at omsætte billedmaterialet og forberedelsen til det, der rent faktisk skulle ske hos lægen. Lægernes erfaringer viste, at borgerne i flere tilfælde virkede forberedt på, hvad der skulle ske. Borgerne kunne huske de spørgsmål, de havde besvaret i spørgeskemaet, og nogle borgere kunne deltage i flere undersøgelser end ellers.

Erfaringerne fra projektet viser en tydelig positiv effekt af spørgeskemaet. Alle de 12 deltagende borgere i projektet fik udfyldt spørgeskemaet. I et tilfælde bortkom skemaet, så lægen aldrig modtog det. For de resterende 11 borgere modtog borgerens læge spørgeskemaet. Spørgeskemaet gav et godt billede af borgerens generelle helbred og fungerede som informationsudveksling mellem borgeren og læge og gav dermed lægen et grundlag for en grundig og mere effektiv udredning af borgerens helbred. Spørgeskemaet blev fundet relevant af alle parter, dog med forslag til justeringer af enkelte begreber, der virkede for abstrakte. Støtte-kontaktpersonerne oplevede spørgeskemaet som et godt dialogredskab til at snakke med borgerne om deres sundhed. Alle borgere kunne deltage

helt eller delvist i besvarelsene af spørgsmålene. Spørgeskemaet virkede endvidere som informationsudveksling mellem personale og kompenserede derfor til dels for manglende kontinuitet hos personalet i forhold til den enkelte borgers forløb. Yderligere oplevede personalet, at den opsøgende indsats i kombination med spørgeskemaet satte fokus på borgerens somatiske sundhed – også de andre borgeres somatiske sundhed – og gav øget viden om bredden af somatisk sundhed.

Erfaringerne fra pilotprojektet viste, at det stort set ikke lykkedes med lægernes forberedelse. Ud af de 12 personer, der gennemførte forberedelsen, modtog lægen kun spørgeskemaet for 2 borgere en uge før sundhedstjekket. For langt de fleste modtog lægerne derfor spørgeskemaet på selve dagen for sundhedstjekket, hvilket betød, at lægen ikke kunne forberede sig på denne del. Af de få læger, der modtog spørgeskemaet en uge forinden, fravalgte hovedparten at forberede sig inden sundhedstjekket grundet tid og ressourcer. For 4 borgere modtog lægen borgerens medicinliste en uge før sundhedstjekket. For de 5 borgere modtog lægerne ikke medicinlisten, og for de resterende vides ikke, om lægen modtog medicinlisten. For to af de borgere, der ikke havde sendt medicinliste til lægen på forhånd, gjaldt dog, at de ikke havde en medicinliste, da de ikke tog medicin jævnligt. Det er på baggrund af resultaterne ikke muligt at vurdere effekten af lægens forberedelse, og om hvorvidt det havde en positiv effekt på udnyttelsen af konsultationstiden og en grundig vurdering af borgerens helbred.

Lidt over halvdelen af borgerne fik foretaget en blodprøve, hvilket må betragtes som en god succesrate, taget i betragtning, at en del i målgruppen ikke bryder sig om at få taget blodprøve. Ud fra de interviewedes udsagn vil det være væsentligt, at det er tydeligt over for borgerne, at de kan fravælge blodprøven, hvis dem, der er angste, skal kunne motiveres til at deltage i de resterende dele af sundhedstjekket.

Introduktion af undersøgelserne i sundhedstjekket gav delvist tryghed

Grundet den forskellige implementering fik ikke alle støtte-kontaktpersoner alt vejledningsmaterialet. Derfor er ikke alle borgerne i projektet blevet forberedt ved brug af pjecen med billeder. Langt de fleste borgere havde dog gennemgået pjecen med billederne sammen med støtte-kontaktpersonen som forberedelse på hvilke undersøgelser, der skulle tages i forbindelse med sundhedstjekket.

Overordnet set havde de borgere, der var blevet forberedt via billedmaterialet, en positiv oplevelse af at vide, hvad der skulle ske hos lægen på forhånd:

”Det var en god idé at vide på forhånd, hvad der skulle ske hos lægen.”
(Borger).

Flere gav udtryk for, at det var rart, at de havde set billeder af, hvad der skulle ske, når de blev direkte adspurgt om det i interviewet. Dette blev bekræftet af borgernes støtte-kontaktpersoner, som beskrevet i afsnittet om motivation af borgeren. I nogle tilfælde oplevede personalet, at forberedelsen havde gjort en stor forskel for borgerne. Her blev billedmaterialet fremhævet som en vigtig faktor:

”Ja, jeg tror helt bestemt, at forberedelsen har gjort en forskel for vores borgere, især fordi der var billeder i materialet, så borgeren var også forberedt på, hvordan undersøgelsesredskaberne så ud”. (Støtte-kontaktperson).

En støtte-kontaktperson udtrykker således:

”Da jeg hørte om det, tænkte jeg, at det bliver svært at motivere særligt den ene af de to borgere, men det viste sig at gå overraskende godt, måske særligt fordi de vidste, hvad det var, der skulle ske, fordi de kan se billederne.” (Støtte-kontaktperson).

Støtte-kontaktpersonen understreger yderligere vigtigheden af, at borgeren ved, hvad der skal ske, selvom det kan gøre borgeren nervøs:

”Med [den ene borger] var det svært, fordi fra [borgeren] så materialet, vidste hun, at hun skulle stikkes, og gik og talte meget om det i tiden op til, at blodprøven blev taget, men det var ikke noget overvældende, og det er vigtigere, at hun vidste, hvad der skulle ske, end at hun var lidt nervøs for nålen”. (Støtte-kontaktperson).

Flere af borgerne gav udtryk for, at de var trygge ved at være hos lægen, og kunne på baggrund af billedmaterialet under interviewet berette, hvilke undersøgelser de havde deltaget i hos lægen. Borgerne anvendte fx billedmaterialet til at kommunikere, hvilke undersøgelser de godt kunne lide, og hvilke de ikke var glade for (typisk blodprøven og vaccine). Dermed kunne borgerne også klart tilkendegive, hvilke undersøgelser de ønskede at deltage i. Denne erfaring viser, at den forberedende del med billedmaterialet virker til at give borgere, der har vanskeligt ved verbal kommunikation, en mere nuanceret udtryksform for, hvad vedkommende kan og ikke kan lide ved at komme hos lægen.

For andre borgere fremstod virkningen af den forberedende del dog mere uklar og personalet oplevede, at forberedelsen ikke havde gjort den store forskel:

”Jeg tror dog ikke, at [borgeren] kunne koble det [borgeren] havde set i materialet, til det der skete hos lægen”. (Støtte-kontaktperson).

Andre af støtte-kontaktpersonerne gav også udtryk for, at de var i tvivl om, hvorvidt borgerne kunne omsætte forberedelsen til det, der skulle ske hos lægen. I disse tilfælde talte støtte-kontaktpersonerne dog mere generelt om borgere med udviklingshæmning, end om de deltagende borgere, og ikke alle havde selv afprøvet billedmaterialet. En pointe var her, at billederne var af personer, som var ukendte for borgerne, og ikke billeder af borgerens egen læge.

Et forhold, der påvirker om forberedelsen virker i tiltænkte omfang, er derfor om borgeren kan overføre billederne til det, der skal ske hos lægen, og om borgeren har behov for billeder af velkendte personer såsom sin egen læge.

For to af de borgere, der ikke havde set billedmaterialet eller fået en ordentlig forklaring på, hvad der skulle foregå hos lægen, havde det en negativ effekt på borgernes oplevelse. Idet støtte-kontaktpersonen ikke var blevet ordentlig introduceret til modellen, og ikke havde haft tid til at orientere sig grundigt i materialet, var støtte-kontaktpersonen i tvivl om, hvad der skulle ske, og havde derfor forberedt borgeren på noget andet, end det der rent faktisk skulle ske:

”Vi var ikke helt klar over,, hvad modellen gik ud på, og hos lægen fik vi at vide, at det mest var en samtale, så det fortalte vi borgerne. Så de blev bekymrede, da de fandt ud af, at de også skulle undersøges.” (Støtte-kontaktperson).

For den ene af borgerne, der i forvejen var nervøs for at skulle til lægen, blev det derfor alt for uoverskueligt, og borgeren måtte afbryde konsultationen. Den anden borger kunne gennemføre, da det blev klart for borgeren, hvilke undersøgelser der skulle foretages, og at disse undersøgelser ikke omfattede en undersøgelse, borgeren ikke havde lyst til. Denne borger er generelt glad for at komme til lægen og ville gerne deltage i et sundhedstjek en anden gang. Det er vanskeligt at gisne om, hvorvidt en forberedelse, som den tiltænkt i modellen, ville have medvirket til, at borgeren, der var angst og ikke kunne gennemføre, ville have kunnet gennemføre de fysiske undersøgelser helt eller delvist.

For de to andre borgere, der heller ikke havde set billedmaterialet som forberedelse, men var blevet forberedt via informationspjece til borgere og pårørende, samt havde modtaget forberedelseskemaet, havde det ikke den store indflydelse på, at de kunne og ville gennemføre sundhedstjekket.

Erfaringerne viser derfor, at det for stort set alle borgerne, og særligt for dem, der i forvejen er nervøse for at gå til lægen, eller ikke vil deltage i visse undersøgelser, er vigtigt med forberedelse for at skabe tryghed omkring sundhedstjekket. For at forberedelsen kan få den ønskede virkning, er det vigtigt, at forberedelsen matcher det, der efterfølgende skal ske hos lægen. Derudover er det vigtigt, at personalet kender borgeren godt nok til at kunne tilpasse anvendelsen af forberedelsesmaterialet, eksempelvis, om borgeren skal bruge lang tid til at blive forberedt, eller om borgeren skal forberedes kort tid forinden, for at kunne huske forberedelsen.

Lægernes oplevelse af borgernes forberedelse

Lægernes oplevelse af, om borgerne var forberedt på, hvad der skulle ske, varierede. I omkring halvdelen af forløbene angiver lægerne, at de har oplevet, at borgerne var velforberedte på, hvad der skulle ske i konsultationen. Også lægerne nævner billedmaterialet, som en vigtig årsag til, at borgerne virkede bedre forberedt end ellers:

”De havde kigget på den [pjece med billeder] og set, hvad der skulle ske, og afdramatiseret det så godt som muligt.” (Læge).

”Det er en fordel, at de ved, hvad der skal ske, særligt fordi de også havde set billeder, tror jeg.” (Læge).

To læger pointerer, at billedmaterialet kan understøtte, at borgerne bliver mere trygge i situationen, men at billedmaterialet ikke løser alle udfordringer i forbindelse med at kunne undersøge borgerne.

To læger havde endvidere benyttet billedmaterialet under selve konsultationen, for at kunne gå i dialog med borgerne om, hvad der skulle ske.

En læge, hvor borgeren ikke havde set billedmaterialet, oplevede, at borgeren var forberedt ift. de spørgsmål, der var stillet i spørgeskemaet, og dermed kunne svare på de ting, som lægen så spurgte ind til:

”Den anden [borger] var forberedt på, at der skulle ske noget mere, og [borgeren] kunne huske, hvad [borgeren] var blevet spurgt om i det her spørgeskema, så [borgeren] forklarede nogle ting”. (Læge).

Ved de øvrige sundhedstjek oplevede lægerne ikke, at forberedelsen af borgeren havde haft den store virkning, og lægerne var i tvivl, om borgeren var forberedt på, hvad der skulle ske. Dette skyldes dog i enkelte tilfælde, at borgeren ikke var blevet forberedt tilstrækkeligt på modellen inden sundhedstjekket, jf. afsnittet ovenfor.

Flere af lægerne påpeger endvidere, at der var tale om en ny model, der kun var blevet tilbudt borgerne en enkelt gang, hvorved borgerne ikke nåede at blive fuldt ud trygge ved konceptet. Lægerne mente, at modellen kunne være et anvendeligt redskab i det generelle tryghedsskabende arbejde med disse borgere, da forberedelsen og den systematiske fremgang skabte en genkendelighed for borgerne, der ved flere gentagelser potentielt kunne få større virkning.

Spørgeskemaet giver bredt billede af borgerens helbred

Alle borgerne i projektet fik udfyldt spørgeskemaet om deres generelle helbred, inden de skulle op til lægen, helt eller delvist. De fleste borgere kunne deltage i besvarelsen af enten alle eller en række af spørgsmålene. De fleste besvarede spørgsmålene i samarbejde med støtte-kontaktpersonen. Der var enkelte spørgsmål, som hverken borgere eller støtte-kontaktperson kunne besvare, men da det primært drejede sig om få spørgsmål, gav det ikke anledning til bemærkninger fra nogen af parterne.

Generelt blev der udtrykt stor tilfredshed med spørgeskemaet. Både borgere, personale og læger var enige om, at spørgsmålene i spørgeskemaet var relevante og kom bredt omkring borgerens helbred. Dermed gav spørgeskemaet et godt billede af, hvordan borgeren havde det:

”Det var jo relevante spørgsmål, og det var jo noget, som alle kan svare på, og det synes jeg jo også er vigtigt, at det ikke er lagt på et for højt plan, ikke.” (Borger).

”Det gør vi rent overordnet [kigger på det sundhedsfaglige], misbrug, vægt, motion, altså sådan nogle af de der ting (...) Der er langt flere spørgsmål [i

spørgeskemaet], som også godt kan tåle at blive belyst.” (Støttekontaktperson).

”Vi finder i hvert fald spørgeskemaet, og de her ting, vi selv skulle udfylde, relevante”. (Læge).

Enkelte spørgsmål var for abstrakte til, at alle borgere kunne relatere sig til dem:

”Der var nogle spørgsmål, der måske var lidt svære for [borgeren] at forstå, hvad det var [borgeren] skulle svare på. (...) Lige meget hvor konkret jeg gjorde det, og jeg havde sågar også billeder med til nogle af spørgsmålene, så virkede det som om [borgeren] ikke helt havde en forståelse af, hvad det vil sige at have et godt helbred og sundhed.” (Støttekontaktperson).

Flere støtte-kontaktpersoner gav udtryk for, at spørgeskemaet gav øget viden om sundhedsrelevante problemstillinger:

”Sådan et spørgeskema gør, at vi som pædagoger bliver opmærksomme på nogle ting, fordi man kommer simpelthen nogle områder igennem, og lægen bliver fodret på en ordentlig måde.” (Støttekontaktperson).

”Der var nogle spørgsmål, der var svære at svare på, særligt det omkring toiletbesøg, men det var samtidig meget godt at få sat fokus på, om der kan være problemer med det. Særligt fordi mange af dem selv klarer toiletbesøg, så det er ikke altid, vi ved så meget om det.” (Støttekontaktperson).

Erfaringerne her viser, at det især for borgere, der er mere selvhjulpne, kan være godt med et dialogredskab til at få drøftet sundhedsmæssige problemstillinger med borgerne en gang imellem. I den forbindelse er det dog vigtigt at huske på borgerens ret til privatliv, og hvordan man kan drøfte emner, som kan være prekære. Under ”Barrierer for lige adgang til det primære sundhedsvæsen” kom det bl.a. frem, at nogle af de eksisterende sundhedsdokumentationsredskaber, ud fra personalets synspunkt, kunne virke grænseoverskridende for begge parter og hermed ikke fremmede dialogen og samarbejdet med borgeren. I pilotprojektet virker det dog ikke til, at der har været spørgsmål, der har givet negativ effekt på dialogen.

Det er uklart, om spørgeskemaet gav borgerne øget viden om deres egen sundhed. Flere støtte-kontaktpersoner gav dog udtryk for, at udfyldelsen af spørgeskemaet gav en god dialog med borgeren omkring borgerens helbred, og gav personalet et redskab til at spørge ind til borgerens helbred:

”Men [borgeren] føler sig jo hørt i kraft af, at jeg sidder med et stykke papir og spørger [borgeren] (...) drikker du? NEJ (...) der har det ligesom en effekt, ikke.” (Støttekontaktperson).

En nævner, at det også kan benyttes af borgernes pårørende til at snakke med borgerne om deres helbred. En enkelt borger har svært ved at holde koncentrationen til at besvare alle

spørgsmålene på en gang. Dette viser, at det kan være nødvendigt at besvare spørgeskemaet over en længere periode.

En støtte-kontaktperson pointerede, at spørgeskemaet kan fungere som dokumentationsredskab ved vagtskifte og dermed fremme informationsudvekslingen personalet imellem:

”Det, der er faren i vores regi, er, at vi er så mange mennesker inde over, og så huske og få alting med. Det er nemmere at have sådan et spørgeskema, end at skrive ned på en lap papir og huske det hele.” (Støtte-kontaktperson).

En anden støtte-kontaktperson mener, at spørgeskemaet kan benyttes til at dokumentere borgerens helbred og dermed afhjælpe dokumentationsopgaven, såfremt modellen for sundhedstjek tænkes sammen med de øvrige dokumentationskrav:

”På den måde kunne man jo godt bruge de her redskaber sammen. Det ville faktisk være smart, hvis man lavede sundhedstjekket om til, at de her baggrundsbeskrivelser skal revurderes, så kunne man måske få fat i noget, fordi man har noget mere konkret at gå ud fra, frem for, at jeg bare sætter mig op og snakker lidt med [borgeren] om det.” (Støtte-kontaktperson).

