

OKTOBER 2019  
SUNDHEDSSTYRELSEN

## EVALUERING

# TIDLIG OPSPORING AF SYGDOM HOS BORGERE MED BETYDELIGE KOGNITIVE OG PSYKISKE FUNKTIONSEVNE- NEDSÆTTelser

ANDEN DELRAPPORT AF SATSPULJEPROJEKTET  
"FREMME AF LIGHED I SUNDHED OG SUNDHEDSVÆSENET"

COWI





# INDHOLD

1	RESUME	4
2	BAGGRUND	6
2.1	Formålet med evalueringen	7
3	PROJEKTERNE	9
3.1	Indsatsteori	9
3.2	De fire projekter	9
4	RESULTATER	13
4.1	Rekruttering	13
4.2	Aktiviteter i forbindelse med sundhedstjek	17
4.3	Organisering af projektet og samarbejder	20
4.4	Forbruget af sundhedsydelse før og efter et sundhedstjek	20
4.5	Vurdering af projekterne og den fremadrettede læring fra projekterne	22

# BILAG

BILAG A	Metode og data	26
A.1	Dataindsamling	26
A.2	Statistiske analyser	26



# 1 RESUME

Evalueringen omfatter fire projekter, som har haft til formål at sikre tidlig opsporing af sygdomme, ved at praktiserende læge gennemfører sundhedstjek af borgere med betydelige kognitive og psykiske funktionsevnedssættelser. Tanken er, at tidlig opsporing hos målgruppen kan reducere forekomsten af sygdom, og at sundhedstjek kan sikre en større lighed i sundhed, da de mest udsatte borgere i samfundet dermed får bedre muligheder for at benytte de eksisterende sundhedstilbud og styrke deres handlekompetencer. De fire kommuner Svendborg, Roskilde, Egedal/Allerød og København blev tildelt midler fra satspuljen til at gennemføre sundhedstjek hos personer med betydelige kognitive og psykiske funktionsevnedssættelser i perioden fra 2015 til 2018.

Første del af delrapporten i satspuljeprojektet "Fremme af lighed i sundhed og sundhedsvæsenet" havde til formål at afprøve et korps af frivillige, *navigatorkorps*, som skulle støtte de mest udsatte borgere i forhold til psykosociale og praktiske problemstillinger i kontakten til sundhedsvæsenet og de borgernære sundhedstilbud. Rapporten udkom i november 2018 og kan læses på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

## GENERELT

Evalueringen viser, at alle kommunerne har fået udbytte af projektet. Projekterne har opsporet og rekrutteret personer med betydelige kognitive og psykiske funktionsevnedssættelser til sundhedstjek hos den praktiserende læge. Gennem sundhedstjekket er psykiske og somatiske helbredsproblemer identificeret hos målgruppen.

## REKRUTTERING

Projekterne har erfaret, at det har været afgørende for rekrutteringen af borgere, at frontpersonalet på bostederne og i den udkørende funktion har haft de fornødne kompetencer og viden, og at der har været ledelsesopbakning til projektet. I alle projekterne blev frontpersonalet uddannet til at kunne rekruttere borgere, og der har været ledelsesmæssig opbakning. Uddannelsen har været tilpasset personalets

eksisterende viden og faglige baggrund. Personalet har i størstedelen af kommunerne ikke set det som en ekstra opgave at rekruttere borgerne til sundhedstjek. I én kommune var det dog vanskeligt at finde den nødvendige tid til at indgå i projektet. På trods af dette lykkedes det for personalet gennem en engageret indsats.

For at kunne gennemføre sundhedstjekene skulle de praktiserende læger involveres. I to af kommunerne deltog alle de praktiserende læger i kommunen, mens ca. halvdelen deltog i de to andre kommuner. Forskellen skyldes sandsynligvis kommunernes rekrutteringsstrategier. Rekrutteringsstrategien afhang bl.a. af, om kommunerne havde indgået en aftale med den lokale PLO-afdeling. I de to kommuner, som havde indgået en aftale, skulle de praktiserende læger deltage, mens det var på frivillig basis i de to andre kommuner.

Det har vist sig at være svært for kommunerne at rekruttere borgere med kognitive og psykiske funktionsevnedssættelser til sundhedstjek hos den praktiserende læge. Én kommune har dog rekrutteret det forventede antal borgere til sundhedstjek. Udfordringen har været, at borgerne er utrygge ved sundhedsvæsenet og/eller den praktiserende læge. Utrygheden bunder bl.a. i, at borgerne forbinder besøg hos lægen med ubehag, smerter eller frustration i forhold til at blive forstået. Derudover er flere af borgerne mere trygge ved og har brug for faste rammer, hvilket kontakt med sundhedsvæsenet kan udfordre.

I to af kommunerne har man gennemført opfølgende sundhedstjek. De to andre kommuner valgte i stedet at fokusere på at rekruttere flere borgere til projektet.

## RESULTAT AF SUNDHEDSTJEK

Ca. en tredjedel af borgerne viste forud for sundhedstjekket tegn på påvirket helbredstilstand; ca. halvdelen gav anledning til yderligere undersøgelser, og hver femte borgers medicinliste gav anledning til justeringer eller ændringer.





Evalueringen viser yderligere, at sundhedstjekket ikke direkte har givet anledning til igangsættelse og deltagelse i sundhedsfremmende aktiviteter på bostederne eller til deltagelse i eksisterende tilbud i regi af kommunen.

#### FORBRUG AF SUNDHEDSYDELSER

Antallet af besøg hos den praktiserende læge var højere i perioden efter sundhedstjekket end før. Forskellen er statistisk signifikant. Evalueringen viser endvidere, at der var færre kontakter til sekundærsektoren, herunder både indlæggelser og ambulantly forløb, efter sundhedstjek. Det indikerer, at man med flere kontakter i primærsektoren kan forebygge potentielle forløb i sekundærsektoren.

#### UDFORDRINGER

En af de største udfordringer har været at rekruttere målgruppen af borgere, da de helst ikke vil have kontakt med systemet. Personalet på bostederne og i den udkørende funktion har haft en stor opgave i at motivere og støtte deltagerne i at deltage i forløbene. I to kommuner har det også betydet, at man har sløjet det andet sundhedstjek og i stedet fokuseret på at rekruttere nok borgere til det første sundhedstjek.

Det har ligeledes været ressourcekrævende og svært at rekruttere praktiserende læger, som kunne indgå i projekterne. Det har været svært for kommunerne at indgå aftale med de praktiserende læger om gennemførelse af sundhedstjek hos gruppen af borgere med betydelige kognitive og psykiske funktionsevnenedsættelser.