Erfaringerne fra pilotprojektet viser, at spørgeskemaet sikrede den dokumentation af borgerens helbred og sygehistorie til lægerne, som det var tiltænkt. Lægerne gav udtryk for, at spørgeskemaet kom godt omkring og gav dem en øget viden om borgerens sundhed.

Der kom også information frem om borgernes helbred, som muligvis ikke ville være kommet frem ellers. En læge fortæller, at det via spørgeskemaet kom frem, at borgeren havde været svimmel, og samtidig kom det frem, at borgeren fik meget lidt væske og mad i løbet af dagen trods fysisk arbejde. Denne information ville lægen ikke nødvendigvis have fået uden spørgeskemaet.

En læge fortæller, at spørgeskemaet giver mere information, end det er muligt at indhente i løbet af konsultationen, både pga. tidsbegrænsningen i konsultationen, og fordi der hjemme hos borgeren er mere trygge rammer til at kunne svare:

”Det er godt, at de i fred og ro har snakket om de ting, der kunne være. Fordi nogen kan godt blive lidt bange, når de kommer her, lidt bekymrede og måske ikke lige får sagt det, der skal siges.” (Læge).

En anden læge oplevede, at den opsøgende indsats i kombination med spørgeskemaet gav indsigt i en patients behov for lægeundersøgelse. Selvom det ikke lykkedes at få borgeren til at møde op i konsultationen til sundhedstjekket, gav spørgeskemaet lægen en viden om borgerens sundhed, der gav mulighed for at vurdere, om borgeren havde behov for, at der blev fulgt op på sundhedsmæssige problemstillinger via et hjemmebesøg:

”Når jeg læser skemaet, tænker jeg, at der er en del spørgsmål, hvor borgeren svarer ja, så der er måske noget, der lægeligt skal følges op på her. Jeg skal have hørt, om jeg evt. skal komme hjem til borgeren i stedet for. Det er jo ikke sådan, at vi ikke gerne vil besøge borgerne i deres hjem, men det kan vi jo ikke bare gøre for alle vores patienter. Det er der simpelthen ikke tid til. Men her

hjælper det jo med at prioritere patienten, at jeg ved, at vedkommende oplever noget med helbredet, men måske ikke kan magte at komme i konsultationen for tiden.” (Læge).

Dermed gav spørgeskemaet lægen en indsigt i borgerens helbred, som lægen ellers ikke ville have fået.

Erfaringerne fra pilotprojektet viser, at spørgeskemaet i høj grad havde den ønskede virkning, at borgerens generelle sundhedstilstand blev afdækket, og skemaet fungerede som informationsudveksling mellem læge og borger. Spørgeskemaet kunne dermed være med til at kompensere for, at det ikke var en gennemgående støtte-kontaktperson, der fulgte borgeren gennem hele forløbet. Erfaringerne viser endvidere, at det er vigtigt, at spørgsmålene er formuleret konkret og enkelt og giver mening for borgerne, hvilket spørgeskemaet langt hen af vejen ser ud til at have gjort.

Et forhold, der har indflydelse på spørgeskemaets virkning, er tiden, der afsættes til at besvare spørgsmålene, og metoderne, hvormed spørgsmålene stilles. For nogle borgere vil det være nødvendigt at kunne besvare spørgsmålene over en længere periode, ligesom det for nogle vil være nødvendigt med forklaring og billeder – uanset, hvor konkrete spørgsmålene er.

Derudover viste erfaringerne, at spørgeskemaet kan fungere som dokumentations- og informationsudvekslingsredskab for personalet, såfremt personalet benytter redskabet aktivt. Spørgeskemaet kunne endvidere give en god dialog mellem borger og personale om sundhedsrelevante emner.

Lægens forberedelse

Der var stort set ingen af lægerne, der modtog borgerens spørgeskema inden selve sundhedstjekket. I disse tilfælde kunne lægerne derfor ikke forberede sig og danne sig et overblik over, om der var noget særligt lægen skulle spørge ind til i selve konsultationen. Nogle læger påpegede dog, at spørgeskemaet ikke nødvendigvis behøvede blive sendt på forhånd:

”Jeg tror ikke, jeg havde behøvet at modtage spørgeskemaet på forhånd. Det fungerede fint, at de havde det med og var forberedte, og så var det afsluttet bagefter i stedet for, at jeg skulle have det over flere omgange.” (Læge).

En anden læge understregede, at det var urealistisk at nå at forberede sig, inden borgeren kom, grundet det arbejdspress lægerne oplever:

”Jeg synes, det er helt urealistisk at forestille sig, at man sidder en halv time en uge inden, at man skal lave et sundhedstjek.” (Læge).

En anden læge pointerede i forlængelse af dette, at hvis forberedelsen lå en uge i forvejen, kunne lægen alligevel ikke huske informationerne godt nok til, at det ville give den tiltænkte effekt i selve konsultationen.

En læge påpeger dog, at det havde været godt med forberedelse, inden borgeren kom, da det ikke var helt optimalt, at gennemgangen af hele spørgeskemaet skulle foregå i konsultationstiden:

”Det ville selvfølgelig have været en god idé, så jeg lige havde set det, så det skulle jeg også lige bruge tid på at se på, samtidig med, at jeg skulle undersøge patienten, så det var ikke helt optimalt, fordi jeg ikke havde fået papirerne.” (Læge).

Lægerne brugte dermed i høj grad noget af konsultationen til at gennemgå skemaet sammen med borgeren. For de fleste borgere i projektet betød det mindre. Enkelte nød at få denne særlige opmærksomhed. I et tilfælde havde dette en direkte negativ konsekvens, da borgeren ikke kunne overskue at få stillet de samme spørgsmål igen. Derudover havde det også konsekvenser for den tidsramme, der var afsat til konsultationen, som dermed ikke var tilstrækkelig.

Lægerne havde for det meste heller ikke modtaget medicinlisten på forhånd. Enkelte læger fortalte, at de brugte deres egen medicinliste for borgeren i deres forberedelse.

Erfaringerne fra projektet viser, at lægerne i langt de fleste tilfælde ikke havde mulighed for at forberede sig ud fra spørgeskemaet og medicinlisten, som tiltænkt i modellen. En faktor, der spiller ind på lægens forberedelse fik sin virkning, var dels om lægen modtog spørgeskemaet i tide, og dels om lægen kunne prioritere at sætte tid af til forberedelsen inden sundhedstjekket, herunder at forberedelsen lå umiddelbart inden sundhedstjekket for at kunne huske informationerne

Blodprøven – en gordisk knude

Det lykkedes at få foretaget en blodprøve på 7 af de deltagende borgere. Blodprøvetagning var for en del borgere i projektet en udfordring, da nogle ikke brød sig om at blive stukket. Det er derfor ikke muligt at gennemføre blodprøven i alle tilfælde:

”Det med blodprøven er en udfordring for os. Det vil det nok også være fremadrettet (...) Vi har en eller to, hvor vi ikke kan gøre det på. Forståelsen for, hvorfor de skal have det gjort, er ikke til stede, og man kan ikke motivere eller forklare dem det.” (Støtte-kontaktperson).

Da blodprøven i særlig grad kan være angstprovokerende for borgeren, påpeges det af flere, at det her er særlig vigtigt, at borgeren ledsages af en person, de er trygge ved.

Enkelte havde fået foretaget en blodprøve kort forinden i anden sammenhæng, hvorved det var overflødigt med endnu en. Derudover betød den lægefaglige vurdering endvidere, at blodprøven blev fravalgt:

”Det er svært at få lov at tage blodprøve på de her to, men da jeg ikke er bekymret for noget som en blodprøve vil kunne svare på nogen af de to her, er der ikke behov for at udsætte dem for eller tvinge dem til at gennemføre en blodprøve.” (Læge).

Lægerne og personalet justerede dermed modellen ud fra den enkelte borgers situation.

Overordnet set lykkedes det derfor i langt de fleste tilfælde at gennemføre blodprøven eller inddrage tidligere blodprøveresultater i forbindelse med sundhedstjekket. Der vil for nogle borgere være behov for et længere pædagogisk arbejde i forhold til at få lov til at tage en blodprøve, lige som det for en (lille) gruppe formentlig ikke vil være muligt selv med et omfattende motivationsarbejde. Blodprøven kan derfor i sig selv være en faktor, der har indflydelse på, om borgeren kan motiveres til at deltage i et sundhedstjekket. Det er derfor nødvendigt, at det er tydeligt over for borgeren, at blodprøven kan fravælges, så borgere, der ikke kan lide at blive stukket, fravælger deltagelse i sundhedstjekket fuldstændig.

5.3 Sundhedstjekket

Den systematiske fremgangsmåde for sundhedstjekket med gennemgang af resultaterne af spørgeskema, medicinliste, blodprøve og en systematisk gennemgang af en række fysiske undersøgelser, skal medvirke til, at borgernes helbred bliver gennemgået grundigt. Tjeklisten for de fysiske undersøgelser skal skabe systematik, bredde og fokus på borgerens somatiske helbred. Tjeklisten skal endvidere modvirke subjektive vurderinger af, hvad der er relevant at undersøge for, og hvad borgeren kan og vil medvirke til. Den længere konsultationstid på en halv time skal medvirke til, at borgeren får ro til deltage i de fysiske undersøgelser.

Erfaringerne fra projektet viser, at den systematiske gennemgang af forberedelse og tjekliste, kombineret med den længere konsultationstid, virkede efter hensigten, idet borgerne fik en bred gennemgang af deres helbred, og der blev opdaget og handlet på sundhedsmæssige problemstillinger.

Ud af de 12 borgere gennemførte de 10 lægekonsultationen. Ikke alle borgere kunne deltage i alle undersøgelser, men tjeklisten betød, at nogle borgere deltog i undersøgelser, de ellers ikke havde deltaget i tidligere, bl.a. fordi lægen ikke havde troet, at borgeren kunne deltage. Ud af de ti gennemførte sundhedstjek, gennemførte 5 borgere alle undersøgelser. 3 borgere gennemførte ikke alle undersøgelser, men hovedparten af undersøgelserne kunne gennemføres. 2 borgere afviste at deltage i enkelte undersøgelser (ikke specificeret hvilke). For 2 borgere vides ikke, om alle undersøgelser kunne gennemføres. Dermed lykkedes det med sundhedstjekket at komme bredt omkring borgernes helbred med informationerne fra spørgeskemaet og tjeklisten.

For de to borgere, der ikke gennemførte, gjaldt, at den ene måtte afbryde konsultationen, idet borgeren var forberedt på, at sundhedstjekket var en samtale, og blev derfor ked af det, da der også skulle laves undersøgelser. Her havde en forkert forberedelse af borgeren en negativ virkning på gennemførelsen af sundhedstjekket. Den anden borger mistede grundet vanskeligheder med transporten motivationen og mødte ikke op hos lægen. Et forhold, der har betydning for gennemførelsen af sundhedstjekket, er borgerens dagsform. For sårbare borgere kan det derfor være meget vigtigt at tilrettelægge sundhedstjekket, så der er mindst mulig risiko for, at det bliver uoverskueligt for borgeren.

En væsentlig faktor i modellen, der understøttede effekten af det systematiske sundhedstjek, var den øgede konsultationstid afsat til sundhedstjekket. Tiden blev brugt af de fleste borgere og for nogle var det endda nødvendigt at forlænge de 30 minutters konsultationstid til 45 minutter. Dette hang dog dels sammen med både lægernes og borgernes manglende forberedelse. Erfaringerne viser derfor, at en tidsramme på 30 minutter med mulighed for fleksibilitet ville være optimal.

For alle 10 borgere, der gennemførte sundhedstjekket, blev sundhedsmæssige problemstillinger afdækket og efterfølgende handlinger iværksat, herunder henvisning til andre dele af sundhedsvæsenet. De sundhedsmæssige problemstillinger omfattede bl.a. opfølgning på skønhedspletter, blodtryk og bensår, medicinjustering, ændring af kost pga.

besvimelsesanfald, for højt prolaktin niveau, dårlig tandstatus, fjernelse af ørevoksprop samt manglende vaccinationer. Pilotprojektets resultater understøtter dermed både danske og internationale erfaringer med sundhedstjek, der viser, at systematiske og opsøgende sundhedstjek for de to målgrupper fører til opdagelse af sundhedsmæssige problemstillinger.

Lægens tjekliste sikrer bredde og systematik

Selve sundhedstjekket bestod af en tjekliste med en række fysiske undersøgelser, der skulle foretages i konsultationen. For langt de fleste borgere, der gennemførte sundhedstjekket, kunne en stor del af undersøgelserne gennemføres.

Flere læger nævner, at tjeklisten har betydet, at de er kommet bredt omkring borgerens helbred:

”Jeg synes faktisk, det var en god måde at få undersøgt de personer på, hvor de måske kommer med en enkelt ting og måske ikke tror, de er syge, og på den her måde kommer vi rundt om patienten.” (Læge).

Også personalet peger på, at lægerne har været grundige, spurgte ind til flere ting end ellers, og fulgte systematikken i tjeklisten:

”Det betyder en stor forskel for lægen, der har været mere grundig og spurgt ind til mere end ved tidligere sundhedstjek (...) den her gang har lægen spurgt ind til de forskellige vacciner mm.” (Støtte-kontaktperson).

”... og så fik [borgeren] jo gennemgået alle de her ting, som man også ser billeder af her, mavetjek, fik tjekket krop og led (...) hele vejen igennem blev der forklaret, hvad der skulle gøres, og hvordan det skulle gøres, så der var ikke noget, der kom uventet omkring borgeren (...) sådan en som bevægelse og følelse blev ikke gennemgået (...) ellers blev de andre fulgt rimelig slavisk.” (Pædagogstuderende).

En leder af botilbuddene nævner i den forbindelse, at en fast model med en systematisk tilgang vil betyde, at de årlige sundhedstjek, som botilbuddene i forvejen skal forsøge at arrangere for borgerne, vil blive mere kvalificerede med en systematisk model:

”Sundhedstjekket er blevet meget mere kvalificeret med denne her [peger på modellen], fordi nogen gange så er man bare gået ind af døren [til lægen] og så [spørger lægen] ’er der noget?’. Og beboerne siger jo bare ’nej’. [Og så er det] ok farvel igen (...) Det med, at der kom en fast model, så man både kunne forberede borgeren, og det personale, der skulle med, vidste, at når man kom ind til lægen: Hvad er det, vi skal igennem! Hvornår kan jeg sige, at det er ok (...) så det synes jeg er noget af det, der kunne komme ud af det her fra vores synspunkt, det var, at der var sådan et eller andet basalt – det er det her, vi skal igennem. Så kan det godt være, at borgerne siger nej, men så får de det tilbudt igen året efter...” (Leder af botilbud).

En læge fortæller også, at lægen med sundhedstjekket har fået rykket ved sine forudantagelser om, hvilke undersøgelser en borger kunne deltage i, og dermed fået lavet flere undersøgelser end ellers:

”Jeg fik lidt et større og bredere fokus på, jamen, der er også andre ting, vi kan prøve at komme igennem med, hvor jeg måske tidligere har været sådan lidt forsigtig og tænkt, det kan vi ikke få [borgeren] til alligevel (...) Jeg går denne her igennem [tjeklisten] og det jeg kan komme igennem med, kom jeg igennem med, og det jeg ikke kunne... Så vi kunne godt få dem til at ligge sig derop [på briksen] og trykke dem på maven.” (Læge).

Erfaringerne viser, at lægerne et langt stykke af vejen har fulgt systematikken og tjeklisten, som den fremgik af modellen.

Lægerne var generelt også meget positive for den systematiske tilgang og tjeklisten, der satte en god ramme omkring sundhedstjekket og dermed sikrede, at de ikke overså noget. Flere af lægerne giver udtryk for, at den opsøgende indsats i kombination med en struktureret fremgangsmåde, som borgeren er forberedt på, kan medføre, at borgerne med tiden bliver mere trygge ved at komme til lægen:

”Jeg tror, det er godt med sådan et sundhedstjek, også for dem, der er lidt nervøse for at komme til lægen, for de bliver jo mere vant til at komme til lægen, og ved, hvad der skal ske, og det hjælper nok også, at det ikke kun er, når de oplever ubehagelige symptomer eller skal stikkes, at de kommer her.” (Læge).

Borgerne giver ikke udtryk for, om de oplevede en særlig systematisk tilgang. For langt de fleste borgere var det generelt en positiv oplevelse at deltage i sundhedstjekket og de fysiske undersøgelser. Mange af borgere giver udtryk for, at de gerne vil deltage i et sundhedstjek igen – også selvom nogle borgere havde været nervøse for resultatet. En borger giver udtryk for, at borgeren meget gerne vil deltage i et sundhedstjek igen, at borgeren godt kunne lide at deltage, og at borgeren blev beroliget omkring sit helbred efter undersøgelsen.

”Ja jeg kan godt lide at komme til lægen. Det er trygt at blive undersøgt og få at vide, at alting er i orden.” (Borger).

En enkelt borger havde sagt til de andre borgere på botilbuddet, at de burde melde sig til et sundhedstjek, da det var vigtigt at få tjekket helbredet.

Erfaringerne viser dermed, at det for langt de fleste borgere fungerede med sundhedstjekket, og at lægerne kom bredt og systematisk omkring borgerens helbred. Tjeklisten kan kompensere for for-forståelser om borgerens funktionsniveau samt sikre, at potentielt oversete områder bliver afdækket. En forudsætning for, om tjeklisten får sin effekt, er om lægen på forhånd tænker, at borgeren ikke kan deltage og dermed ikke tilbyder en undersøgelse. Samtidig kan borgere fravælge undersøgelser.

Sundhedstjekket kunne ikke gennemføres

For to borgere, der begge havde gennemført den forberedende del af sundhedstjekket, kunne selve den del af sundhedstjekket med de fysiske undersøgelser ikke gennemføres. Den ene borger nåede slet ikke frem til lægen på selve dagen. Borgeren var forberedt på at skulle af sted, men der gik noget galt i forbindelse med transporten, der betød, at borgeren mistede modet og ikke kunne overskue at komme af sted alligevel. Borgeren er kørestolsbruger og skulle følges i taxi med en anden borger, men taxien var for høj til den anden borger, der derfor måtte tage af sted med en anden taxi. Ifølge den borger, der ikke kom af sted, blev det så for dyrt at tage af sted alene, samt at hun skulle vente i taxien. Det blev derfor en for uoverskuelig situation for borgeren. Ifølge afdelingslederen var det et spørgsmål om, at personaledekningen den dag gjorde, at der gik noget galt med kørslen:

”Vi måtte også kontakte lægen, for at høre om det kunne lade sig gøre at ændre tidspunktet, fordi havde vi kunne ændre tidspunktet (...) [kunne borgeren], der ikke er kommet af sted, så var hun måske kommet af sted alligevel. Det er jo så på grund af vores personaledekning den dag (...) så fandt vi ud af det alligevel, men borgeren ville så ikke af sted alligevel.”
(Afdelingsleder).

Erfaringerne her tyder på, at det for sårbare borgere kan være meget vigtigt at tilrettelægge sundhedstjekket, så der er mindst mulig risiko for, at det bliver uoverskueligt for borgeren. Det er vigtigt at sikre nem adgang til lægen, og at aftaler er på plads.

Den anden borger, der ikke gennemførte sundhedstjekket, kom hen til lægen. Borgeren, der var angst for at gå til lægen, havde været nervøs dagene op til. For denne borger gjaldt, at støtte-kontaktpersonen ikke var sat ordentlig ind i modellen og derfor havde forberedt borgeren på, at der var tale om en samtale med lægen og borgeren var derfor ikke forberedt på, at sundhedstjekket også omfattede fysiske undersøgelser. Da lægen ikke havde modtaget borgerens spørgeskema på forhånd, begyndte lægen derfor at stille borgeren de samme spørgsmål, som borgeren allerede havde besvaret i forberedelseskemaet. Dette, sammen med tanken om, at besøget også involverede fysiske undersøgelser, blev ifølge støtte-kontaktpersonen, der ledsagede borgeren hos lægen, for meget for borgeren, og hun bad om at få afbrudt sundhedstjekket:

”Det at komme hen til lægen gik fint, men oppe hos lægen blev [Borgeren] ked af det, da lægen begyndte at stille spørgsmål kunne [Borgeren] slet ikke rumme at blive undersøgt også.” (Støtte-kontaktperson).

Erfaringerne her viser, at det er vigtigt, at alle parter har forstået modellen, så borgeren ikke modtager modsatrettede informationer om, hvad der skal ske. Det er endvidere vigtigt, at borgerne – særligt dem, der er angste for at komme til lægen – er blevet grundigt forberedte på, hvad der skal ske hos lægen, og at der efterfølgende også sker det, borgeren er forberedt på.

Behov for længere og fleksibel tidsramme

Alle borgere og personale oplevede, at der var god tid hos lægen, og at det ikke havde været en presset situation for borgerne.

Lægerne havde varierende oplevelser af, om 30 minutter var tilstrækkeligt for gennemførelsen af de fysiske undersøgelser. Lidt over halvdelen af lægerne mente, at en halv times konsultation var for kort tid, og de resterende mente, at det var passende. Dette afhang i høj grad af borgernes funktionsnedsættelse, hvor lang tid det tog at forklare de enkelte undersøgelser, og om borgerne var nervøse for visse undersøgelser.

Der, hvor lægerne oplevede, at 30 minutter var for kort tid, nævnte de bl.a., at for personer med udviklingshæmning, hvor personen samtidig havde meget begrænset verbalt sprog, er 30 minutter for kort tid, samt at ikke alle borgere havde været forberedt, eller at forberedelsens effekt ikke var tydelig. En tidsramme på 30-45 minutter så de fleste dog som passende. En støtte-kontaktperson understreger vigtigheden af, at alle parter var forberedte, da det understøttede, at tidsrammen virker passende.

I vurderingen af tidsrammen skal det dog tages med i betragtning, at modellen er ny for alle parter og derfor må forventes at være mere tidskrævende, end hvis sundhedstjekket udføres som et årligt tilbud, hvor både patienter, læger og botilbud bliver mere rutineret og trygge ved sundhedstjekket. Herudover brugte flere af lægerne også tid på at gennemgå borgernes spørgeskemaer med borgerne i konsultationstiden, da lægerne ikke havde modtaget dem på forhånd. Dette tog tid væk fra de fysiske undersøgelser.

Erfaringerne viser derfor, at der helt sikkert er behov for en længere konsultationstid, end de normale 10 minutter. En tidsramme på 30 minutter vil nok være realistisk for de fleste, hvis alle er forberedte og modellen er velkendt af alle parter. Pilottesten peger endvidere på, at der kan være behov for en fleksibel tidsramme for gennemførelsen af sundhedstjekket.

Sundhedsmæssige resultater

For de 10 borgere, der gennemførte sundhedstjekket, medførte det nedenstående sundhedsmæssige resultater. Der er evalueret på ny-opdagede sundhedsproblematikker, viderehenvisninger og andre iværksatte handlinger på baggrund af fundene:

- *Borger 1:* Det blev konstateret, at borgerens evne til at huske var forringet, og borgeren havde øget behov for guidning. Der blev fundet for højt prolaktin niveau i blodprøven. Borgeren er på baggrund af dette indkaldt til yderligere undersøgelse.
- *Borger 2:* Det blev besluttet at følge op på skønhedspletter og der blev lavet handleplan for at måle blodtryk og fastblodsukker en gang årligt. Derudover blev der foretaget medicinjustering. Lægen anbefalede endvidere fysioterapi, da der var tegn på muskelsvækkelse i låret og fast tilsyn af psykiater.
- *Borger 3:* Spørgeskemaet viste besvimelsestilfælde og der blev aftalt kost- og væskejustering. Der blev givet en stivkrampevaccination.
- *Borger 4:* Der blev givet influenzavaccination.
- *Borger 5:* Der blev givet stivkrampevaccination.
- *Borger 6:* Der blev anbefalet skelshampoo, da der var tendens til skæl.

- *Borger 7*: Spørgeskema gav anledning til undersøgelse af venstre underben og der blev iværksat kontrol af bensår. Der er igangsat salvebehandling af åreknuder og opfølgning med henblik på at vurdere, om der skal henvises til eventuel operation. Der blev konstateret meget dårlig tandstatus, og at borgeren går til tandlæge en gang om året. Det er uklart, om hvorvidt der blev foretaget yderligere ift. denne konstatering.
- *Borger 8*: Der blev fjernet voks fra ørene.
- *Borger 9*: Det blev besluttet at følge op på blodtryk og vaccinationer.
- *Borger 10*: Der blev viderehenvist til sår-afdeling på hospital.

Sundhedstjekket resulterede dermed for alle borgere i en 'opdagelse' af en sundhedsmæssig problemstilling, der efterfølgende er blevet handlet på.

I vurderingen af den sundhedsmæssige effekt af sundhedstjekket skal der tages højde for, at der for de fleste deltagende borgere er tale om borgere, der godt kan lide at komme til lægen og dermed efter eget og støtte-kontaktpersonernes udsagn kommer jævnligt til lægen.

Et andet forhold, der har haft betydning for effekten er, at kommunen har stort fokus på sundhed i forhold til borgere, der bor i botilbud. Nogle af de deltagende borgere går derfor i forvejen til et årligt sundhedstjek, såfremt lægen vil være med til dette. Det sundhedstjek, som borgeren modtager grundet kommunens handleplan, kommer dog ifølge støtte-kontaktpersonerne ikke så bredt om borgeren, som projektets model for sundhedstjek gør. Derudover oplever en støtte-kontaktperson, at det er botilbuddet, der skal vurdere, hvad sundhedstjekket skal indeholde:

"Jeg synes, at modellen er en god ide, da vi ofte oplever, at hvis vi beder om et sundhedstjek til beboerne, så beder lægen os om at beslutte, hvad et sådan tjek skal indeholde." (Støtte-kontaktperson).

Flere læger påpeger også, at indholdet af de i forvejen aftalte sundhedstjek bliver udført på baggrund af en subjektiv vurdering af borgerens behov.

Erfaringerne fra pilotprojektet viser, at sundhedstjekket for alle borgerne, der har gennemført, og for en enkelt, der ikke gennemførte, har medført, at sundhedsmæssige problemstillinger er blevet afdækket, og at der er iværksat handlinger på denne baggrund. Faktorer, der påvirker omfanget af resultaterne, er dels, at størstedelen af de deltagende borgere jævnligt ser en læge, samt at kommunen i forvejen har bedt personalet på botilbuddene om at iværksætte sundhedstjek for borgerne.

5.4 Tydelig rolle- og ansvarsfordeling

Et formål med samarbejdsmodellen for sundhedstjek var, at modellen skulle tydeliggøre de enkelte parter roller og ansvar igennem hele forløbet. Formålet var, at alle involverede fik de informationer, de behøvede, samtidig med, at parterne skulle bruge mindst mulig tid på at koordinere med hinanden. Der skulle være en klar initiativtager i forhold til at indkalde borgeren til et sundhedstjek, der medvirkede til, at borgeren havde en nem adgang til lægen. Det var endvidere tanken, at borgerens støtte-kontaktperson skulle være den gennemgående person igennem hele forløbet for at sikre, at borgeren følte sig bedst muligt støttet. Borgeren kunne vælge at medtage en pårørende i forløbet, hvis borgeren hellere ville dette.

De enkelte parter roller under den opsøgende indsats, forberedelsen og selve sundhedstjekket, er blevet behandlet løbende gennem analysen. Denne del af analysen fokuserer derfor primært på initiativfasen samt de forskellige parter vurdering af opgavens omfang, herunder tidsforbruget. Herudover fokuseres på, om modellen fremmede et bedre samarbejde mellem læger og botilbud samt i hvilket omfang det lykkedes at lade borgerens faste støtte-kontaktperson være gennemgående person gennem hele forløbet.

Resultaterne af pilotprojektet viser, at tydelig opgave-, rolle- og ansvarsfordeling er afgørende for igangsætning og dermed gennemførelsen af sundhedstjekkerne. Erfaringerne viser, at rollefordelingen med, at lægerne inviterer til et sundhedstjek, ikke fungerede optimalt i praksis, bl.a. fordi lægerne ikke på samme måde som personalet kendte borgernes arbejdstider, kørselsmuligheder, den faste støtte-kontaktpersons vagtskema mv. På den anden side var der også en læge og flere støtte-kontaktpersoner, der pointerede den positive effekt ved, at det var lægen, der indkaldte til sundhedstjekket, da det ville lette støtte-kontaktpersonernes besværligheder med at komme i kontakt med lægen. Der er altså både forhold, der taler for og imod, at ansvaret for tidsbestilling og invitation placeres hos lægen, som må opvejes mod hinanden. Det vigtigste, hvis en model for sundhedstjek skal udrulles i større sammenhæng, må dog være, at der er et tydeligt ansvar, så opgaven ikke falder mellem to stole.

Erfaringerne viste, at de fleste involverede – både borgere, personale og læger – ikke oplevede opgaven som særlig omfattende. Flere påpegede, at der er ekstra ressourcer forbundet med at implementere nye tiltag, men at opgaven sagtens kunne implementeres i den nuværende praksis, særligt, hvis opgaven kunne sammentænkes med eksisterende dokumentationskrav. For det botilbud, der lige havde gennemgået en fysisk flytning, oplevede personalet dog, at opgaven var en ekstra-opgave. Dog var personalet positive over for projektet og kunne se det implementeret i praksis, når daglige rutiner og procedurer var faldet på plads igen.

Erfaringerne viser, at uanset intentioner og planlægning, var det vanskeligt at sikre, at det var borgerens faste støtte-kontaktperson, der var gennemgående støtte for borgeren gennem hele forløbet. Erfaringerne viste dog, at modellen til dels kunne kompensere for manglende gennemgående kontaktperson i forhold til informationsudvekslingen og afdækning af borgerens sygehistorie. Pilottesten viser dog ikke noget klart billede af, hvorvidt modellen

også kan kompensere for den tryghed, det giver borgeren at være ledsaget af en kendt person.

Behov for fast initiativtager og tovholder

Under pilottesten opstod der for nogle uklarhed om, hvorvidt det var borgernes læge, der skulle invitere borgeren til sundhedstjek, eller om det var borgeren og personalet på botilbuddene, der skulle kontakte lægen og bestille tid til sundhedstjekket. Dette betød, at begge parter i nogle tilfælde afventede henvendelse fra den anden part og derfor blev sundhedstjekket ikke påbegyndt før en længere 'venteperiode'. Enkelte kontaktede efter noget tid projektledelsen for at få afklaret, hvem der skulle tage initiativet. I den forbindelse var det upraktisk, at projektledelsen ikke var forankret ude i praksis, da det dermed havde sikret en hurtigere opklaring af uklarheder omkring de enkelte parter rolle. I andre tilfælde betød uklarheden, at botilbuddene nåede at kontakte borgerens egen læge og bestille tid, inden lægen havde nået at afsende invitation til borgeren. Endvidere opstod der, på et af de deltagende botilbud uklarhed om, hvorvidt det var deltagernes egen læge eller en projektlæge, der skulle udføre sundhedstjekket. Botilbuddet havde derfor kontaktet en af de lægepraksisser, der deltog med borgere fra et andet botilbud, og forsøgt at bestille tid til sundhedstjekket, selvom pågældende lægepraksis ikke var læge for borgerne.

Flere understreger, at den skriftlige invitation ikke er et afgørende element i selve motivationsarbejdet, men at det er vigtigt, at der er fuldstændig klarhed om, hvem der har ansvaret for at tage initiativ til sundhedstjekket. Her var der forskellige holdninger blandt støtte-kontaktpersoner og lægerne. Stort set alle læger var enige om, at ansvaret for initiativet skulle placeres hos botilbuddene:

”Ansvaret for, at der bliver taget de rigtige prøver og de rigtige undersøgelser, skal ligge i lægepraksis. Men ansvaret for, at det bliver gjort årligt, skal ligge i botilbuddene.” (Læge).

Der var også personale, der mente, at ansvaret skulle placeres hos botilbuddet:

”Det er vores ansvar at sørge for, at de her mennesker kommer til sundhedstjek og ikke afventer invitation fra lægen.” (Støtte-kontaktperson).

De primære begrundelser for, at ansvaret skulle placeres på botilbuddet, var dels, at botilbuddene så kan bestille en tid, der passer borgerne bedst. Derudover, at botilbuddene er dem, der kender borgeren bedst, og er dem, der alligevel bestiller tid ved akut opståede behov.

Andre støtte-kontaktpersoner mente, at ansvaret for at indkalde borgerne til et sundhedstjek skulle placeres hos lægen, da personalet oplevede, at de brugte meget tid på at få kontakt til lægen. Dette afhang af samarbejdet mellem botilbud og lægen.

Resultaterne af pilottesten viser, at for at sundhedstjekkerne bliver iværksat, er det afgørende, at der er en koordinator, der initierer og følger op på igangsættelse af sundhedstjekkerne og kan håndtere eventuelle uklarheder. Endvidere viser erfaringerne fra pilotprojektet, at en sådan koordinatorfunktion mest hensigtsmæssigt er forankret i praksis,

gerne ude på botilbuddene. Et vigtigt forhold, der kan have betydning for igangsætning og opfølgning på gennemførelsen af sundhedstjekket, er derfor, at der oprettes en koordinatorfunktion forankret i praksis.

Opgavens omfang er rimelig og kan implementeres i nuværende praksis

Hovedparten af de deltagende parter, både borgere, personale og læger, fandt, at opgaven med sundhedstjekket var en overkommelig opgave.

Borgerne gav udtryk for, at de synes, det var fint at udfylde spørgeskemaet, at det ikke havde været besværligt at tage til lægen, og at de gerne ville gøre det igen. Personalet bekræftede dette synspunkt.