#### FORANKRING

Alle kommunerne oplever at have fået noget ud af projekterne, og de vil fremover fortsætte det tværfaglige samarbejde i kommunen og med de praktiserende læger. Fremadrettet ser kommunerne en fordel i at tilbyde systematisk sundhedstjek til denne gruppe af borgere, dog er det en stor omkostning for kommunerne. I én kommune har man bevilget penge til at gennemføre sundhedstjek årligt. I de andre kommuner vil personalet på bostederne fremover være mere opmærksomme på sundhedsmæssige forhold hos borgerne, så de kan forebygge helbredsproblemer.



## 2 BAGGRUND

Det er velkendt og veldokumenteret, at der er en markant, social ulighed i sundhed, når man måler i forhold til middellevetid i Danmark.<sup>1,2</sup> Der er en forskel i middellevetiden på op til ti år mellem de 25 % af befolkningen, der har de længste uddannelser, og de 25 % af befolkningen, der har de korteste uddannelser. Derudover er der markant forskel i andelen af raske leveår, hvor de der har den laveste middellevetid også har flest år med sygdom.<sup>3</sup> Social ulighed ses altså ikke kun i middellevetid i forhold til uddannelse og indtægt, men også i sygdomsbyrden.

Hvis man ser på grupper med særlige behov, er der dokumenteret en markant, reduceret middellevetid for borgere med funktionsevnedssættelser. Overdødeligheden skyldes både typiske dødsårsager som kræft og kredsløbssygdomme og øvrige naturlige og ikke-naturlige (ulykker og selvmord) dødsårsager.<sup>4,5</sup> Der kan være forskellige forklaringer på, hvorfor personer med betydelige kognitive og psykiske funktionsevnedssættelser har en lavere middellevetid. F.eks. kan det hænge sammen med, at disse grupper har sværere ved at identificere og kommunikere sygdomssymptomer, ligesom de kan have en mere risikofyldt sundhedsadfærd og have andre sociale problemer, som har en negativ effekt på deres helbred.

I forbindelse med regeringens sundhedsudspil fra 2013 "Mere borger, mindre patient" afsatte regeringen ca. 12 millioner kr. til otte projekter, som skulle sikre, at alle borgere uanset social baggrund får gavn af de eksisterende sundhedstilbud – herunder fire projekter, som har til formål at opspore sygdomme hos personer med betydelige kognitive og psykiske

funktionsevnedssættelser, og fire projekter, som skal styrke sundhedskompetencerne hos sårbare borgere med alvorlige eller langvarige sygdomme. Denne evaluering omfatter de fire førstnævnte projekter, som i resten af denne rapport benævnes *tidlig opsporingsprojekterne*. Opsporing af sygdomme hos personer med betydelige kognitive og psykiske funktionsevnedssættelser sker ved et sundhedstjek gennemført af den praktiserende læge.

Danske Handicaporganisationer gennemførte i perioden 2012–2014 projektet: "Lige adgang til sundhedsvæsenet: Sundhedstjek hos lægen til personer med udviklingshæmning eller sindslidelse i botilbud".<sup>6</sup> Formålet med projektet var dels at afdække årsager til ulighed i adgangen til det behandlende sundhedsvæsen for personer med sindslidelse eller udviklingshæmning, dels at udvikle og afprøve en konkret samarbejdsmodel for et systematisk sundhedstjek til målgruppen. Projektet viste, at et systematisk sundhedstjek hos den praktiserende læge kan medvirke til at mindske barriererne for lige adgang til sundhedsvæsenet for personer med en kognitive eller psykiske funktionsnedsettelse.

Et andet projekt "Sundhedstjek" udviklet i et samarbejde mellem Tangkær, Lokalpsykiatri Djursland og de alment praktiserende læger, der betjener beboerne på Tangkær, har ligeledes undersøgt, hvordan et årligt sundhedstjek kan øge sundheden for beboerne på bostedet.<sup>7</sup> Formålet med sundhedstjek var blandt andet at sikre en korrekt medicinsk behandling, øget fokus på beboernes somatiske og psykiatriske helbredstilstand, at en alment praktiserende læge tilså beboerne en gang om året for at forebygge og

<sup>1</sup> Wilkinson RG, Pickett KE. Income inequality and health: A causal review. *Soc Sci Med*. 2015; 128:316.

<sup>2</sup> Brønnum-Hansen H, Baadsgaard M. Widening social inequality in life expectancy in Denmark. A register-based study on social composition and mortality trends for the Danish population. *BMC Public Health*. 2012; 12:994.

<sup>3</sup> Diderichsen, F et al. Ulighed i sundhed – årsager og indsatser. København: Sundhedsstyrelsen 2011.

<sup>4</sup> Dalton et al. Social inequality in incidence of and survival from cancer in a population-based study in Denmark, 1994–2003; *Eur J Cancer*, 44(14):1950-1961.

<sup>5</sup> Mackenbach, JP et al. Socioeconomic inequalities in cardiovascular disease mortality. An international study. *Eur Heart J*. 2000(12):1141-1151.

<sup>6</sup> Holsaae M og Bentzen, H. Lige adgang til sundhedsvæsenet. Sundhedstjek hos egen læge til personer med udviklingshæmning eller sindslidelse i botilbud. 2014.

<sup>7</sup> Tangkær, Specialområde Socialpsykiatri Voksne. Sundhedstjek 2011-2014. 2015.





lindre sygdom og at forbedre den generelle sundhedstilstand hos målgruppen. Projektet viste, at sundhedstjek blandt beboerne bl.a. har været medvirkende til, at bostedets rehabiliteringsindsats er blevet skærpet, at de lægefaglige kompetencer er blevet tydeligere og udnyttes koordineret og i et samarbejde. Sundhedstjek har været medvirkende til, at beboerne i højere grad er blevet opmærksomme på deres egen sundhed. Ligeledes har de færre akutte kontakter til sundhedsvæsenet som et resultat af optimeret og justeret medicinforbrug. Derudover har sundhedstjekket også medvirket til, at de praktiserende læger har fået et bedre kendskab til den enkelte beboer på bostedet.

På baggrund af ovenstående erfaringer gjort i Danske Handicaporganisationer og Tangkær er målet med de fire tidlige opsporingsprojekter at opnå de samme positive effekter som følge af et systematisk sundhedstjek.

## 2.1 FORMÅLET MED EVALUERINGEN

Formålet med evalueringen af de fire tidlige opsporingsprojekter er at afdække, om og hvordan projektaktiviteterne gennemføres, og om de overordnede målsætninger indfries. De overordnede målsætninger omfatter dels antallet af beboere, der gennemfører et sundhedstjek, dels forbruget af sundhedsydelser i den treårige periode. Derudover vil projekterne blive vurderet og analyseret i forhold til, hvorvidt det er lykkedes at implementere dem i henhold til projektbeskrivelserne, herunder at afdække årsagerne til eventuelle afvigelser.





## 3 PROJEKTERNE

I dette kapitel præsenteres den overordnede indsats teori, som COWI har udviklet for de fire projekter som baggrund for evalueringen. Dernæst følger en kort beskrivelse af de fire projekter.

### 3.1 INDSATSTEORI

Figur 1 viser den fremsatte indsats teori for projekterne. Indsats teorien viser, hvilken effekt det forventes, at de fire projekters indsats på kort og lang sigt vil have på basis af en tidlig opsporing af sygdomme hos personer med betydelige kognitive og psykiske funktionsevnenedsættelser ved et sundhedstjek.



**FIGUR 1** Overordnet indsats teori for projekterne  
Kilde: COWI.

På kort sigt er formålet med indsatsen hurtigt og tidligt at identificere somatiske og psykiske helbredsproblemer, bl.a. gennem sundhedstjek hos praktiserende læge, kompetenceudvikling blandt hjemmevejledere og ikke-sundhedsfagligt personale og igangsættelse af behandling i målgruppen.

På lang sigt er formålet, at tidlig opsporing og indsats hurtigere vil igangsætte forebyggende og behandlende indsatser og bl.a. have en effekt på akutindlæggelser og udvikling eller forværring af kroniske sygdomme for målgruppen. Målet er, at indsatserne vil reducere sygeligheden og dødeligheden blandt målgruppen, hvilket på sigt vil have en positiv effekt på den sociale ulighed i sundhed.

### 3.2 DE FIRE PROJEKTER

I det følgende findes en beskrivelse af de fire projekter og deres mål.

- › **Svendborg Kommune:** Målet er at skabe en bedre sundhedstilstand for borgere med psykisk og kognitiv funktionsnedsættelse. Dette gøres ved gennemførelse af et årligt, systematisk sundhedstjek hos alle borgere i Svendborg Kommune i tilbud, jf. servicelovens §§ 107 og 108. Indsatserne skal fokusere på at fremme mobilisering af borgernes egne ressourcer, handlekompetencer, egenomsorg og mestringsstrategier og have karakter af at være både forebyggende og helbredende. Frontpersonalet skal medvirke til denne kompetenceudvikling hos borgerne gennem opsporing, understøttelse og vejledning om sundhedsfremmende adfærd hos borgeren.



› **Roskilde Kommune:** Målet er at skabe større lighed i sundheden i Roskilde Kommune gennem en forebyggende sundhedsindsats for borgere med udviklingshæmning i egen bolig. Formålet er at opspore og forebygge sundhedsproblemer blandt udviklingshæmmede gennem en helhedsorienteret indsats, der omfatter en sundhedsfaglig kompetenceudvikling af borgernes hjemmevejleder og et systematisk sundhedstjek af borgerne hos deres praktiserende læge. Der er fokus på at få viden om, hvordan man kan lave målrettede indsatser for borgerne i eget hjem samt sikre, at borgeren kan bevare en god og relativt selvstændig og selvhjulpent tilværelse.

› **Egedal/Allerød Kommune:** Gennemførelse af en styrket sundhedsindsats – tidlig opsporing - hos borgere med betydelige kognitive og psykiske funktionsnedsættelser, herunder borgere med psykosociale handicaps, der modtager et socialkommunalt tilbud. Målet med indsatsen er at styrke sundhedskompetencerne blandt udsatte borgere og forbedre behandlingsmuligheder for borgere, der er sårbare i forhold til deres kontakt med sundhedsvæsenet. Dette gøres ved at sikre, at det pædagogiske personale har en ensartet tilgang til arbejdet med sundhedsfremme hos

borgerne via et regelmæssigt sundhedstjek hos borgeren. Målet er, at frontpersonalet på de sociale tilbud får en styrket sundhedsfaglig forståelse og evne til at navigere i sundhedsvæsenet, så de er i stand til at lære borgerne i målgruppen at mestre egen sundhed.

› **Københavns Kommune:** Gennemførelse af et årligt, systematisk sundhedstjek hos praktiserende læge for borgere med betydelige kognitive og psykiske funktionsnedsættelser på botilbud og i bofællesskaber i Københavns Kommune. Praktiserende læger, som behandler mange borgere på bostederne, vil blive inviteret til at komme til lægebesøg på bostedet. Medarbejdere på botilbud vil blive introduceret til en drejebog, hvori opgaverne og forløbene i forhold til det årlige sundhedstjek er beskrevet. Målet er i den forbindelse, at sundhedstjek giver anledning til, at ikke-sundhedsfaglige medarbejdere begynder at arbejde med borgerens sundhed i det daglige. I projektet vil der bl.a. være fokus på at få viden om, hvilke forhold der skal være til stede, for at borgeren kommer afsted til sundhedstjek, og hvilke behandlingskrævende problematikker der opspores.

**TABEL 1** Projektkarakteristika baseret på projektbeskrivelser

	<b>Svendborg</b>	<b>Roskilde</b>	<b>Egedal/Allerød</b>	<b>København</b>
<b>Samarbejdspartnere</b>	Lægekonsulent og praktiserende læger i Svendborg Kommune	PLO Roskilde Danske Handicap-organisationer	Bent Schultz (Konsulenthuset Horslund ApS), Egedal Kommune og de praktiserende læger i de to kommuner	–
<b>Projektstart</b>	1. april 2015	1. april 2015	1. marts 2015	1. april 2015
<b>Projektafslutning</b>	31. marts 2018	31. august 2017	30. juni 2017	30. november 2017
<b>Ændringer</b>	–	–	Projektet blev forlænget til den 28. februar 2018	–

**Kilde:** Projektbeskrivelserne for de fire projekter.

Tabel 2 viser de forventede, overordnede mål og målgrupper i de fire projekter.

**TABEL 2** Forventede overordnede mål og målgrupper, jf. projektbeskrivelserne

	Svendborg	Roskilde	Egedal/Allerød	København
<b>Overordnede mål</b>	Fremme sundhedstilstanden hos borgere med fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, sindslidelser eller erhvervede hjerneskader.	Opspore og forebygge sundhedsproblemer blandt udviklingshæmmede gennem en helhedsorienteret sundhedsindsats, hvilket omfatter en sundhedsfaglig kompetenceudvikling af borgernes hjemmevejledere kombineret med systematiske sundhedstjek af borgerne hos praktiserende læge.	Opspore sygdomme hos marginaliserede borgere, styrke sundhedskompetencerne blandt udsatte borgere og forbedre behandlingsmulighederne for borgere, der er sårbare i forhold til deres kontakt med sundhedsvæsenet.	Fremme ligheden i sundhed ved at tilbyde målgruppen et årligt, systematisk sundhedstjek hos praktiserende læge. Derudover at ikke-sundhedsfagligt personale er opmærksomme på sundhedsfaglige problemstillinger og proaktivt handler derefter.
<b>Målgruppe(r)</b>	Borgere i kommunens tilbud (Center for Handicap/ Socialpsykiatri), jf. §§ 107 og 108.	Borgere med udviklingshæmning, som er over 30 år og modtager hjemmevejledning efter servicelovens § 85. Hjemmevejledere Praktiserende læger	Borgere, der er omfattet af en social-kommunal indsats/tilbud, og som ikke selv opsøger eksisterende, lokale sundhedstilbud. Borgere i alderen 30-60 år, som er bosiddende på et kommunalt botilbud efter servicelovens § 107/108, eller som modtager bostøtte i eget hjem efter servicelovens § 85.	Borgere med betydeligt nedsatte kognitive og psykiske funktionsevner på botilbud og i bofællesskaber. Medarbejdere og læger på 28 botilbud.
<b>Måltal</b>	I alt 243 borgere	127 borgere, som er 30 år eller derover 21 hjemmevejledere 20-30 praktiserende læger	80 borgere (50/30-fordeling af mænd og kvinder).	Bruttogruppe 600 borgere, heraf vil 300 modtage sundhedstjek.