Hovedparten af personalet så det også som en overkommelig opgave, som passede godt ind i deres daglige pædagogiske arbejde. En støtte-kontaktperson svarer således adspurgt, om sundhedstjekket er en ekstra opgave:

”Jeg synes ikke, det har været voldsomt af tid [der er brugt på motivation og forberedelse] (...) Det er jo noget, som foregår, når man alligevel snakker, så om man snakker om det eller noget andet. (...) det har slet ikke været uoverkommeligt.” (Støtte-kontaktperson).

Særligt, hvis modellen bliver en fast rutine, hvor der bliver mere fleksibilitet i forhold til at planlægge opgaven, så det passer ind i borgernes og botilbuddenes rutiner, end der har været plads til i den korte projektperiode. En støtte-kontaktperson nævner, at borgerens arbejde og kørsel måtte aflyses, men dette ville ikke være nødvendigt, hvis sundhedstjekket kunne planlægges i god tid, og borgeren havde større indflydelse på, hvornår sundhedstjekket skulle ligges.

Der var dog to botilbud, som havde fundet, at opgaven havde været en ekstra opgave. Det drejede sig dog primært om den del, der var projektrelateret, bl.a. interview-aftaler og indhentning af særskilte samtykkeerklæringer. Derudover var botilbuddene pressede af lokale, enkeltstående forhold under projektperioden, jf. tidligere beskrevne fysiske flytning, samt re-godkendelse af Socialtilsynet og andre projekter. Begge botilbud understreger dog, at modellen som sådan ikke har betydet ekstraarbejde i hverdagen, og at de godt kunne forestille sig modellen implementeret i praksis. Særligt, hvis modellen blev koblet sammen med andre dokumentationskrav:

”Hvis det var noget, der kom ind i forbindelse med, at det skulle de en måned før eller en måned efter en fødselsdag, så ville det sagtens være noget, der kunne implementeres, og noget der kunne være en del af vores dokumentationssystem.” (Afdelingsleder).

”Så kan man samle det hele under en hat, kan man sige, det ville jo være smart (...) psykiatri er jo også inde over, de får jo også taget blodprøve der (...) Det ville jo være smart, hvis man kunne få det samlet.” (Støtte-kontaktperson).

Også lægerne kunne se, at samarbejdsmodellen for sundhedstjek kunne implementeres i deres praksis:

”Jeg synes, det har været en overkommelig opgave, og jeg synes, at det har fungeret fint at få en bredere ramme om sådan et helbredstjek (---) Vi kan jo som praktiserende læger godt synes, at vi har frygtelig meget at lave, og det har vi faktisk også (...) men det skal jo ikke være det, der er begrænsningen for, at denne gruppe af mennesker så ikke får et helbredstilbud, fordi de bare ikke siger noget om det, det er jo ikke sådan, det skal være.” (Læge).

Enkelte nævnte, at dokumentationsarbejdet i forbindelse med projektet også krævede tid. Dette vil dog ikke være tilfældet, hvis sundhedstjekket implementeres som et tilbud.

Erfaringerne viser derfor, at alle parter finder opgaven overkommelig, særligt, hvis den implementeres som et fast tilbud og ikke er forbundet med projektrelaterede ekstraopgaver. Opgaven opfattes ikke som en ekstraopgave, hverken på botilbuddene eller hos lægerne. Forhold, der har påvirket oplevelsen af opgavens omfang, har særligt knyttet sig til lokale, enkeltstående hændelser på nogle af botilbuddene samt projektets afgrænsede tidsperiode, der betød mindre fleksibilitet i tilrettelæggelsen af opgaven.

Samarbejde mellem læger og botilbud forløb gnidningsfrit

Generelt havde de deltagende botilbud et godt samarbejde med de deltagende læger. Dette blev også oplevet fra lægernes side, at samarbejdet med botilbuddene i forvejen fungerede godt:

”Vi oplever, at samarbejdet med begge bosteder er rigtig gode.” (Læge).

Det har derfor ikke været muligt at evaluere på, om samarbejdsmodellen konkret i dette tilfælde forbedrede samarbejdet mellem botilbud og læger ved at tydeliggøre ansvars- og rollefordeling samt give botilbuddene en nem adgang til lægen, da samarbejdet i forvejen var godt. Fra begge parter side blev der udtrykt respekt for og forståelse af hinandens opgaver og opgaveløsning. Deltagerne i dette projekt var langt hen af vejen meget fleksible. Der, hvor enkelte personaler har givet udtryk for, at samarbejdet med lægen var mindre godt, har det omhandlet læger der ikke var med i projektet.

Formentlig vil en model som den i dette projekt kunne fremme samarbejdet mellem botilbuddene og lægerne ved at give en bedre forståelse for hinandens opgaver og en fælles forståelsesramme at tale ud fra.

Fast støtte-kontaktperson gennem hele forløbet kræver god planlægning

En målsætning med samarbejdsmodellen var, at det var borgerens faste støtte-kontaktperson, der skulle være den gennemgående person i hele forløbet for at sikre, at borgeren var tryk, og at støtte-kontaktpersonen kunne støtte op om, at lægen fik de nødvendige oplysninger fra borgeren.

Erfaringerne fra pilotprojektet viser, at dagligdagens forudsete og uforudsete hændelser såsom barsel, personaleudskiftning, vagtordninger, afvikling af ferie og sygdom, gør det vanskeligt at sikre kontinuitet i det personale, der er involveret i borgernes sundhedstjek. Selvom det flere steder var hensigten, at den samme person skulle være gennemgående, lykkedes det ikke altid alligevel:

”Det var meningen, at det skulle have været en anden en, der skulle have været med i fredags, og så sker der noget som gør, at [vedkommende] skal noget, og så er det der vores studerende går med [borgeren] og det var ikke det, der var planlagt.” (Støtte-kontaktperson).

”Vi har forsøgt at sørge for, at jeg kunne være med i alle elementerne, men jeg blev desværre syg den dag [den ene borger] skulle til lægen.” (Støtte-kontaktperson).

Forskellig organisering i botilbuddene betød dog også, at der ikke nødvendigvis er en fast støtte-kontaktperson tilknyttet borgeren, forstået på den måde, at samtlige personaler (teamet), der er tilknyttet et vist antal lejligheder, kender borgerne i disse lejligheder. Rollen som støtte-kontaktperson er derfor af mere formel karakter. Derfor gjaldt det for personalet i teamet, uanset om de havde funktionen ’støtte-kontaktperson’, at de kendte alle borgerne godt, og kunne understøtte borgeren og være vidensformidlere om borgernes helbred:

”Alle tager lige ansvar for borgerne her, det er ikke sådan, at det kun er kontaktpersonen, der kan tage sig af det [sundhedstjekket].” (Støtte-kontaktperson).

Støtte-kontaktpersonen pointerede, at det kun er de borgere, der bor i de lejligheder, teamet er tilknyttet, som personalet kender og det derfor ikke vil være muligt at kende sundhedsmæssige ændringer for borgere, som personalet ikke ser i dagligdagen.

At det har betydning, at det er en person, der kender borgeren, der er med til sundhedstjekket, bliver understreget af flere af lægerne. I mange tilfælde er det væsentligt for, om borgeren føler sig tryk og dermed kan deltage i de planlagte undersøgelser. En sygeplejerske fortæller således:

”Men nogle gange har det ikke været en, der kendte personen, der har været med, så det har været sådan lidt... men det er gået fint, fordi jeg kender dem jo og så er det alligevel forløbet ordentligt, ikke (...) Vi har en, der bliver ekstremt aggressiv, hvis ikke [borgeren] får det på sin facon, og jeg kender godt [borgerens] facon, derfor plejer det at gå. [Kontaktpersonen der ikke kendte borgeren sagde] Jeg skal nok gå med ind... nej, du skal ikke... så blev der en hel masse konflikt over det og så er [borgeren] jo vred, når borgeren kommer ind, og så er det jo svært at komme til at sidde stille, når [borgeren] skal have taget blodprøve.” (Sygeplejerske).

Ud over at kende borgeren godt, ville en fast støtte-kontaktperson gennem hele forløbet omkring sundhedstjekket også have givet personalet en bedre fornemmelse for opgaven og dermed kunne støtte bedst muligt op om borgeren. En fast vikar, der endte med at tage med en borger til selve undersøgelserne hos lægen, fortæller:

”... Ja, det havde da helt klart været nemmest, hvis jeg havde været med til at udfylde det [spørgeskemaet].” (Fast vikar).

Erfaringerne viste dog jf. ovenfor, at materialet i nogen grad kunne kompensere for dette.

Pilotprojektet viste, at selvom det ikke i alle tilfælde lykkedes, at det var en gennemgående støtte-kontaktperson, der deltog gennem hele forløbet omkring sundhedstjekket, så lykkedes det alligevel borgerne at gennemføre alle sundhedstjekkets faser mere eller mindre stringent efter modellen, samt at den nødvendige information blev videreformidlet til lægen. Forhold, der havde stor betydning for, om det var den samme person, der kunne deltage gennem hele forløbet, var planlægning ift. vagtplaner og ferieafvikling, samt mere uforudsigelige hændelser som sygdom. Herudover var et særligt forhold knyttet til projektet, projektets korte tidsramme, der betød, at det ikke alle steder var muligt at planlægge sig ud af vagt og ferieafvikling.

5.5 Opsamling på den samlede model

Overordnet set fungerede den udviklede model for sundhedstjek i praksis. Modellens hovedelementer, dvs. en opsøgende indsats, forberedelse af parterne og et systematisk sundhedstjek, havde i langt de fleste tilfælde den ønskede virkning og ledte samlet set til, at de 10 ud af de 12 deltagende borgerne kom forberedte til læge, fik undersøgt deres helbred systematisk og grundigt, sundhedsmæssige problemstillinger blev afdækket og der blev efterfølgende fulgt op på problemstillingerne.

Der var både elementer i samarbejdsmodellen, der fungerede rigtig godt, og elementer der fungerede mindre godt i praksis. Det udviklede spørgeskema til borgeren med spørgsmål om generelt helbred, og den systematiske tilgang til sundhedstjekket, fungerede godt, mens udpegning af lægen som initiativtager og lægens forberedelse fungerede mindre godt. Der var også elementer, der var svære at vurdere effekten af, såsom om borgeren kunne overføre gennemgangen af billedmaterialet med de fysiske undersøgelser, til det der skulle foregå hos lægen. Et forhold, der i høj grad påvirkede, om modellen medførte den ønskede virkning, var implementeringen af modellen på botilbuddene. eksempelvis kunne borgeren, der blev forberedt forkert, ikke gennemføre sundhedstjekket, ligesom de borgere, der fik et forløb tæt på det tænkte i modellen, gav udtryk for, at de følte sig velforberedte og fik en grundig gennemgang af deres helbred.

Modellen blev overordnet set positivt modtaget af deltagerne i projektet. Borgerne oplevede det som positivt at få et tilbud om sundhedstjek og både læger og personale oplevede modellen som både relevant og anvendelig i praksis. Der var dog også forslag til justeringer, bl.a. i forhold til omfanget og indholdet af sundhedstjekket, lægernes mulighed for at forberede sig, mulighed for en fleksibel tidsramme og organiseringen af implementeringen.

For alle 10 borgere, der gennemførte sundhedstjekket, blev sundhedsmæssige problemstillinger afdækket og efterfølgende handlinger iværksat. De sundhedsmæssige problemstillinger omfattede bl.a. opfølgning på skønhedspletter, blodtryk og bensår, medicinjustering, ændring af kost pga. besvimelsesanfald, dårlig tandstatus, fjernelse af ørevoksprop, samt der blev givet vaccinationer. Pilotprojektets resultater understøtter dermed både danske og internationale erfaringer med sundhedstjek, der viser at systematiske og opsøgende sundhedstjek for de to målgrupper fører til opdagelse af sundhedsmæssige problemstillinger.

6. PERSPEKTIVERING

På baggrund af de drøftelser, der har været i forbindelse med udviklingen af modellen, og på baggrund af projektets erfaringer, er det relevant at kommentere nogle af de fokusområder, som er blevet drøftet undervejs, og som vil være nødvendige at forholde sig til i udbredelsen af en landsdækkende model for sundhedstjek.

Forskellen mellem målgrupperne

Afdækning af ”Barrierer for lige adgang til det primære sundhedsvæsen” viste, at der er både forskelle og ligheder i forhold til barriererne for de to målgrupper – sindslidende og udviklingshæmmede. Det har ikke i dette projekt været muligt at gå nærmere ind i forskellene mellem målgrupperne, og modellen er da også udviklet med henblik på at kunne fungere for begge målgrupper. Erfaringerne fra dette projekt peger på, at udfordringerne med at få motiveret personer med sindslidelse primært har været af organisatorisk karakter. Det vil dog være hensigtsmæssigt at se nærmere på forskellene mellem målgrupperne og de barrierer, de oplever, ved udviklingen af et landsdækkende tilbud om sundhedstjek. Her vil det være oplagt at se på de gode erfaringer fra det socialpsykiatriske botilbud Tangkær i Region Midtjylland.

Egen læge vs. fast læge på botilbuddene

Under udviklingen af modellen har det tværfaglige projektteam løbende drøftet sundhedstjek som løsningsmodel, særligt i forhold til den praktiserende læges rolle og muligheder. Ordningen med en fast læge tilknyttet botilbuddene via en form for ”husaftale”, er blevet drøftet som alternativ til et sundhedstjek hos borgerens egen læge. Her har afvejningen mellem borgerens ret til frit lægevalg, samt risikoen for tilbagevenden til særforsorgens dage, stået over for argumentet om, at en fast læge vil højne det sundhedsfaglige arbejde på botilbuddene og sikre, at borgerne tilses af en læge. Derudover har det faktum, at hele sundhedssystemet er bygget op om, at borgerne har sin egen læge, der fungerer som nøgleperson i forhold til resten af sundhedsvæsenet, også været fremhævet i forhold til borgernes rettigheder. Erfaringerne med dette projekt viser, at et tilbud om et årligt sundhedstjek baseret på en samarbejdsmodel, kan være en løsning til at højne det sundhedsfaglige niveau og sikre, at borgeren ses af en læge, uden at borgerne mister retten til frit lægevalg.

Desuden blev tanken om en form for specialistfunktion på linje med specialtandplejen, bragt i spil. Specialtandplejen har en forpligtigelse til at være opsøgende over for målgrupperne og en lignende konstruktion blev drøftet i form af en specialiseret funktion, der foretog opsøgende sundhedstjek for målgruppen. Opfølgningen på sundhedstjekket skal herefter foregå hos borgerens egen læge. Hermed mister borgeren ikke retten til frit

lægevalg og det sikres, at målgruppen modtager et tilbud om sundhedstjek. Der er også her både fordele og ulemper. En af fordelene kan være, at der oparbejdes en specialiseret faglighed i det opsøgende arbejde med målgruppen, samt at det sikres, at der foretages en årlig helbredsundersøgelse. En ulempe er, at borgerne måske vil være tryggere ved egen læge, som de kender. Ligesom der indføres endnu en ansvarlig som led mellem borgeren og borgerens læge, og dermed risiko for, at ansvaret falder mellem to stole, bl.a. i forhold til opfølgningen på sundhedstjekkets fund. Der vil med andre ord være endnu flere at koordinere med.

Tværasektorielt felt

En anden drøftelse har omhandlet, at løsningen på ulighed i sundhed for målgruppen skal findes i et tværfagligt felt. Det er nødvendigt med et samarbejde mellem social- og sundhedssektoren for at nedbryde de identificerede barrierer. Derfor bør et tilbud om et årligt sundhedstjek følges af et fokus på og arbejde med det tværfaglige samarbejde, herunder et fælles sprog, der understøtter parterne i dialogen omkring borgernes sundhed. Hertil kommer, at der inden for botilbudsområdet både er offentlige og private tilbud, hvilket vil have betydning for, hvordan et tilbud om et årligt sundhedstjek kan implementeres.

Understøttende sundhedspædagogisk indsats

Projektets erfaringer underbygger, at et tilbud om et systematisk sundhedstjek kan være et væsentligt element i bestræbelserne på at gøre sundhedsvæsnet mere tilgængeligt for personer med intellektuel eller psykisk funktionsnedsættelse. Et årligt sundhedstjek kan dog ikke stå alene, da det daglige, almindelige sundhedsfaglige arbejde i forhold til denne gruppe borgere spiller en væsentlig rolle i forhold til at øge ligheden i sundhed. Eksempelvis er der behov for en efterfølgende sundhedspædagogisk indsats, der kan følge op på sundhedsmæssige problemstillinger afdækket ved sundhedstjekket. I den forbindelse er der behov for udvikling af sundhedspædagogiske strategier og redskaber til at handle på resultaterne af sundhedstjekket.