**Kilde:** Projektbeskrivelserne for de fire projekter.





## 4 RESULTATER

I dette kapitel præsenteres resultaterne for de fire tidlige opsporingsprojekter, herunder rekruttering af frontpersonale, praktiserende læger og borgere, aktiviteter, forbrug af sundhedsydelse, en vurdering af projekterne og opmærksomhedspunkter i en fremtidig indsats.

### 4.1 REKRUTTERING

I det følgende vil resultaterne for projekternes rekruttering af henholdsvis frontpersonale, praktiserende læger og borgere blive fremlagt.

#### 4.1.1 REKRUTTERING AF FRONTPERSONALE

##### REKRUTTERING AF FRONTPERSONALE

Det tyder på, at ledelsesopbakning til projekterne, organisationsændringer og andre projekter i kommunerne har afgørende betydning for rekruttering af frontpersonale i kommunerne. Alle fire projekter har været påvirket af et eller flere af disse forhold.

Projektet i **Svendborg** Kommune havde i hele projektperioden god ledelsesmæssig opbakning, hvilket har haft en positiv effekt på de involverede medarbejderes engagement, bl.a. har ledere bidraget til organisering af projektet og planlægning af møder mm. I løbet af projektperioden er ledelsesopbakningen vokset i **Egedal/Allerød** Kommune, og man har oplevet, at projektet er blevet godt integreret ude på bostederne. I **Roskilde** Kommune har projektet været påvirket af organisatoriske ændringer, bl.a. blev hjemmevejlederne i kommunen flyttet til et andet center, og det har betydet, at der har været mindre kontakt mellem projektet og frontpersonalet.

I **Københavns** Kommune har man også gennemført organisatoriske ændringer og omorganisering af centre, som i en periode har påvirket fremdriften af projektet. Ligeledes har implementeringen af FMK (Fælles Medicinkort) i Københavns Kommune haft betydning for succes med at rekruttere frontpersonale, idet implementeringen af FMK har lagt beslag på personalet på bekostning af projektet.

Generelt har rekrutteringen af frontpersonale og personale på bosteder eller i udekørende funktion for alle projekterne fungeret relativt godt. Personalet har i størstedelen af kommunerne ikke set det som en ekstra opgave at indgå i projektet. I alle kommuner synes personalet, at det giver god mening med et sundhedstjek for borgerne, hvilket også er årsagen til, at det er lykkedes at rekruttere borgere, selvom det for personalet i Roskilde Kommune var vanskeligt at finde den nødvendige tid til at indgå i projektet. Alle projekterne har fået uddannet det fornødne personale i løbet af projektperioden.

#### 4.1.2 REKRUTTERING AF PRAKTISERENDE LÆGER

##### REKRUTTERING AF PRAKTISERENDE LÆGER

Generelt tyder det på, at en af de største udfordringer for projekterne har været at indgå aftaler med de praktiserende læger om gennemførelse af et sundhedstjek. En af de primære årsager hertil er, at lægernes takst for konsultation er højere end tidligere, hvilket har haft betydning for projekternes budget. Derudover har projekterne skullet finde en løsning på blodprøvemålinger, herunder taksering mellem kommunen og regionen.



Tabel 3 viser det forventede antal praktiserende læger og det faktiske antal rekrutterede læger.

**TABEL 3** Oversigt over rekrutterede praktiserende læger

	Svendborg	Roskilde	Egedal/Allerød	København
Forventet antal praktiserende læger*	26 læger	30 læger	41 læger	160 læger
Antal praktiserende læger	26 læger	30 læger	23 læger	91 læger

Note: \* Jf. projektbeskrivelsen.

#### BARRIERE FOR REKRUTTERING AF PRAKTISERENDE LÆGER

Tabel 3 viser, at der har været forskel på deltagelsen af praktiserende læger på tværs af projekterne. I Svendborg og Roskilde kommuner deltog alle læger i projektet, mens cirka halvdelen i Egedal/Allerød og Københavns kommuner deltog. Forskellen på andelen af rekrutterede læger skyldes bl.a. forskellige rekrutteringsstrategier.

I Svendborg og Roskilde har man haft succes med rekruttering af praktiserende læger, da der blev indgået en regional aftale med Praktiserende Lægers Organisation (PLO). Lægerne fik således ikke en invitation om at deltage, men blev informeret om, at de var en del af projektet som følge af den regionale aftale med PLO. Evalueringen viser, at denne strategi har haft en god effekt på deltagelsen af de praktiserende læger, og at projektet har fået en stor opbakning i disse kommuner.

Kommunerne fortæller, at etablering af kontakt til de praktiserende læger er svær, da man ikke kan finde deres oplysninger nogen steder. Man har brugt forskellige strategier til etablering af kontakt, herunder personligt fremmøde, brug af regionalorganisationer (PLO og Kommunale Lægefaglige Udvalg (KLU)) og lægesekretærer.

En anden udfordring, som kommunerne mødte, var, at lægerne ikke afsatte den fornødne tid til konsultationen. Kommunerne vurderede, at sundhedstjekket ville tage op imod 50 minutter. Nogle steder oplevede man dog, at lægerne ikke havde afsat mere end 10 minutter til borgeren (dette belyses yderligere i afsnit 4.2.2).

#### 4.1.3 REKRUTTERING AF BORGERE

##### REKRUTTERING AF BORGERE

Målgruppen for projekterne har ændret sig undervejs, og projekterne har udvidet deres målgruppe for at få flere borgere til et sundhedstjek. Flere af kommunerne har oplevet, at det kan være svært at rekruttere denne målgruppe af borgere til et sundhedstjek, selvom kommunerne vurderer, at målgruppen kunne have gavn af det. Tabel 4 nedenfor giver en oversigt over inkluderede borgere ud fra den ydelse, de modtager, jf. serviceloven. De væsentligste forskelle er, at nogle projekter har inkluderet borgere fra bosteder, andre fra eget hjem.