Litteratur

1. **Danmarks Statistik.** Omsorg for voksne handicappede April 2011 - Sociale forhold, sundhed og retsvæsen . *Nyt fra Danmarks Statistik*. [www.dst.dk/nytudg/15853]. s.l. : Danmarks Statistik, Marts 2012. 135.
2. **Danmarks Apotekerforening, Danske Handicaporganisationer, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Københavns Kommune, Helsingør Kommune, Pharmakon.** *Øget sikkerhed i medicineringen på botilbud for personer med handicap*. version 1.1. Hillerød : Pharmakon, 2012. ISBN 978-87-91598-51-7.
3. *Behandling med antipsykotiske lægemidler på bosteder og plejeboliger.* **Sundhedsstyrelsen.** København : Sundhedsstyrelsen, 2010, Tilsynsystema 2009.
4. **Sundhedsstyrelsen.** *Tilsyn med medicineringen på landets botilbud, plejecentre og plejehjem.* København : Sundhedsstyrelsen, 2012.
5. **Socialt Udviklingscenter SUS, Kræftens Bekæmpelse og Helsefonden.** *Udviklingshæmmet og kræftamt.* Socialt Udviklingscenter SUS, Kræftens Bekæmpelse og Helsefonden . København : Socialt Udviklingscenter SUS, 2011. Socialt Udviklingscenter SUS, Kræftens Bekæmpelse og Helsefonden (20Afluttende rapport og anbefalinger.
6. **Center for Rehabilitering og Specialrådgivning .** *Oplysninger om en særlig indsats for personer med udviklingshæmning og synsproblemer på Fyn 2005–2011 – Effekten af et opsøgende arbejde.* Odense : Region Syddanmark, 2011.
7. **Emerson, Eric, Roberts, Hazel og Robertson, Janet.** *Health Checks for People with Learning Disabilities: A Systematic Review of Evidence.* Lancaster : Improving Health & Lives Learning Disabilities Observatory, 2010.
8. **Wahlbeck, Kristian, et al., et al.** Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *British journal of psychiatry.* 2011, 199, s. 453-458.
9. **Flachs, Esben Meulengracht, et al., et al.** *Sundhedstilstanden blandt voksne med udviklingshæmning.* SIF. København K : Statens Institut for Folkesundhed, 2014.
10. **Larsen, Finn Breinholt.** Fysisk sygdom hos psykisk syge. *Hvordan har du det? Online.* [Online] nr. 4, Januar 2008. [Citeret: 14. 9 2013.] <http://www.cfk.rm.dk/files/Sundhed/CFK/Udgivelser/Befolkningsunders%C3%B8gelser/HVORDAN%20HAR%20DU%20DET/Hvordan%20har%20du%20det%20-%20ONLINE%202008/Online%20nr.%204%20-%20sygdom%20hos%20psykisk%20syge.pdf>.
11. **Ellingsen, Karl Elling og Neset, Bjørg.** *Helseopfølgning av personer med utviklingshemning.* Trondheim : NAKU - Nasjonalt Kompetansemiljø om utviklingshemning , 2007.
12. **Kisely, S, et al., et al.** Inequitable access for mentally ill patients to some medically necessary procedures. *CMAJ.* 2007, Årg. 176, 6, s. 779-84.
13. **Danske Handicaporganisationer, Dansk Selskab for Patientsikkerhed & Danmarks Apotekerforening.** *Øget sikkerhed i medicineringen på botilbud for botilbud for personer med handicap.* Hillerød : Pharmakon, 2011.
14. **Greve, Jane.** Kap.4: Socioøkonomiske og helbredsmæssige forhold blandt personer med en svær sindslidelse – en beskrivende analyse. [forfatter] Jane Greve, et al., et al. *Et liv i periferien: Levevilkår og samfundsdeltagelse blandt danskere med svære sindslidelser.*

Odense : Rockwool Fondens Forskningsenhed og Syddansk Universitetsforlag, 2012, s. 89-117.

15. **Sørensen, Jeppe, Holsaae, Maria og Bentzen, Heidi.** *Barrierer for lige adgang til det primære sundhedsvæsen for personer med med en intellektuel eller psykisk funktionsnedsættelse.* Høje-Taastrup : Danske Handicaporganisationer, 2013.

16. **Robertson, Janet, et al., et al.** The impact of health checks for people with intellectual disabilities: An updated systematic review of evidence. *Research in Developmental Disabilities.* 2014, 35, s. 2450–2462.

17. **Martinussen, Janne.** *Sundhedsprojekt på tværs.* Tangkær, Regionmidtjylland. Ørsted : s.n., 2012.

18. **Krogsbøll, LT, et al., et al.** General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease (review). *The Cochrane Collaboration.* 2012.

19. **Chauhan, Dr Umesh, et al., et al.** *Impact of the English Directly Enhanced Service (DES) for Learning Disability.* [<http://www.networks.nhs.uk/nhs-networks/national-health-facilitation-network-learning/documents/Impact%20of%20DES%20-%20Chauhan-%20Reeve-%20Kontopantelis%20et%20al.pdf>] Manchester : The University of Manchester, 2012.

20. **Hoghton, Matt og The RCGP Learning Disabilities Group.** *A Step by Step Guide for GP Practices: Annual Health Checks for People with a Learning Disability.* s.l. : RCGP - The Royal College of General Practitioners, 2010.

21. **Chauhan, U, et al., et al.** Health checks in primary care for adults with intellectual disabilities: how extensive should they be? *Journal of Intellectual Disability Research.* June 2010, Årg. 54, 6, s. 479–486.

22. **NHS Health Scotland.** *Health Needs Assessment Report People with learning disabilities in Scotland.* Glasgow : NHS Health Scotland, 2004.

23. **Skorpen, Stine.** Sjekklister for årlige helsekontroller av voksne og eldre personer med utviklingshemning. www.aldringoghelse.no. [Online] 2013. <http://www.aldringoghelse.no/startside/sok?s=helsesjekk>.

24. **Kjeldsen, Susanne Bloch.** HELBREDSTJEK OG SUNDHEDSFREMME ER EN UNDTAGELSE. *Sygeplejersken.* 2013, 9, s. 22-23.

25. **Chauhan, Umesh, Lester, Helen and Martin, Graham.** *Quality and Outcomes Framework: Learning Disability Report.* Manchester : National Primary Care Research and Development Centre, 2007.

26. **Dahler-Larsen, Peter og Krogstrup, Hanne Kathrine.** *Nye Veje i Evaluering.* s.l. : Academica, 2009.

BILAG

Bilag 1: Udvikling af model for sundhedstjek i en dansk kontekst

I anden fase af projektet skulle en model for sundhedstjek i en dansk kontekst udvikles. Et sundhedstjek kan være mere eller mindre omfattende og gennemføres på forskellig vis. Der findes som sagt allerede forskellige modeller for, hvordan et sundhedstjek kan se ud, og også en del erfaringer med organiseringen af gennemførelsen af sundhedstjek. Udviklingen af dette projekts model for et sundhedstjek har derfor taget udgangspunkt i eksisterende modeller og erfaringer, samt de problemstillinger, som blev tydeliggjort i ”Barrierer for lige adgang til det primære sundhedsvæsen”.

Erfaringerne fra projektets afdækning af barrierer for lige adgang til det behandlende sundhedsvæsen

På baggrund af erfaringerne fra ”Barrierer for lige adgang til det primære sundhedsvæsen”, kunne der identificeres nogle fokusområder, som en model for sundhedstjek skal imødekomme:

- Behov for en systematisk, opsøgende indsats, så borgeren bliver tilset af en læge og evt. sundhedsbehov opspores i tide for en behandling.
- Behov for fokus på den somatiske sundhed, så lægen ikke fokuserer på den psykiske eller intellektuelle funktionsnedsættelse.
- Behov for mere fleksibel tidsramme, så borgeren føler sig hørt og lægen kan kigge på flere samtidige problemstillinger.
- Behov for forberedelse af borgerne for at imødegå angst.
- Behov for sikring af videreformidling af information om borgerens sygehistorie og generelle helbred til lægen for at optimere effekten af udredningen.
- Behov for tydelig rolle- og ansvarsfordeling mellem læger, borger og botilbudspersonale.

Ovenstående fokusområder blev inddraget i udviklingen af modellen.

Nationale og internationale erfaringer

Ud over erfaringerne fra ”Barrierer for lige adgang til det primære sundhedsvæsen”, bygger den udviklede model på internationale og nationale erfaringer med sundhedstjek. For at indsamle erfaringer er der foretaget en litteratursøgning med det formål at finde internationale- og nationale erfaringer med sundhedstjek til personer med udviklingshæmning eller sindslidelse. På baggrund af litteratursøgningen er enkelte modeller valgt ud og studeret nøjere for deres konkrete elementer.

Litteratursøgning

Litteratursøgningen efter projekter og initiativer om sundhedstjek er primært foretaget i digitale litteraturdatabaser samt net-søgemaskiner i perioden maj-september 2013.

Litteratursøgningen blev afgrænset til norske, danske, engelske og skotske erfaringer med sundhedstjek, da det blev vurderet, at organiseringen af sundhedstjek i disse lande ikke ville ligge for langt fra, hvad der kunne overføres til en dansk kontekst. Søgningen blev inden udviklingen af drejebogen afgrænset til litteratur udgivet i perioden januar 1989 – september 2013.

Søgningen er foretaget i følgende elektroniske databaser: Pubmed, Cinahl og PsycINFO. Studier blev inkluderet, hvis de var udført i Storbritannien, Danmark eller Norge og var interventionsbaserede, dvs. omhandlede opfølgende sundhedstjek eller målrettet opsporing af uopdagede helbredsproblemer hos målgruppen.

Studier blev ekskluderet, hvis de var fra andre øvrige lande end de tre nævnte, samt hvis de omhandlede effekten af sundhedsfremmende interventioner frem for effekten af et sundhedstjek, eller var rene spørgeskemaundersøgelser.

Herudover blev der udført en google-søgning med henblik på at indfange grå-litteratur på området såsom mindre eller lokale projekter, fx gennemført i kommunalt regi, som ikke er offentliggjort på de elektroniske databaser.

Der blev endvidere anvendt en ”sneboldmetode”, hvor der blev fulgt og evt. inddraget henvisninger og referencer fra relevante artikler eller projekter. Endvidere blev der inddraget litteratur henvist fra ressourcepersoner, der har givet sparring i forbindelse med projektet, herunder Dr. Umesh Chauhan, projektleder på adskillige engelske projekter med sundhedstjek til personer med udviklingshæmning, Stine Skorpen, projektleder på det norske sundhedstjek til personer med en udviklingshæmning, og Janne Martinussen, projektleder på sundhedstjek for personer med sindslidelse på botilbuddet Tangkær i Region Midtjylland.

På baggrund af litteratursøgningen er der udvalgt fire konkrete modeller for sundhedstjek, som er blevet studeret mere nærgående som inspiration til udviklingen af den danske model. Enkelte elementer fra andre opfølgende sundhedsinitiativer er også inddraget i udviklingen af modellen, fx positive resultater med at sende en skriftlig invitation til borgeren..

De fire inspirationsmodeller

De fire konkrete modeller, som dette projekt primært har ladet sig inspirere af, er modellen for sundhedstjek i England, Skotland, Norge og modellen for sundhedstjek på botilbuddet Tangkær i Region Midtjylland. Modellerne præsenteres kort herunder.

1. Den engelske model for sundhedstjek til personer med udviklingshæmning

Den engelske praksis med tilbud om sundhedstjek for personer med udviklingshæmning blev påbegyndt i 2008. Forudgående var der forhandlet en national aftale om, at de praktiserende læger skulle påbegynde registrering af alle deres patienter med udviklingshæmning over 18 år mod betaling. Registreringen blev iværksat i 2006. I 2008 blev aftalen om sundhedstjek indgået. Sundhedstjekket er en særlig service, der er nationalt forhandlet og som udføres af de praktiserende læger. Aftalen er en del af The Directly Enhanced Service (DES). Aftalen er ikke bindende, men opfordrer de praktiserende læger til at tilbyde målgruppen et sundhedstjek. Den praktiserende læge får en ydelse på ca. 110

pund pr. sundhedstjek. Lægerne samarbejder med de lokale myndigheder i forhold til at identificere de personer, der skal tilbydes et sundhedstjek, ved at dele information, om borgerne modtager indsatser fra den sociale sektor. Omkring 80 % af de engelske lægepraksis tilbyder nu sundhedstjek. Omkring 50 % af patienter med udviklingshæmning modtager et årligt sundhedstjek (19).

DES specificerer en række forhold omkring sundhedstjekkene, bl.a. en skabelon for sundhedstjekkets indhold (Cardiff skabelonen). Cardiff skabelonen er et skema⁶, der gennemgår alle de spørgsmål, lægen bør stille borgeren, og de undersøgelser, lægen bør foretage under sundhedstjekket: Højde, vægt, BMI, blodtryk, urinanalyse, antal cigaretter og alkoholgenstande pr. dag, kolesteroltal, immunforsvar og vaccinationer, kroniske sygdomme, luftveje, hjerte-kar kredsløbet, abdominal, besvimelse, toiletvaner, gynae, epilepsi, adfærdsforstyrrelser, generel fremtoning, stetoskopi af hjerte og lunger, respiration/vejrtrækning, abdomen, centralnerv-systemet, syn, hørelse, kommunikation, mobilitet, hud, smear, bryst og mammografi for kvinder, syndromspecifikt tjek og medicin.

The Royal College of General Practitioners har udviklet en 'step by step'⁷ guide til de praktiserende læger, om hvordan de kan gennemføre de årlige sundhedstjek. Guiden indeholder forslag til, hvordan organiseringen af sundhedstjekket kan tilrettelægges, fx hvordan lægen kan invitere borgeren, kommunikationen med borgeren, forslag til letforståeligt materiale mv., samt forslag til indholdet af sundhedstjekket, som langt hen af vejen er baseret på Cardiff skabelonen (20).

Den engelske model indeholder en systematisk, national monitorering over, hvor mange personer, der registreres som havende en udviklingshæmning, hvor mange, der modtager et sundhedstjek, og hvad effekten af sundhedstjekkene er. Der er foretaget en evaluering af effekten af indførelsen af sundhedstjek for målgruppen over to forskellige perioder; april 2009 til marts 2010 og april 2010 til marts 2011 (19).

Evalueringerne viste, at gennemførelsen af sundhedstjek i praksis afhang af de ressourcer, der var til rådighed. Borgerne, der modtog et sundhedstjek, var generelt glade for det, og ville gerne have et sundhedstjek igen, dog oplevede nogle underlivsundersøgelserne i sundhedstjekket som ubehagelige. Pårørende og støtte-kontaktpersoner oplevede, at sundhedstjekket var et redskab til at opdage sundhedsproblemer hos personer med udviklingshæmning, da de kan have vanskeligt ved at opdage og udtrykke dette selv (19).

Evalueringerne viste, at sundhedstjekkene medførte øget opsporing af sygdomme. Bl.a. medførte sundhedstjekket til registrering af tillægssygdomme for knap 95 % af personer med udviklingshæmning, der fik et sundhedstjek i 2010, og for lidt mere end 95 % af dem, der modtog et sundhedstjek i 2011, fx diabetes og epilepsi (19 p. 48). Der var endvidere større sandsynlighed for, at personer med udviklingshæmning fik målt blodtryk, fik identificeret syns- og høreproblemer, hvis de fik et sundhedstjek, frem for hvis de ikke fik et (19 p. 45 ff). Evalueringerne viste, at der var større sandsynlighed for, at personen med udviklingshæmning fik medicingennemgang og influenza vaccine, samt registrering af, hvis de både havde modtaget et sundhedstjek i 2010 og 2011 (19 p. 43 ff).

⁶ http://www.easyhealth.org.uk/sites/default/files/Cardiff_Health_Check.pdf

⁷ <http://www.rcgp.org.uk/learningdisabilities/~media/Files/CIRC/CIRC-76-80/CIRCA%20StepbyStepGuideforPracticesOctober%2010.ashx>

Evalueringen afdækkede endvidere barrierer for, at sundhedstjekket blev udført. De største barrierer var kommunikationsvanskeligheder, vanskeligheder ved at bestille tid hos lægen, manglende kompetencer og erfaring hos både støtte-kontaktpersoner, læger og sundhedspersonale, samt kontinuitetsvanskeligheder hos lægen. Herudover fandt visse læger den strukturerede model for udførelsen af sundhedstjek som vanskelig, tidskrævende eller overflødige. Anvendelsen af den strukturerede model betød dog en mere ensartet kvalitet i sundhedstjekkerne, der ellers varierede alt efter lægens erfaringer og kompetencer. Det fremhæves derfor i evalueringen, at der er behov for, at modellen for sundhedstjekket kan tilpasses lokale forhold, da fordelene ved en struktureret tilgang opvejer ulempen ved ikke at anvende en struktureret model (19). Dette understøttes af en anden undersøgelse, der fremhæver, at en struktureret og systematisk tilgang, specifikt målrettet personer med udviklingshæmning, er mere effektiv i opsporingen af sundhedsproblemer hos målgruppen, end almindelige procedurer for konsultationen (21).

2. Den skotske model for sundhedstjek til personer med udviklingshæmning

I Skotland gennemførtes en kortlægning af både skotsk og international evidens for effekten af sundhedsscreeninger til mennesker med udviklingshæmning. På baggrund af kortlægningen udkom en rapport med en række anbefalinger til, hvad et effektivt sundhedsscreeningstilbud bør indeholde (22).