**TABEL 4** Inkluderede borgere, jf. serviceloven i projektet

##### BORGERE I PROJEKTET, JF. SERVICELOVEN<sup>8</sup>

- › **§ 85:** Kommunalbestyrelsen skal tilbyde **hjælp, omsorg eller støtte samt optræning og hjælp til udvikling af færdigheder** til personer, der har behov herfor på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer.
- › **§ 99:** Kommunen sørger for tilbud om en **støtte- og kontaktperson** til personer med sindslidelser, til personer med et stof- eller alkoholmisbrug og til personer med særlige sociale problemer, som ikke har eller ikke kan opholde sig i egen bolig.
- › **§ 107:** Kommunalbestyrelsen kan tilbyde **midlertidigt ophold i boformer** til personer, som på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer har behov for det.
- › **§ 108:** Kommunalbestyrelsen skal tilbyde **ophold i boformer**, der er egnet til længerevarende ophold, til personer, som på grund af betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne har behov for omfattende hjælp til almindelige, daglige funktioner eller pleje, omsorg eller behandling, og som ikke kan få dækket disse behov på anden vis.

Kilde: Serviceloven.

<sup>8</sup> LBK nr. 1114 af 30/08/2018 Gældende (Serviceloven).

## TYPEN AF REKRUTTEREDE BORGERE

**TABEL 5** Oversigt over rekrutterede borgere

	Svendborg	Roskilde	Egedal/Allerød	København
<b>Forventede antal rekrutterede*</b>	243 borgere	127 borgere	80 borgere	300 borgere
<b>Antal rekrutterede borgere</b>	167 borgere	96 borgere	89 borgere	138 borgere (1. runde) 181 borgere (2. runde)

**Note:** \* Jf. projektbeskrivelsen.

I **Svendborg** Kommune inkluderede man ved projektstart kun borgere på bosteder (§§ 107-108). I løbet af projektperioden udvidede man målgruppen til også at inkludere borgere, der bor i eget hjem, som har behov for hjælp, omsorg eller støtte (§ 85). Man oplevede, at dem, som takkede ja til tilbuddet, ikke nødvendigvis var de borgere, som havde det største behov, men dette forhold kan være svært at håndtere. I alt har Svendborg Kommune rekrutteret 167 borgere til sundhedstjek, hvor af 78 % af borgerne (svarende til 130 borgere) er registreret under §§ 107-108 og 21 % (35 borgere) under § 85. To borgere er registreret under alle tre paragraffer (svarende til 1 %).

I **Roskilde** Kommune inkluderede man ved projektstart kun borgere over 30 år, der modtager hjælp, omsorg eller støtte (§ 85). I anden runde tilbød kommunen sundhedstjekket til § 85-borgere i aldersgruppen 18-30 år. I alt er der rekrutteret 96 borgere.

I **Egedal/Allerød** Kommune er alle borgere, som modtager en socialkommunal indsats/tilbud, inkluderet i projektet. Eksklusionskriteriet går på § 85-borgere, der modtager hjælp, omsorg eller støtte. Man har i projektperioden udvidet målgruppen til også at omfatte borgere med støttekontaktperson og aldersgruppen fra de oprindelige 30-60 år til nu +18 år (§ 99). I alt er 89 borgere rekrutteret til sundhedstjek, hvoraf 67 % (60 borgere) får ydelser efter § 85, 24 % (21 borgere) får ydelser efter § 108, og 9 % (8 borgere) får ydelser efter § 107.

I **Københavns** Kommune inkluderes borgere på bosteder, dvs. efter §§ 107-108. Ved første sundhedstjek blev der i Københavns Kommune registreret 138 borgere i alt, hvoraf 80 % (111 borgere) falder under § 108, og 18 % (25 borgere) falder under § 107. Ved andet sundhedstjek blev der registreret i alt 181 borgere, hvoraf 93 % (169 borgere) er under § 108 og 7 % (12 borgere) er under § 107.<sup>9</sup> I Københavns Kommune har bostederne været gode til at rekruttere de 'svære' borgere fra bostederne. Dette er bl.a. lykkedes, fordi man har etableret 'lægepraksis' på et bosted, så beboerne kunne få et sundhedstjek på stedet.

Evalueringen viser, at flere borgere takker nej til budet om et sundhedstjek, da de er utrygge ved sundhedsvæsenet og/eller den praktiserende læge. Utrygheden bunder bl.a. i, at borgerne forbinder besøg hos lægen med ubehag, smerter eller frustration i forhold til at blive forstået. Derudover er flere af borgerne mere trygge ved og har brug for faste rammer, hvilket kontakt med sundhedsvæsenet kan udfordre. Denne utryghed til systemet opleves af projektlederne i alle fire projekter som en stor udfordring. Ligeledes oplevede man i Københavns Kommune, at borgere i fleksjob nærmest gav kollektivt afslag på at deltage. I Egedal/Allerød Kommune fremhævede man ligeledes, at man kender til en stor gruppe borgere, som ville have haft gavn af tilbuddet, men som ikke vil benytte sig af det, da de ikke vil ind i sundhedssystemet. Gruppen gav udtryk for, at de ikke kunne se nogen mening med et sundhedstjek.

<sup>9</sup> Der er desuden registreret én borger, hvor ydelsesparagraffen ikke er anført.



## 4.2 AKTIVITETER I FORBINDELSE MED TIDLIG OPSPORING

På baggrund af tidligere erfaringer skulle projekterne igangsætte følgende aktiviteter i forbindelse med tidlig opsporing. 1) uddannelse af frontpersonale for at sikre motivation og øge personalets sundhedsfaglige kompetencer 2) gennemførelse af sundhedstjek og 3) iværksættelse af sundhedsfremmende aktiviteter.

### 4.2.1 UDDANNELSE AF FRONTPERSONALE

Formålet med at uddanne relevant frontpersonale er at klæde medarbejderne på til at kunne medvirke til at opspore, understøtte og vejlede om sundhedsfremmende adfærd hos borgere med betydelige psykiske og kognitive funktionsnedsættelser.

Evalueringen viser, at alle fire projekter har uddannet relevant personale inden for projektperioden. Erfaringen på tværs af alle fire projekter er, at uddannelsen er tilpasset medarbejdernes faglige baggrund. Det bliver bl.a. fremhævet, at man ikke må negligere den viden, som personalet på bostederne i forvejen har, ligesom at hjemmevejlederne i forvejen ved meget om sundhed. Det er således vigtigt at have et kendskab til personalets eksisterende viden på området og bygge oven på den.

#### ERFARINGER I FORBINDELSE MED UDDANNELSE AF FRONTPERSONALE

I **Svendborg** Kommune mente bostederne ikke, at de behøvede uddannelse for at kunne gennemføre projektet, da de i forvejen havde de fornødne kompetencer.

I **Roskilde** Kommune var medarbejderne især begejstret for undervisningen i den "motiverende samtale". De erfarede, at værktøjet var meget brugbart i deres arbejde.