- Sundhedsscreeningsprogrammer er mest effektive, hvis de udformes som systematiske, proaktive screeningstilbud, snarere end ordninger, hvor den enkelte selv skal tage initiativ til at få foretaget et sundhedstjek.
- Der bør screenes for både sundhedsmæssige problemer, der hyppigst opstår hos personer med en udviklingshæmning, samt almene sundhedsproblemer.

Rapporten kommer med en tjekliste om, hvilke almene sundhedsproblemer, der bør screenes for:

- Syn og hørelse; Mentalt helbred og problemadfærd; Hjerte og kredsløbsrisikofaktorer; Epilepsi; Forstoppelse; Osteoporose; Mund-sundhed; Søvnproblemer; Ernæring; Mobilitet og fodpleje.

Der anbefales, at der screenes for sundhedsmæssige problemer særligt forbundet med mennesker med udviklingshæmning:

- Skjoldbruskkirtel-funktion; Høretest hvert tredje år; Demens vurdering, hvis 40 år eller ældre; Søvnapnø.
- For personer med cerebral parese også vurdering af cerebral synshandicap.

Ud over anbefalingerne bestod rapporten også af en beskrivelse af forskellige syndromer, samt beskrivelse af forskellige kommunikationsudfordringer i forhold til målgruppen udviklingshæmmede.

Der er ikke i Skotland foretaget en systematisk udrulning af sundhedstjek, som den i England, hvilket betyder, at udbredelsen af sundhedstjek til målgruppen varierer⁸.

3. Den norske model for 'Helsesjekk ved utviklingshemning'

Det norske sundhedstjek bygger på erfaringerne fra et projekt: 'Helsesjekk ved utviklingshemning'⁹. Projektet om sundhedstjek forløb i perioden 2009-2012. Projektets hovedformål var at udvikle procedurer, der kunne forbedre sundhedsvæsnets for alle personer med en udviklingshæmning. Projektet forløb gennem tre faser:

- Fase I: Udarbejde konkrete anbefalinger til et sundhedstjek til personer med en udviklingshæmning, samt en samarbejdsmodel for samarbejdet mellem lægepraksis og støtte-kontaktperson.
- Fase II: Afprøvning af anbefalinger og samarbejdsmodel i praksis.
- Fase III: Implementering af anbefalingerne og samarbejdsmodellen.

Modellen for et sundhedstjek bestod i, at borgeren med udviklingshæmning inviteres til et sundhedstjek hos egen praktiserende læge. Det er lægen, der inviterer. Sundhedstjekket er systematisk og følger en tjekliste:

Tjeklisten, der blev udviklet til privatpraktiserende læger, indeholdt følgende elementer:

- Anamnese:
 - Diagnose; er der behov for revurdering med hensyn til at finde årsagen til udviklingshæmningen?
 - Medicinliste, obs.
 - Aktuelle helbredsproblemer/symptomer:
 - Syn og hørelse (obs. ørevoks).
 - Kardiopulmonale symptomer.
 - Fordøjelse.
 - Smerter, nedsat mobilitet.
 - Mistanke om psykisk sygdom?
 - Livsstil, vægt (BMI) og kost, tobak, alkohol, fysisk aktivitet.
 - Tandstatus.

Supplerende undersøgelser:

- Urinprøver.
- Blodprøver: Faste blodsukker, hæmatologi, SR, CRP, lever- og nyrefunktionsprøver, frit T4, TSH, B12, folinsyre, serumjern, ferritin, lipidstatus, calcium/fosfat, D-vitamin.

Eventuelle undersøgelser:

- Henvisning til specialist og Hjælpemiddelcentralen ved behov.
- Knogletæthedsmåling.

⁸ Dr. Umesh Chauhan

⁹ <http://www.aldringoghelse.no/?PageID=1425&ItemID=3418>

Vurdering af psykiatriske symptomer.

Indikator for eventuelle psykiske problemer hos mennesker med en udviklingshæmning kan være adfærdsændringer og/eller tab af færdigheder. Til at vurdere dette kan borgerens støtteperson spørges. Gode observationer forudsætter, at støttepersonen kender patienten godt og kan skelne mellem, hvad der er normalt for patienten, og hvad der repræsenterer forandring. Vigtige spørgsmål til støttepersonen er derfor:

- Hvor længe har støttepersonen kendt patienten?
- Er der adfærdsændringer seneste måneder eller uger, for eksempel: Ændret søvnmønster, ændret spisemønster, øget irritabilitet, fx mere aggressiv, uadadregerende adfærd, selvskadende adfærd, mistede færdigheder eller andet.

Derudover indeholder det norske sundhedstjek en række syndromspecifikke undersøgelser, fx for Downs syndrom:

Syndrom specifikke dispositioner:

- Downs Syndrom; Nedsat syn og hørelse.
 - Hjerte.
 - Stofskifte.
 - Epilepsi.
 - Alzheimer demens (fra 40 år).
 - Øget forekomst af infektioner, osteoporose og malabsorption.

Samarbejdselementet i modellen bestod af en række informationsmateriale til de forskellige aktører omkring sundhedstjekket:

- Vejledning og tjekliste til lægen.
- Forberedelsespapir og vejledning til sundhedspersonale.
- Forberedelsespapir til personer med en udviklingshæmning.
- Forberedelsespapir og vejledning til pædagogisk personale.

Det norske projekt har resulteret i et landsdækkende tilbud om et årligt sundhedstjek til personer med udviklingshæmning. De privat praktiserende læger får en fast takst, som benyttes ved gennemførelsen af et sundhedstjek (23 s. 3; 24)

4. Tangkærs (Region Midtjylland) model for sundhedstjek til personer med sindslidelse

Tangkær er et botilbud for voksne, hvor der bor omkring 40 borgere med svær sindslidelse (17). Tangkær lavede projekt 'Sundhedsprojekt på Tværs' med det formål at tilbyde et sundhedstjek til alle borgere på Tangkær. Sundhedstjekket bestod af: Helbredsundersøgelse ved egen læge, afdækningsmøder foretaget i teamet omkring borgeren, og koordinerende statusmøder med deltagelse af alle interessenter. Projektet forløb i perioden 2011-2012.

Den konkrete model bestod i, at den enkelte borger inviteredes til et årligt sundhedstjek hos egen praktiserende læge. Hvert 5. år tilbydes borgerne et stort sundhedstjek, og i de mellemliggende år et mindre sundhedstjek.

Det store sundhedstjek (hvert 5. år):

- Højde, vægt, BT, urinprøve, EKG og spirometri.
- Blodprøver: Rødt blodbillede, hvidt blodbillede, levertal, væsketal, vitaminer (B12+D), blodsukker, kolesterol og stofskifte.

Det lille sundhedstjek (mellemliggende år):

- Vægt, BT og urinprøve.
- Blodprøver: Rødt blodbillede, hvidt blodbillede, levertal, væsketal, vitaminer (B12+D) og blodsukker.

Der er blandt personalet på Tangkær en koordinator, der bestiller tid hos lægen, forbereder borgeren, og går i dialog med støtte-kontaktpersonen om det årlige sundhedstjek.

Omkring 3 uger efter sundhedstjekket inviteres borgeren til et statusmøde af 20 minutters varighed, hvor borgeren, borgerens læge, Lokal Psykiatriens overlæge, distriktssygeplejerske, borgerens støttekontaktperson og koordinatoren fra Tangkær sammen gennemgår resultaterne af sundhedstjekket. Mødet afsluttes med en aftale om eventuel handling på resultaterne ud fra borgerens ønsker (17).

Inden statusmødet forbereder kontaktpersonen på Tangkær borgeren på statusmødet ved et afdækningsmøde. På afdækningsmøde gennemgås hvilke forhold borgeren finder det vigtigt at snakke om.

Fokusområder på afdækningsmødet:

- Tandstatus, kost, motion, afhængighed og bivirkninger.

Sundhedstjekket foregår derfor i et tæt samarbejde mellem borger, støtte-kontaktpersoner og koordinator på Tangkær, borgerens praktiserende læge samt Lokal Psykiatrien. Alle borgere, der bor på Tangkær, bliver hvert år tilbudt et sundhedstjek hos egen læge.

Resultaterne fra 'Sundhedsprojekt på tværs' viste, at et årligt sundhedstjek kan medføre opdagelsen af sygdomme og bedre helbredstilstand. Blandt de 34 borgere (81 %), der deltog i et sundhedstjek, blev der opdaget en række sundhedsproblemer, herunder tand- og mundsundhedsproblemer samt livsstilssygdomme (17). Som resultat af projektet har 38 % af borgerne i 2011 og 38 % af borgerne i 2012 nedsat medicinforbruget. Et konkret resultat af sundhedstjekket af den efterfølgende forebyggende indsats var, at en borger, der var tæt på at udvikle diabetes, ikke gjorde det på baggrund af den tidlige forebyggende indsats (17).

Projektet viste, at sundhedstjekket ikke har skabt væsentlig ekstra opgaver for hverken læger, psykiatere eller medarbejderne på Tangkær. Projektet har for alle parter derimod skabt en mere effektiv og systematisk faglig indsats, der har ført til en hurtigere opdagelse

af livsstilssygdomme med mulighed for opfølgende indsats samt mindre behov for regulering af medicin.

På baggrund af erfaringerne fra Tangkær, vedtog regionsrådet i Region Midtjylland den 30. oktober 2013, i forbindelse med godkendelse af deres sociale strategi, at: 'Projekt Sundhed på Tværs skal udbredes til specialområderne.'¹⁰

Programteorien og udviklingen af en samarbejdsmodel for sundhedstjek

På baggrund af fokusområderne fra "Barrierer for lige adgang til det primære sundhedsvæsen", de nationale og internationale erfaringer, samt de fire konkrete inspirationsmodeller, blev der opsat en programteori for, hvordan en model for et sundhedstjek i en dansk kontekst kunne se ud. I programteorien opstilles de fire dele, som udgør den samlede model. Hver del skal virke ved at imødekomme nogle af de barrierer, som målgruppen oplever. De fire dele skal ses i sammenhæng og udgør tilsammen en systematisk og helhedsorienteret indsats. Der er tale om en fremadskridende proces, hvor den foregående del er en forudsætning for effekten og virkningen af den næste. Del 4 skal ses som fundamentet for, at de andre dele hænger sammen, og understøtter dermed de første 3 dele:

- **Del 1: En opsøgende indsats**
 - Tilbud om sundhedstjek skal medvirke til, at borgerne kommer til lægen og får undersøgt sit helbred.
 - Den systematiske tilgang for samarbejdsmodellen om sundhedstjek skal medvirke til fælles fokus på udredningen af borgernes somatiske helbredstilstand (samt psykisk i form af demens eller lignende), og sikring af informationsudveksling parterne imellem. Denne del af den opsøgende tilgang skal ses i sammenhæng med modellens øvrige dele.
- **Del 2: Forberedelse – af både borger, personale og læge**
 - Forberedelse af borgeren på hvilke undersøgelser, der skal laves hos lægen. Medvirker til, at borgeren bliver mindre usikker på, hvad der skal ske, og derved øger muligheden for, at alle undersøgelser kan gennemføres.
 - Indsamling af information om borgerens helbred ved at udfylde spørgeskema om generel helbredstilstand og sende til lægen inden selve konsultationen. Medvirker til, at lægen får de nødvendige informationer om borgerens helbred, og mindsker afhængigheden af, at borgeren enten selv kan fortælle om sit helbred, eller at borgerens ledsager har indgående kendskab til borgerens helbredstilstand. Sikrer informationsudvekslingen mellem læge, borger og personale.
 - Udfyldelse af spørgeskemaet bidrager til, at personalet får bedre kendskab til borgerens helbredstilstand og fokus på somatisk sundhed.
 - Borgeren får foretaget blodprøve og resultatet sendes til lægen inden konsultationen. Medvirker til, at lægen har et overordnet billede af borgerens helbred, og at der kan samles op på resultaterne i konsultationen.
 - Lægen modtager generel information om borgerens helbredstilstand forud for konsultationen. Medvirker til, at lægen får den nødvendige information

¹⁰ <http://www.rm.dk/psykiatri+og+social/planer+og+aftaler/social+strategi> og <http://www.rm.dk/files/Psykiatri%20og%20Social/Social%20Strategi/Rapport%20Social%20Strategi.pdf>

om borgeren, og at der i konsultationen kan fokuseres på de områder, der giver anledning til bekymring.

- Forberedelse af borgerne medvirker til at reducere tiden forbrugt på tryghedsarbejde og informationsudveksling i selve konsultationen.
- **Del 3: Et systematisk sundhedstjek med tjekliste for fysiske undersøgelser**
 - En systematisk fremgang skal medvirke til, at borgernes helbred bliver gennemgået, og at der samles op på eventuelle bekymrende svar i spørgeskema og blodprøve.
 - Tjekliste for fysiske undersøgelser skal medvirke til en bred og grundig undersøgelse af borgerens helbred, samt modvirke subjektive vurderinger af, hvad der er relevant at undersøge for, og hvad borgeren kan og vil medvirke til.
 - Tjeklisten skal sætte fokus på somatisk sundhed frem for de psykiske/kognitive problemstillinger.
 - Den længere konsultationstid skal medvirke til, at borgeren har tid til at 'lande', og dermed er der mulighed for, at flere undersøgelser kan gennemføres.
- **Del 4: Tydelig rolle- og ansvarsfordeling mellem botilbud og læge**
 - Klar initiativtager medvirker til, at borgeren kommer til lægen.
 - Klar rollefordeling medvirker til, at alle parter får de informationer, de har behov for, for at kunne varetage deres faglighed.
 - Klar ansvarsfordeling medvirker til at mindske tidsforbruget på at få fat i hinanden og indhente oplysninger hos hinanden.
 - Gennemgående støtte-kontaktperson medvirker til, at borgeren føler sig tryk, og at supplerende spørgsmål om borgerens helbred bedst muligt kan besvares.

I programteorien blev endvidere opstillet potentielle forhold, der kunne påvirke modellen, såsom personalets motivation og ressourcer, tilgængelighed til lægen mv. Forholdene var ikke afgrænset på forhånd, da der kunne dukke andre forhold op under interviewene, end dem der lige var tænkt på under arbejdet med opstilling af programteorien.

Ud fra programteorien blev der udarbejdet en drejebog. Drejebogen var et skriftligt oplæg til, hvordan en samarbejdsmodel for et systematisk sundhedstjek kunne se ud, og hvilke elementer samarbejdsmodellen skulle indeholde, herunder forslag til en tjekliste for selve sundhedstjekket. Drejebogen kommer således med forslag til, hvad de enkelte parter – lægen, borgeren og borgerens støtteperson – skal gøre, og forslag til, hvornår. Drejebogen bestod af et afsnit om, hvad der skal ske *før* selve sundhedstjekket (lægens, borgerens og personalets forberedelse), samt et afsnit om, hvad der skal ske *under* selve sundhedstjekket (de fysiske undersøgelser). Afsnittene om, hvad der skal ske før og under selve sundhedstjekket, er igen delt op i en række underafsnit, som udgør de forskellige dele i den samlede model som hhv. lægen, borgeren og personalet skal stå for. Hver del består af et *forslag*, og hvor muligt en efterfølgende *argumentation* for forslaget baseret på nationale og internationale *erfaringer*.

Drejebogen i sit fulde omfang kan findes på:

<http://www.handicap.dk/dokumenter/rapporter-notater/barrierer-for-lige-adgang-til-det-primaere-sundhedsvaesen>

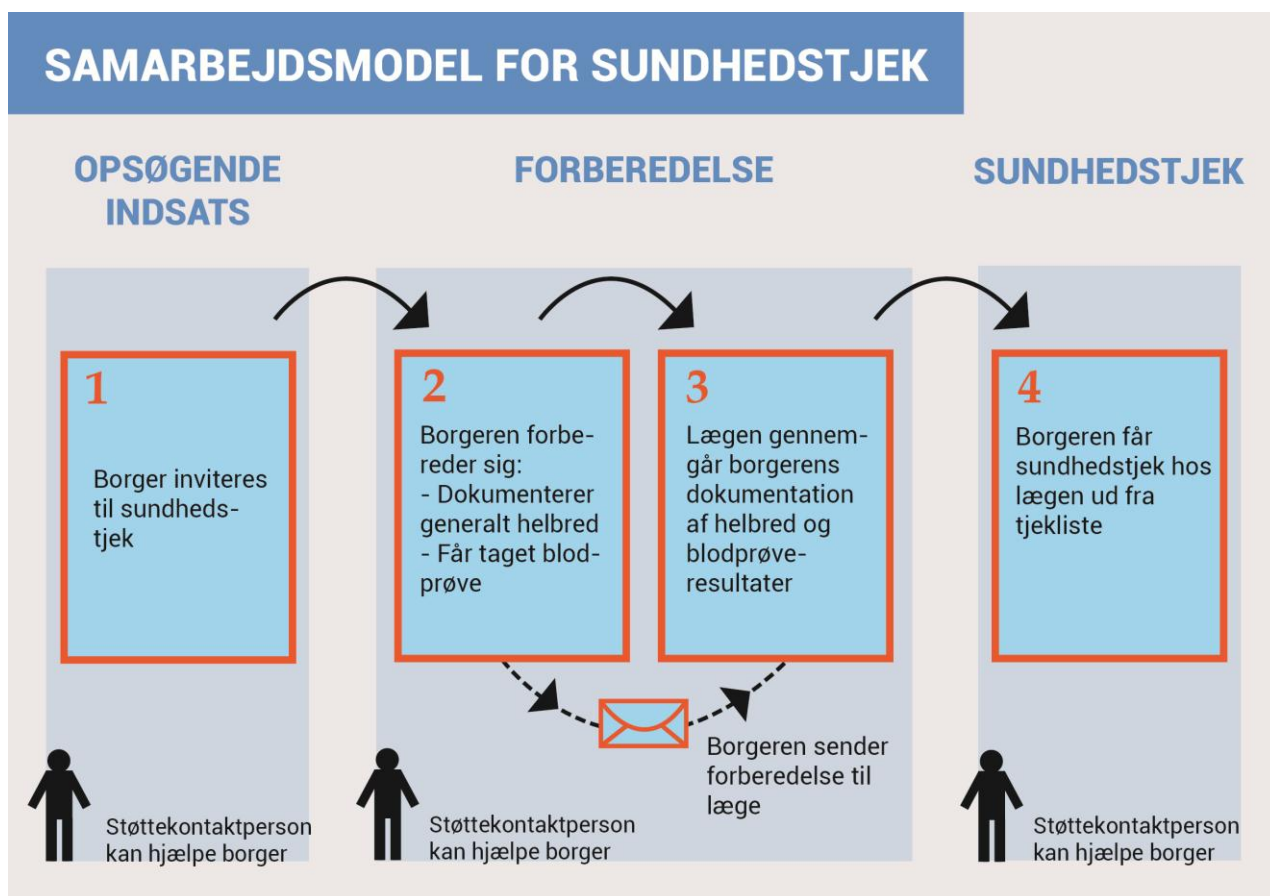
Den endelige samarbejdsmodel

Med udgangspunkt i drejebogen udviklede projektteamet den endelige samarbejdsmodel for sundhedstjek og drøftede de enkelte elementer opstillet i drejebogen. Projekttemaet drøftede bl.a., om EKG og spirometri-undersøgelse skulle være en del af sundhedstjekket. Disse var taget med i drejebogen i første omgang, idet en undersøgelse fx har vist, at personer med udviklingshæmning har op mod tre gange forhøjet risiko for luftvejssygdomme sammenlignet med normalbefolkningen (25). Det blev drøftet, hvorvidt alle læger havde det rette udstyr til at foretage disse test, eller om lægen alligevel skulle henvise til specialist og dermed sende borgeren et andet sted hen. Endvidere blev omkostningerne af at få lavet disse test på alle personer med sindslidelse eller udviklingshæmning drøftet i forhold til en lægefaglig vurdering af den enkeltes behov. Projektteamet drøftede også, om botilbuddene kunne måle og veje beboerne hjemme hos dem selv, eller om lægen skulle gøre dette. Der var for og imod, om det kunne gøres på botilbuddene, der muligvis ikke havde tilstrækkeligt retvisende udstyr. På den anden side kunne det også være svært for lægen, hvis borgeren fx var kørestolsbruger. I disse tilfælde var det måske nemmere for personalet at måle borgeren, når borgeren fx lå i sin seng.

Projektteamets forslag til en samarbejdsmodel for sundhedstjek blev efterfølgende kvalificeret af en referencegruppe bestående af repræsentanter fra: Dansk Distriktspsykiatrisk Selskab, KORA; Socialpædagogernes Landsforbund; Forskningsenhederne for Almen Praksis i København, Odense og Århus; Dansk Sygeplejeråd og FOA.

Herudover blev modellen yderligere kvalificeret på en workshop med Dr. Umesh Chauhan, Chair of the Special Interest Group for Learning Disability at the Society of Academic Primary Care, and Clinical lead at the Quality Programmes for the Royal College of general Practitioners. Dr. Chauhan har arbejdet med at udvikle, samt forsket i, den engelske model for sundhedstjek. I workshoppen deltog desuden en repræsentant fra Statens Institut for Folkesundhed, en repræsentant fra Sundhedsstyrelsen, en repræsentant fra LEV, en repræsentant fra SIND og en selvstændig farmaceut.

Den endelige samarbejdsmodel for sundhedstjekket er opbygget efter følgende 4-trins model:



Trin 1: Lægen indkalder patienten til et sundhedstjek

- Borgeren indbydes til sundhedstjekket af egen læge og lægen bestiller/afsætter tid til følgende blodprøver: Hæmoglobin, Infektionstal, Leverfunktion, Elektrolytter, Creatinin, HbA1c, Totalkolesterol, Stofskifte, (for borgere i antipsykotisk behandling tages også prolactin).

Trin 2: Borgerens forberedelse til sundhedstjekket (evt. i samarbejde med støttekontaktperson)

- Borgeren udfylder et spørgeskema omkring eget helbred og sender dette til sin læge, sammen med en opdateret medicinliste senest 1 uge før sundhedstjekket.
- Borgeren bestiller en tid til blodprøve og får taget blodprøven, så lægen kan nå at få resultaterne af blodprøven inden selve sundhedstjekket.

Trin 3: Lægens forberedelse til sundhedstjekket

- Lægen gennemgår borgerens medicinliste, spørgeskemabesvarelse og analyserer blodprøvesvar samt udregner borgerens BMI-tal. Hvis lægen finder, at noget giver anledning til yderligere undersøgelse, tages dette op i selve sundhedstjekket.

Trin 4: Sundhedstjekket

- Borgeren modtager en fysisk helbredsundersøgelse hos egen læge, der indeholder følgende elementer:
 - ✓ Undersøgelse af øret (Otoskopi) og hørefunktion, undersøgelse af borgerens syn, visuel undersøgelse af borgerens mund, undersøgelse af hjerte og lunger (Stetoskopi), visuel undersøgelse af borgerens hud, hovedbund og hygiejne, undersøgelse af maven (abdominal palpation), mobilitetsundersøgelse, grov-neurologisk-undersøgelse.
 - ✓ Borgerne adspørges, om de har modtaget følgende vaccinationer (difteri+stivkrampe ("di-te"), Hepatitis A og B, Influenza).
 - ✓ Kvindelige borgere adspørges, om de har modtaget almene screeningstilbud for livmoderhalskræft og brystkræft, samt om de har modtaget vejledning i selvundersøgelse for brystkræft.
- Opsamling og konklusioner på borgerens helbred.

På baggrund af modellen er der udviklet vejledende materiale til hhv. borgerne, borgernes pårørende, lægerne og personalet i botilbuddene, der forklarer de enkelte parters opgaver og indholdet af sundhedstjekket. Materialet til borgerne er bl.a. ledsaget af billeder, så borgerne visuelt kan se, hvordan de fysiske undersøgelser foregår. Materialet blev udviklet med det formål, at det i sig selv kunne forklare den samlede model og tydeliggøre den enkeltes opgaver.

Materialet findes på:

<http://www.handicap.dk/projekter/lige-adgang-til-sundhedsvaesenet/undermappe/materiale>

Bilag 2: Metode

Virkningsevaluering

Evalueringen af, hvordan samarbejdsmodellen for sundhedstjek fungerede i praksis, tager udgangspunkt i den Virkningsevalueringens Model, der er beskrevet i kapitlerne 4, 7 og 10 i Dahler-Larsen og Krogstrups bog; Nye veje i evaluering (26). Med virkningsevaluering fokuseres på sammenhængen mellem processen i en indsats (her sundhedstjekket), og virkningen af indsatsen, dvs. der fokuseres på, hvordan den samlede proces påvirker den ønskede virkning. Processen i indsatsen analyseres ved systematisk at undersøge hvert led i indsatsen. For at skitsere indsatsen, og dens enkelte dele, opstilles en programteori. Programteorien, og dermed beskrivelsen af indsatsen, opstilles ud fra beskrevne og underbyggede antagelser om, hvordan og hvorfor en given indsats virker (26 s. 55 ff).

I nærværende projekt er antagelsen: At et opsøgende tilbud om et systematisk sundhedstjek til personer med sindslidelse eller udviklingshæmning vil give disse personer adgang til at blive undersøgt grundigt af lægen. Dette kan medføre afdækning af uopdagede sundhedsproblemstillinger og dermed øge lighed i sundhed for denne målgruppe, med øget livskvalitet til følge. Antagelsen er underbygget dels af projektets egen afdækning af barrierer for målgruppes adgang til læge, dels nationale og internationale erfaringer med sundhedstjek (19; 16).

På baggrund af disse antagelser opstilles en programteori. Programteorien beskriver, hvordan indsatsen er sammensat, og hvordan den virker hele vejen fra interventionen sættes i gang til resultatet af indsatsen foreligger (26 s. 51). Dvs. programteorien beskriver alle led af samarbejdsmodellen fra sundhedstjekket præsenteres for borgeren til borgeren har gennemført sundhedstjekket, samt hvordan hvert led bidrager til, at den samlede model (indsats) fører til det ønskede resultat: At give borgeren lettere adgang til lægen og en grundig udredning af sin helbredstilstand. Indsatsens (modellens) enkelte dele kaldes de virksomme mekanismer, da de tilsammen skal få indsatsen til at virke. Programteorien i dette projekt er løbende blevet udviklet og justeret i takt med gennemførelsen af projektets afdækning af barriererne for målgruppens adgang til det primære sundhedsvæsen og kortlægningen af internationale og nationale erfaringer. Projektets endelige programteori er præsenteret i bilag 1 om udviklingen af modellen for sundhedstjek.

Med udgangspunkt i programteorien, og dens beskrivelse af indsatsen 'sundhedstjek', undersøges hver del i modellen (indsatsens forskellige dele) med henblik på at identificere de omstændigheder og forhold, der har betydning for, om indsatsen virker. Dvs. undersøgelse af de forhold, der hhv. understøtter eller modvirker, at sundhedstjekket kan gennemføres og får den ønskede virkning. I virkningsevalueringen betegnes disse forhold 'Moderatorer', men er i rapporten beskrevet som forhold, betingelser eller forudsætninger for læsevenlighedsens skyld (26 s. 105).

Ved at identificere hvilke forhold, der fremmer eller hæmmer indsatsen, bliver det tydeligt under hvilke forudsætninger modellen for sundhedstjek fungerer. For at vurdere, om samarbejdsmodellen for sundhedstjek fungerer i praksis, er det derfor nødvendigt både at se på, om modellens enkelte dele understøtter indsatsen (om de virksomme mekanismer

rent faktisk er virksomme), og hvilke forhold, der hhv. understøtter eller hindrer, at indsatsen får den tilsigtede virkning. Undersøgelsen af indsatsens enkelte dele, samt identifikationen af forskellige forhold, der påvirker indsatsen, giver tilsammen et billede af, hvordan modellen for sundhedstjek virker i praksis (26 s. 72) analysen afprøves derfor, om modellen for sundhedstjeks enkelte dele har den tilsigtede virkning, og om de enkelte dele giver forudsætningerne for den næste del, samt hvilke forhold, der påvirker indsatsen (26 s. 73).

Der er ingen faste krav om bestemte metoder i virkningsevalueringen, da det afhænger af, hvordan den enkelte indsats er sammensat, og for hvem og hvordan den skal virke. I dette projekt er der foretaget semistrukturerede, kvalitative interview, da kvalitative interview giver mulighed for at kortlægge borgernes, personalets og lægernes egne oplevelser af de barrierer, som målgruppen oplever, samt modellens virkning i praksis. Derudover er der i evalueringen af modellen tillige brugt afkrydsningsskemaer i forbindelse med registrering af de sundhedsmæssige fund ved sundhedstjekket samt parternes tidsforbrug og samarbejdsprocesser. Derudover er der foretaget litteratursøgning i forbindelse med indsamling og kortlægning af internationale og nationale erfaringer. Den nærmere beskrivelse af de enkelte metoder og fremgangsmåder er beskrevet i bilag 1.

Generalisering

Dahler-Larsen og Krogstrup pointerer, at det er muligt at overføre virksomme mekanismer i en indsats fra en kontekst til en anden. Dvs., at samarbejdsmodellen for sundhedstjek eventuelt vil kunne overføres til andre kommuner, hvis man forstår, hvorfor den virker, og om forudsætningerne for, at modellen virker, er af mere generel karakter end lokal karakter. Generaliseringen eller overførbarheden afhænger bl.a. af, om indsatsen baserer sig på en almen idé (26 s. 108). Sundhedstjek må siges at være en almen idé, omend indholdet kan variere. Samarbejdsmodellen og set-up'et omkring sundhedstjekket er endvidere baseret på praktikeres viden og kendskab til samarbejdet mellem læge og botilbud, samt internationale og nationale erfaringer med sundhedstjek for målgruppen.

Evaluatorens organisatoriske placering

Det er Danske Handicaporganisationer, der har forestået evalueringen af projektet. Der har været både fordele og ulemper ved, at evaluatoren var udefrakommende og ikke tilknyttet et af de deltagende botilbud eller lægepraksis. Det har givet udfordringer i forhold til implementeringen af pilottesten, i og med evaluatoren har været relativt langt væk fra det udførende led og ikke har haft indgående kendskab til de enkelte botilbud og lægepraksis organisering. Ligesom den løbende implementering, der blev valgt af logistiske og praktiske årsager, ikke muliggjorde, at evaluatoren kunne give en samlet introduktion af modellen til de medvirkende parter. På den anden side har det været en fordel i evalueringsprocessen ikke at være forankret på hverken botilbud eller i lægepraksis, da det dermed var nemmere at forholde sig åbent til de forskellige parters udsagn, samt stille spørgsmål, som for en indforstået virkede som en selvfølge. Det betyder, at det er nemmere at se det hele 'udefra' og identificere forskellige praksisser, som kan være sværere at se, hvis man selv er en del af dem. Hvor fordelene og ulemperne har spillet en særlig rolle i projektet, vil det fremgå af analysen.

Bilag 3: Interviewguides

Interviewguide – borger

Tema	Spørgsmål	Støttespørgsmål
Indledning	<p>Hvor gammel er du?</p> <p>Hvordan synes du, at dit helbred var inden du kom til sundhedstjek?</p> <p>Hvorfor ville du gerne være med i projektet?</p>	
Overordnet oplevelse af sundhedstjekket	<p>Hvordan var det for dig at deltage i sundhedstjekket?</p>	<p>Hvad fik du ud af sundhedstjekket?</p> <p>Var der noget du oplevede som særlig godt/ubehageligt ved sundhedstjekket?</p>
Samarbejdsmodellen og materialet	<p>Hvad synes du om informationsfolderen?</p> <p>Gav folderen den rigtige information om hvad der skulle ske?</p> <p>Var det rart at få at vide hvad der skulle ske henne hos lægen, inden du skulle derhen?</p>	<p>Gav folderen dig lyst til at tjekket dit helbred?</p>
	<p>Passede den tid som lægen foreslog?</p> <p>Hvad synes du om at svare på spørgeskemaet om dit helbred?</p> <p>Hvordan gik det med at blive målt og vejlet og få taget blodtryk?</p> <p>Hvordan gik det med at få taget</p>	<p>Havde du brug for hjælp? Var det svært? Var der for mange spørgsmål?</p> <p>Kom du afsted? Fik du taget alle blodprøverne? Havde du</p>

	<p>blodprøven?</p> <p>Passede det med den tid du havde til at forberede dig inden du skulle hen til lægen?</p>	<p>din støtte-kontaktperson med?</p> <p>Var det for kort tid? Var det for lang tid?</p>
	<p>Hvordan gik det da du skulle hen til lægen på det aftalte tidspunkt?</p> <p>Hvordan oplevede du sundhedstjekket henne hos din læge?</p> <p>Skete det som stod i folderen da du var hos lægen? Fx fulgte lægen den rækkefølge som var beskrevet i folderen?</p> <p>Hvordan passede det med en ½ time henne hos din læge?</p>	<p>Fik du og din læge gennemført alle undersøgelser i sundhedstjekket?</p> <p>Var der fx noget du gerne ville have spurgt din læge om som ikke var muligt ved sundhedstjekket?</p>
	<p>Var der noget du oplevede som besværligt ved sundhedstjekket?</p>	<p>Fx forberedelsen, ventetiden mellem invitationen og selve sundhedstjekket?</p>
	<p>Oplevede du at sundhedstjekket gjorde dig mere bekymret for dit helbred?</p>	
<p>Gav sundhedstjekket øget viden om egen sundhed</p>	<p>Er der resultater fra dit sundhedstjek der overraskede dig?</p> <p>Har du efter sundhedstjekket fået viden om dit helbred, som du ikke havde inden sundhedstjekket?</p>	
<p>Samarbejdet med støtte-kontaktperson og læge</p>	<p>Hvordan oplevede du samarbejdet med din støtte-kontaktperson i forbindelse med sundhedstjekket?</p>	

		Synes du sundhedstjekket er en god måde at snakke med din læge på om hvordan dit helbred er?	
Forbedring modellen	af	Synes du, at der noget ved sundhedstjekket der burde være anderledes?	Fx skal forberedelseskemaet være kortere? Skal der være mere mulighed for at snakke om andre emner?
Vurdering langsigtet effekt	af	Hvis du blev tilbudt et sundhedstjek hvert år, ville du så sige ja? Synes du at sundhedstjekket er en god måde at holde øje med dit helbred på? Hvor mange gange om året plejer du normalt at gå til lægen?	Tror du et sundhedstjek vil betyde at du komme oftere til læge end ellers? Eller tror du at du vil opsøge din læge mindre ofte hvis du havde en fast aftale om et generelt tjek en gang om året?
Afslutning		Har du noget du gerne vil tilføje om dine oplevelser fra sundhedstjekket?	