I **Egedal/Allerød** Kommune vil man efter endt uddannelse afholde en workshop for de involverede parter med henblik på vidensdeling. I Københavns Kommune har man også holdt et opsamlingsmøde, hvor man har orienteret relevante parter, som f.eks. kommunale aktører på social- og sundhedsområdet, andre botilbud og praktiserende læger, om projektet.

### 4.2.2 SUNDHEDSTJEK

I dette afsnit præsenteres først antallet af sundhedstjek gennemført for alle fire kommuner, dernæst hvor meget tid de praktiserende læger har brugt på sundhedstjekket. Efterfølgende belyses, hvilke problemstillinger den praktiserende læge identificerer i forbindelse med sundhedstjekket. Dette gøres ud fra den praktiserende læges oplevelse af borgerens

generelle fremtoning, et forberedelsesskema udfyldt af borgeren, en gennemgang af borgerens medicinliste og sluttelig resultater af blodprøver taget ved sundhedstjekket.

I **København** og **Svendborg** kommuner har man for nogle borgere gennemført det opfølgende sundhedstjek under projektperioden. Københavns Kommune har registreret i alt 320 sundhedstjek for hhv. første og andet sundhedstjek, heraf var 104 borgere til begge sundhedstjek, mens 112 borgere kun var til et sundhedstjek. For Svendborg Kommune er der i alt registreret 165 sundhedstjek, heraf deltog 53 borgere i andet sundhedstjek, mens 59 borgere er registreret for første sundhedstjek.

Oprindeligt skulle projekterne gennemføre to sundhedstjek pr. borger. I **Roskilde** og **Egedal/Allerød** kommuner har man sløjet det andet sundhedstjek. Det har betydet, at man har haft mulighed for at rekruttere flere borgere til et sundhedstjek. Argumentet for at sløjfe det andet sundhedstjek var bl.a., at man erfarede, at der ved sundhedstjekket blev fundet forhold, som skulle forbedres hos den enkelte borger, og at kommunerne derfor gerne vil rekruttere endnu flere til første sundhedstjek. Derudover har rekrutteringen også været vanskeligere end først forudsat, og kommunerne har i stedet fokuseret på at få fat i så mange borgere som muligt ved at udvide målgruppen. I Roskilde Kommune har 96 borgere gennemført et sundhedstjek. I Egedal/Allerød Kommune har 88 borgere gennemført et sundhedstjek.

I Egedal/Allerød kommune har nogle borgere fået sundhedstjekket hos en praktiserende læge, der ikke var deres faste læge. Dette har skabt forvirring blandt lægerne over, hvem der skal tage sig af opfølgningen. Dette er ikke blevet formaliseret.

#### FORBEREDELSESSKEMAET

##### FORBEREDELSESSKEMA – EN FORUDSÆTNING FOR GENNEMFØRELSE AF SUNDHEDSTJEK

Det er en forudsætning forud for sundhedstjekket, at borgerne, evt. i samråd med støttekontaktperson, har forberedt sig ved at udfylde et skema. Evalueringen viser, at borgeren så vidt muligt opfylder dette krav, dog hører kommunerne, at det kan være tidskrævende at få udfyldt skemaet i samarbejde med borgeren. Det kan tage pusten fra både personalet og borgeren.

På baggrund af det udfyldte skema kan det sundhedsfaglige personale eller den praktiserende læge vurdere, hvorvidt borgerens svar giver anledning til yderligere undersøgelser. Hver anden praktiserende læge angiver i gennemsnit, at alene borgerens svar i forberedelsesskemaet i første runde giver anledning til yderligere undersøgelse (Tabel 6).

**TABEL 6** Vurdering af forberedelsesskema

	Giver anledning til yderligere undersøgelse	Giver ikke anledning til yderligere undersøgelse
Svendborg, første sundhedstjek	41 %	57 %
Svendborg, andet sundhedstjek	38 %	59 %
Roskilde	48 %	48 %
Egedal/Allerød	44 %	48 %
København, første sundhedstjek	49 %	48 %
København, andet sundhedstjek	29 %	70 %
Gennemsnit	45 %	50 %
Gennemsnit, andet sundhedstjek	33 %	64 %

**Note:** n=407 ved første sundhedstjek. n=240 ved andet sundhedstjek.

I **Svendborg** og **Københavns** kommuner vurderer færre dog ved andet sundhedstjek, at forberedelsesskemaet giver anledning til yderligere undersøgelser. Dette kan betyde, at nogle borgerne har færre udfordringer eller komplikationer end ved første sundhedstjek.

Ved andet sundhedstjek vurderer de professionelle altså primært, om borgerens fremtoning giver anledning til yderligere undersøgelser.

#### TIDSFORBRUG FOR SUNDHEDSTJEKKET

Det forventes, at den praktiserende læge bruger ca. 50 minutter på et sundhedstjek. En opgørelse viser, at de fleste læger (37 %) bruger 45-50 minutter på et sundhedstjek (Tabel 7). Mindre end 10 % bruger 20 minutter eller mindre på et sundhedstjek.

**TABEL 7** Tid brugt på sundhedstjek

Hvor lang tid tog sundhedstjekket i minutter?	≤20 min.	25-30 min.	35-40 min.	45-50 min.	≥60 min.
Samlet antal besvarelser	44 (9 %)	146 (29 %)	44 (9 %)	185 (37 %)	74 (15 %)

**Note:** n=475. Ikke alle praktiserende læger eller andre sundhedsprofessionelle har registreret den samlede mængde tid brugt pr. borgers sundhedstjek.

Kommunerne oplever, at den praktiserende læge i nogle tilfælde ikke har den fornødne tid til at sætte sig ind i borgerens situation og udføre et tilfredsstillende sundhedstjek. Til trods for dette oplever kommunerne, at de praktiserende læger er gode til at møde borgeren, hvor han/hun er, og at de oftest kommer omkring borgers problematikker.



## GENEREL FREMTONING

Forud for sundhedstjekket har personalet på bostedet eller praktiserende læge vurderet, hvorvidt borgerens generelle fremtoning viser tegn på påvirket helbredstilstand, dvs. om borgeren har en bekymrende adfærd, har skavanker, dårligt helbred eller lignende. I 32 %<sup>10</sup> af tilfældene vurderes det, at borgerne viser tegn på påvirket helbredstilstand (Tabel 8). Det vil sige, at cirka en tredjedel af dem, som kommer til første sundhedstjek, viser tegn på påvirket helbredstilstand. Tabel 8 viser kommunernes vurdering af borgernes helbredstilstand.

**TABEL 8** Borgerens generelle fremtoning

	Tegn på påvirket helbredstilstand	Ingen tegn på påvirket helbredstilstand
Svendborg, første sundhedstjek	21 %	79 %
Svendborg, andet sundhedstjek	39 %	61 %
Roskilde	20 %	77 %
Egedal/Allerød	36 %	58 %
København, første sundhedstjek	49 %	49 %
København, andet sundhedstjek	56 %	42 %
Gennemsnit	32 %	66 %
Gennemsnit, andet sundhedstjek	43 %	55 %

**Note:** n=653 ved første sundhedstjek. n=240 ved andet sundhedstjek.

I **Svendborg** og **Københavns** kommuner, hvor man også har gennemført et andet sundhedstjek, ses en stigning i antallet af borgere, der viser tegn på påvirket helbredstilstand (Tabel 8).

Sammenlignes resultaterne fra første sundhedstjek med andet sundhedstjek, viser flere borgere tegn på påvirket helbred ved andet sundhedstjek end ved første sundhedstjek, hvor gennemsnittet for 'tegn på påvirket helbredstilstand' er steget fra 32 % til 43 %. Det kan bl.a. skyldes, at den praktiserende læge i højere grad er blevet bekendt med borgerens symptomer og tilstand end ved første sundhedstjek.

## MEDICINGENNEMGANG

Hvad angår øvrige identificerede problemstillinger i forbindelse med sundhedstjekket, kan også nævnes resultaterne fra gennemgang af borgernes medicinlister. Her viser gennemsnitligt hver femte registrering, at borgernes medicinliste giver anledning til justeringer eller opfølgende spørgsmål (Tabel 9).

<sup>10</sup> Gennemsnit på tværs af de fire kommunale registreringer.

**TABEL 9** Medicingennemgang

	Medicingennemgang giver anledning til justering eller opfølgning	Medicingennemgang giver ikke anledning til justering eller opfølgning
Svendborg, første sundhedstjek	21 %	78 %
Svendborg, andet sundhedstjek	11 %	89 %
Roskilde	10 %	86 %
Egedal/Allerød	23 %	75 %
København, første sundhedstjek	28 %	68 %
København, andet sundhedstjek	21 %	78 %
Gennemsnit	20 %	77 %
Gennemsnit, andet sundhedstjek	16 %	83 %

**Note:** n=444 ved 1. sundhedstjek. n=242 ved 2. sundhedstjek.

I **Svendborg** og **København** giver andet sundhedstjek anledning til lidt færre justeringer i medicinen.

#### BLODPRØVE

I gennemsnit får næsten to af fem borgere (38 %) ved første sundhedstjek taget en blodprøve, der giver anledning til yderligere undersøgelser (Tabel 10). I **Svendborg** Kommune giver næsten hver anden borgers blodprøve anledning til yderligere undersøgelser.

**TABEL 10** Blodprøvetagning

	Blodprøve, der giver anledning til yderligere undersøgelse	Blodprøve, der ikke giver anledning til yderligere undersøgelse
Svendborg, første sundhedstjek	47 %	50 %
Svendborg, andet sundhedstjek	16 %	79 %
Roskilde	41 %	53 %
Egedal/Allerød	33 %	64 %
København, første sundhedstjek	30 %	52 %
København, andet sundhedstjek	29 %	62 %
Gennemsnit	38 %	55 %
Gennemsnit, andet sundhedstjek	22 %	70 %

**Note:** n=386 ved første sundhedstjek. n=223 ved andet sundhedstjek.

Ved andet sundhedstjek giver færre blodprøver anledning til yderligere undersøgelser. Det betydelige fald skyldes bl.a., at langt færre blodprøver i Svendborg ved andet sundhedstjek giver anledning til yderligere undersøgelser, men det kan også indikere, at borgernes helbred ved andet sundhedstjek er kommet mere under kontrol.

#### 4.2.3 SUNDHEDSFREMMENDE AKTIVITETER

Evalueringen viser, at kommunerne generelt har fokus på sundhedsfremmende tiltag. I forhold til projektet tyder det på, at de sundhedsfremmende tiltag dog ikke går hånd i hånd med sundhedstjekket i alle kommunerne, og at ikke alle bruger sundhedstjekket som brobygning til at få borgerne til at deltage i eksisterende, sundhedsfremmende aktiviteter i kommunen.

I **Svendborg** Kommune har man et eksisterende projekt i kommunen, 'Sundhed for alle', som udbyder forskellige sundhedsfremmende dagtilbud. Tilbuddene er ikke iværksat som led i projektet, men er blevet tænkt ind i projektet, idet kommunen tilbyder borgere, som får et sundhedstjek at deltage i disse tilbud. I Svendborg har man således ikke igangsat andre sundhedsfremmende aktiviteter som led i projektet.

I **Allerød** Kommune har man igangsat forskellige sundhedsfremmende indsats på bostederne som led i projektet, men man har ikke igangsat fælles og tværkommunale tilbud (med Egedal Kommune).

I **Roskilde** Kommune informerer man borgerne om de tilbud, der allerede tilbydes i kommunens sundhedscenter. Aktiviteterne er ikke igangsat som led i projektet. Man er opmærksom på, hvilke faktorer der er den største udfordring for denne type af borgere. Kommunen oplever, at selvom man har sundhed på dagsordenen, og medarbejderne arbejder for at fremme sundhedsfremmende tiltag, mangler man tid til at sikre, at borgerne deltager i de anbefalede aktiviteter.

I **Københavns** Kommune er iværksættelse af sundhedsfremmende indsats ikke en del af projektet. De sundhedsfremmende aktiviteter bliver tilbudt på kommunens sundhedscentre. Bostederne iværksætter selv sundhedsfremmende aktiviteter og støtter bl.a. op om, at borgeren kommer på sundhedscentrene. I kommunen forsøger man at bruge sundhedstjekket til at sikre en bedre overgang for borgerne mellem bostederne og de aktiviteter, der bliver tilbudt i sundhedscenteret. Man er bevidst om, at man ved at forebygge sygdom for denne skrøbelige gruppe af borgere kan spare ressourcer fremadrettet.

På tværs af de fire kommuner bliver det fremhævet, at man ved at forebygge sygdom for denne gruppe af borgere på længere sigt kan reducere sundhedsudgifterne, da det er erfaringen, at gruppen af borgere kan være en stor omkostning for kommunen, hvis ikke de bliver udredt, og der bliver igangsat evt. behandling.

#### 4.3 ORGANISERING AF PROJEKTET OG SAMARBEJDER

På tværs af de fire kommuner var der generelt stor opbakning til projekterne, når projekterne havde fået aktiveret både de praktiserende læger, ledelse og medarbejdere på bostederne og projektets styregrupper. Dog viser den tværgående evaluering, at projekterne har organiseret sig på forskellig vis, og at ansvaret for projektet har været pålagt forskellige aktører internt i kommunen eller eksternt. Disse forskelligheder har medført forskellige muligheder og udfordringer for projekterne.

I **Roskilde** Kommune har der været en projektlæge, som meldte ud til kommunens praktiserende læger, at sundhedstjekket var en opgave, som skulle varetages. Projektlægen bidrog til, at projektet kom godt fra start, og at de praktiserende læger påtog sig opgaven.