Interviewguide – personale

Tema	Spørgsmål	Støttespørgsmål
Indledning	Hvor længe har I kendt den/de borgere i støttede? Har du/I nogen sundhedsfaglig baggrund/viden?	
Overordnet oplevelse af sundhedstjekket	Hvad er din/jeres overordnede oplevelse af sundhedstjekket? Hvordan fungerede det i praksis?	

Samarbejdsmodellen og materialet	<p>Hvordan synes du det skriftlige materiale til sundhedstjekket fungerede?</p> <p>Hvordan fungerede informationspjecen, til dig som personale, inden sundhedstjekket?</p> <p>Hvordan fungerede informationspjecen til borgeren (og pårørende), inden sundhedstjekket?</p>	<p>Var der oplysninger du/I manglede? Eller var der overflødige oplysninger?</p> <p>Var det forståeligt for borgeren?</p> <p>Hjalp det til at kunne forklare borgeren hvad et sundhedstjek gik ud på?</p>
	<p>Hvordan gik det med at motivere borgeren?</p> <p>Hjalp materialet ift. motivationen?</p> <p>Passede den dato og tid som lægen havde foreslået?</p> <p>Hvis det var nødvendigt at finde en ny, var det så nemt eller svært?</p>	<p>Var det svært/let at forklare fordele og ulemper?</p>
	<p>Hjalp du/I borgeren med forberedelsen?</p> <p>Hvordan fungerede borgerens forberedelseskema (spørgeskema) hos jer?</p> <p>Hvordan gik det med at måle blodtryk og veje borgeren?</p> <p>Fik borgerne taget alle blodprøver inden konsultationen?</p> <p>Var der problemer med at nå at sende medicinlister og svarskema til lægen senest 1 uge før konsultationen?</p>	<p>Det hele eller dele af forberedelsen?</p> <p>Var det fx muligt at udfylde alle spørgsmål i spørgeskemaet? Hvis nej, hvorfor?</p> <p>Problemer? Hvorfor?</p> <p>Problemer? Hvorfor?</p> <p>Problemer? Hvorfor?</p>

	<p>Var det muligt at møde op hos lægen på aftalte tidspunkt for sundhedstjekket?</p> <p>Kunne borgeren gennemføre hele eller dele af sundhedstjekket?</p> <p>Hvis ja, benyttede lægen rækkefølgen fra materialet?</p> <p>Var der nogle områder der gav særlige udfordringer i forhold til at gennemføre sundhedstjekket?</p> <p>Hvordan fungerede den systematiske fremgang i lægekonsultationen, med fastlagte undersøgelser?</p> <p>Var lægen forberedt? Og hvis ja, hvilken betydning havde det for konsultationen?</p> <p>Betød det noget for gennemførelsen og udbyttet af lægekonsultationen at borgeren var forberedt på indholdet i lægekonsultationen?</p>	<p><i>Hvis nej:</i> Hvad var årsagen til at I ikke kom frem på aftalte tidspunkt? Er der noget der kan gøres for at forebygge eller ændre på denne årsag?</p> <p>Hvis nej, hvorfor? Var der fx for lang ventetid i venteværelset?</p> <p>Vurderer du at en fast rækkefølge og forberedelse hjalp det borgeren til at kunne gennemføre sundhedstjekket? Hvis nej, hvorfor?</p> <p>Fx gav det en god ramme for borgerens kommunikation med lægen?</p>
	<p>Hvordan oplever du/I tidsforbruget ifm. sundhedstjekket?</p> <p>Opleves sundhedstjekket som en naturlig del af det pædagogiske arbejde?</p>	<p>Omfattende? tilpas?</p> <p>Er det en ekstra byrde? Giver det god mening at systematisere sundhedsdelen?</p>
	<p>Fungerede arbejdsdelingen mellem dig/er, lægen og borgeren i samarbejdsmodellen?</p>	<p>Var det klart hvem der skulle gøre hvad og hvornår? Og gav arbejdsdelingen mening?</p>

	<p>Hvordan fungerede det for jer at det var lægen der inviterede til lægekonsultationen?</p> <p>Hvordan fungerede koordineringen med borgerens læge i øvrigt?</p>	
	Oplevede du/I negative udfald af sundhedstjekket?	Fx øget bekymring hos borgerne over eget helbred?
Gav modellen øget viden om borgerens sundhed	<p>Kom der noget frem i løbet af perioden med sundhedstjekket omkring borgernes helbred, som overraskede dig/jer?</p> <p>Har arbejdet med sundhedstjekket bidraget til at I har opnået en større viden om borgernes helbred og sundhedsspørgsmål generelt?</p> <p>Har det ændret din/jeres måde at arbejde med sundhed på?</p>	<p>Har de nye oplysninger omkring borgernes helbred ført til ændringer i jeres indsats med borgerne?</p> <p>Hvis ja, hvilken viden/på hvilken måde?</p> <p>Har I opnået viden der får betydning for den fremadrettede indsats med borgerne?</p>
Samarbejdet med læge og borger	<p>Har sundhedstjekket betydet noget for samarbejdet med borgernes læger?</p> <p>Hvordan oplevede I samarbejdet med borgerne og lægerne omkring sundhedstjekket?</p> <p>Hvordan oplevede du dialogen med borgeren omkring sundhedstjekket?</p>	<p><i>Hvis ja:</i> Hvordan har det betydet noget for samarbejdet? Positivt: hvordan? Negativt: hvordan?</p> <p>Hvordan var samarbejdet før?</p>
Forbedring af modellen	Er der noget ved samarbejdsmodellen der burde være anderledes?	Hvis ja, hvad?
Vurdering af langsigtet effekt	Tror du/I at tilbud om et årligt sundhedstjek vil betyde, at borgernes behov for læge bliver	

	bedre dækket end før?	
Afslutning	Har du noget du/I gerne vil tilføje om dine/jeres erfaringer med modellen?	

Interviewguide – lægen

Tema	Spørgsmål	Støttespørgsmål
Evt. indledning	Hvorfor sagde du ja til at deltage i projektet? Hvor, ofte, inden for et år, ser du normalt patienten i din praksis?	Er patienten generelt selv opsøgende?
Overordnet oplevelse af sundhedstjekket	Hvordan oplevede du overordnet set, at sundhedstjekket fungerede i din praksis?	
Samarbejdsmodellen og materialet	Hvordan synes du det skriftlige materiale til sundhedstjekket fungerede? Hvordan fungerede informationspjece, til dig som læge, inden sundhedstjekket?	Klart/uklart? For omfattende? Er der oplysninger du savner? Er der oplysninger du oplever som overflødige?
	Havde du mulighed for at forberede dig som anvist i materialet? Modtog du blodprøvesvar, medicinliste og patientens udfyldte spørgeskema som aftalt? Gav borgerens svar i spørgeskemaet om sit generelle helbred, dig den information du havde behov for, for at vurdere patientens	Hvorfor/hvorfor ikke? Hvis nej, hvorfor ikke? Er der oplysninger om patientens helbred du har behov for, der ikke bliver spurgt til i spørgeskemaet?

	<p>generelle helbreds tilstand?</p> <p>Opnåede du mere relevant viden om borgerens helbred end ved vanlig konsultation med patienten?</p> <p>Hvad er dine erfaringer med forberedelsesdelen?</p>	<p>Positive/negative</p>
	<p>Mødte patienterne op til det aftalte tidspunkt for sundhedstjekket?</p> <p>Oplevede du at patienten var forberedt? Og hvis ja, hvad betød det for konsultationen?</p> <p>Oplevede du at der var forskel på hvordan patient og eller støttepersonen kunne bidrage med oplysninger om patientens helbred ved sundhedstjekket, end ved øvrige konsultationer?</p> <p>Hvordan fungerede checklisten for sundhedstjekket?</p> <p>Var der nogle områder der gav særlige udfordringer i forhold til at gennemføre sundhedstjekket?</p> <p>Efter din faglige vurdering dækker indholdet i checklisten for helbredstjekket patientens behov?</p>	<p>Hvis nej, hvad var årsagen? Kan der gøres noget for at forebygge dette?</p> <p>Virkede patienten roligere end ellers ved at være forberedt? Hjalp det ift. kommunikationen med patienten?</p> <p>Fulgte du rækkefølgen hver gang? Hvis nej, hvorfor ikke?</p> <p>Var det fx muligt at gennemføre alle undersøgelser på tjeklisten? - Hvorfor/hvorfor ikke?</p> <p>Er der fx nogle undersøgelser der burde tilføjes? Eller undersøgelser der er overflødige?</p>
	<p>Hvordan passede den afsatte tidsramme med en ½ time til forberedelse og ½ time til gennemførelse af konsultationen med patienten?</p>	<p>Var det fx muligt at gennemføre alle undersøgelserne på en ½ time?</p>

	<p>Fungerede arbejdsdelingen mellem dig, botilbud og borger i samarbejdsmodellen?</p> <p>Var der problemer med at finde et tidspunkt for gennemførelsen af helbredstjekket?</p> <p>Hvordan fungerede koordineringen med patientens botilbud i øvrigt?</p>	<p>Var det klart hvem der skulle gøre hvad og hvornår? Og gav arbejdsdelingen mening?</p> <p>Var der god, dårlig eller ingen kontakt i forvejen?</p>
Gav modellen øget viden om borgerens sundhed	<p>Fik du en viden om patientens helbred du ikke havde inden sundhedstjekket?</p> <p>Er der nogen resultater fra patientens sundhedstjek der overraskede dig?</p>	<p><i>Hvis ingen ny viden:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ser du patienten ofte i din praksis i forvejen? - Gennemføre du lignede opsøgende undersøgelser på patienten i forvejen? <p><i>Hvis ny viden:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvilken viden om patientens helbred har du opnået med sundhedstjekket? - Har du opnået viden der får betydning for den fremadrettede indsats med pågældende patienten?
Samarbejdet med botilbud og borger	<p>Hvordan oplevede du samarbejdet omkring sundhedstjekket fungerede?</p> <p>Har sundhedstjekket betydet noget for samarbejdet med personalet på patientens botilbud?</p>	<p>Er der nogle styrker/svagheder ved modellen i forhold til den vanlige måde I samarbejder på?</p> <p><i>Hvis ja:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvordan har det betydet noget for samarbejdet? - Positivt: hvordan? - Negativt: hvordan? <p><i>Hvis nej:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Har du normalt et samarbejde med patientens botilbud omkring patienterne eller er du kun i kontakt med patienten selv? - Hvordan oplever du samarbejdet med patienternes botilbud?

	<p>Var det en god måde at snakke med patienten om hans/hendes helbred på?</p> <p>Oplevede du negative udfald for borgeren af sundhedstjekket?</p>	
Forbedring af modellen	Er der noget ved samarbejdsmodellen der burde være anderledes?	Hvis ja, hvad?
Vurdering af langsigtet effekt	Tror du at et årligt sundhedstjek for denne/disse, vil gavne patienternes helbred?	
Afslutning	Har du noget du gerne vil tilføje om dine erfaringer med modellen?	

Bilag 4: Lægens evaluerings og afkrydsningskema

Lægens evalueringsskema

I forbindelse med din deltagelse i projekt 'Sundhedstjek hos din læge', bedes du efter hvert sundhedstjek, du udfører med en patient, notere dine erfaringer i nedenstående skema. Vi har brug for dine erfaringer i evalueringen af, om samarbejdsmodellen for et sundhedstjek fungerer

Forberedelsen			
Modtog du patientens udfyldte forberedelsesskema mindst 1 uge før helbredsundersøgelsen?	Ja		Nej
Modtog du patientens aktuelle medicinliste mindst 1 uge før helbredsundersøgelsen?			
Fik patienten taget blodprøve forud for helbredsundersøgelsen?			
Hvordan passede det med modtagelsen af patientens medicinliste og udfyldte forberedelsesskema 1 uge før helbredsundersøgelsen?	For tidligt	Passende	For sent
Hvordan passede tidsrammen på ½ time til forberedelsen?			

Helbredsundersøgelsen			
Var der nogle undersøgelser, der ikke kunne udføres med patienten?	Ja		Nej
Hvis ja, hvilke (n)			
Hvorfor kunne undersøgelsen ikke udføres?			
Hvordan passede tidsrammen på ½ time til gennemførelse af helbredsundersøgelsen?	For kort tid	Passende	For lang tid

--	--	--	--

Lægens afkrydsningskema

Del 1: Indledende samtale

Indledende samtale med borgeren. Der følges op på borgerens forberedelseskema og på resultaterne af laboratorieprøverne.

Borgerens almentilstand

Hvordan er borgerens generelle fremtoning? Er der tegn på påvirket helbredstilstand?	Ja	Nej
Hvis ja, hvilke?		

Opfølgning på borgerens forberedelseskema

Giver nogle af borgerens svar i forberedelseskemaet anledning til yderligere undersøgelse?	Ja	Nej
Hvis ja, hvilke?		

Opfølgning på borgerens medicinliste

Giver gennemgang af borgerens medicinliste anledning til justeringer eller opfølgende spørgsmål?	Ja	Nej
Hvis ja, hvilke?		

Opfølgning på resultater af blodprøver

Giver resultaterne af borgerens blodprøver anledning til yderligere undersøgelse?	Ja	Nej
Hvis ja, hvilke?		

Del 2: Fysisk undersøgelse og test

Otoskopi		
Er der problemer/symptomer?	Ja	Nej
Hvis ja, hvilke? Fx ørevokspropper, sår o.l.		
Hørelse		
Er der tegn på nedsat hørelse?	Ja	Nej

Syn		
Har borgeren synsproblemer	Ja	Nej

Mund		
Er der problemer/symptomer med tænder, sår, svamp?	Ja	Nej
Ja, hvilke?		

Hjertefunktion		
Er der ved stetoskopi af hjertet tegn på problemer?	Ja	Nej
Hvis ja, hvilke?		
Er der øvrige tegn på hjerteproblemer?	Ja	Nej
Hvis ja, hvilke?		
Lungefunktion og luftveje		
Er der ved stetoskopi tegn på problemer med lungefunktionen?	Ja	Nej
Hvis ja, hvilke?		
Er der øvrige tegn på hjerteproblemer/symptomer?	Ja	Nej
Hvis ja, hvilke?		

Hud, hovedbund og hygiejne		
Er der problemer/symptomer?	Ja	Nej
Hvis ja, hvilke?		

Abdominal palpation		
Er der problemer/symptomer?	Ja	Nej

Hvis ja, hvilke?

Undersøgelse af fødder		
Er der problemer/symptomer?	Ja	Nej
Hvis ja, hvilke?		

Undersøgelse af mobiliteten		
Er der problemer med indskrænket bevægelighed over led?	Ja	Nej
Hvis ja, hvilke?		

Grov-neurologisk-undersøgelse		
Er der tegn på problemer i nervesystemet?	Ja	Nej
Hvis ja, hvilke?		

Hvis kvinde, har borgeren fulgt offentlige tilbud om:		
Gynækologisk smear?	Ja	Nej
Mammografi?		
Har hun modtaget instruktion i selvundersøgelse af brysterne?		

Vaccinationer		
Er borgeren vaccineret mod difteri+stivkrampe ("di-te").	Ja	Nej

Hvis ja, hvornår sidste gang?	Dato:	
Hepatitis A.	Ja	Nej
Hvis ja, hvornår sidste gang?	Dato:	
Hepatitis B.	Ja	Nej
Hvis ja, hvornår sidste gang?	Dato:	
Influenza	Ja	Nej
Hvis ja, hvornår sidste gang?	Dato:	

- ✓ Hvis borgeren ikke er vaccineret mod Influenza samt Hepatitis A og B, og borgeren er berettiget til at modtage dem gratis, tilbyd da borgeren disse.

Del 3: Konklusion og opsamling på borgerens helbredstilstand

Samtale med borgeren om resultaterne af sundhedstjekket	<p>Hvordan er borgerens helbredstilstand? Er der behov for videre henvisninger til:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Andre behandlere? • Sundhedsfremmende tilbud? <p>Er der behov for et opfølgende besøg hos lægen?</p>
<p>Skiv et kort notat til borgeren, om hvad der er aftalt af evt. opfølgning og henvisninger, så borgeren kan huske, hvad der skal ske.</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

<hr/>



Udgiver:

Danske Handicaporganisationer (DH)

Blekinge Boulevard 2

2630 Taastrup

Telefon: +45 3675 1777

E-mail: dh@handicap.dk

www.handicap.dk

Figurer og opsætning: Michelle M. B. Andersen
Illustrationer: Glad Design.

September 2014