**Allerød** Kommune havde et etableret samarbejde med **Egedal** Kommune i hele projektperioden. I **Egedal/Allerød** var styregruppen meget engageret og bidrog til at motivere medarbejderne. Dog havde man svært ved at indgå aftaler med de praktiserende læger, og kommunen fremhæver, at Roskilde Kommunes indsættelse af en projektlæge kunne have hjulpet dem på vej.

I **Københavns** Kommune har man haft en koordinator (sundhedsfaglig konsulent), tovholder (leder) og ambassadører (medarbejdere) for hvert sundhedscenter. Dette har gjort, at projektet har kørt i alle tre år.

I **Svendborg** Kommune har samarbejdet med bostederne ikke fungeret helt optimalt. På to af bostederne har opbakningen været god, mens opbakningen ikke har været til stede på de to andre bosteder.

#### 4.4 FORBRUGET AF SUNDHEDSYDELSER FØR OG EFTER ET SUNDHEDSTJEK

For at få en vurdering af hvorvidt borgerne som følge af sundhedstjekket forbruger flere eller færre sundhedsydelse i henholdsvis praksissektoren og sygehushæsenet, er der foretaget en før- og efteranalyse.



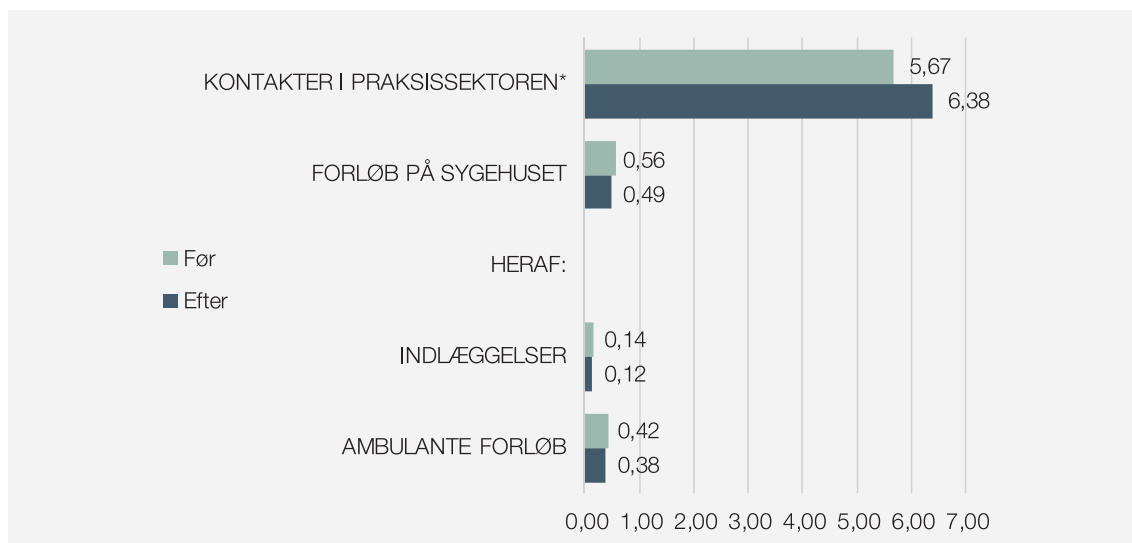
Analysen sammenligner forbruget af sundhedsydelse i en periode på 90 dage efter den enkelte persons sundhedstjek med forbruget af sundhedsydelse i den samme periode et år tidligere. Dermed undgås, at sæsonvariation i forbruget af sundhedsydelse påvirker resultaterne. I det omfang der er foretaget flere sundhedstjek af den enkelte, er det alene tidspunktet for det første sundhedstjek, der indgår i analysen.

Antallet af kontakter i praksissektoren er opgjort på grundlag af Sygesikringsregisteret.<sup>11</sup> Antallet af forløb i sygehussektoren er opgjort på grundlag af data i Landspatientregisteret.

#### GENNEMSNITLIGE KONTAKTER I PRAKSISSEKTOR OG SYGEHUSSEKTOR

Resultaterne er vist i Figur 2. Som det ses, var antallet af besøg i praksissektoren højere de 90 dage efter sundhedstjekket end i den tilsvarende periode et år tidligere. Før sundhedstjekket havde borgerne i analysen i gennemsnit 5,67 kontakter til praksissektoren. Efter sundhedstjekket steg antallet af kontakter til 6,38. Forskellen er signifikant, hvilket vil sige, at den med stor sandsynlighed ikke skyldes statistiske tilfældigheder.

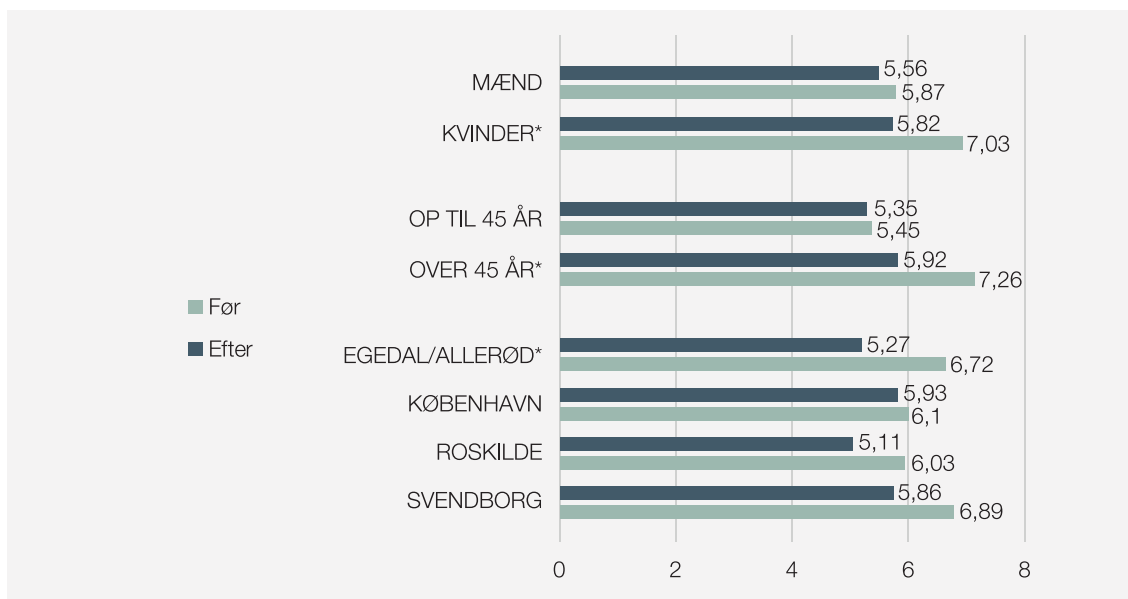
Denne tendens til et stigende forbrug af sundhedsydelse genfindes ikke i sygehussektoren. Her var antallet af forløb tværtimod en anelse mindre efter sundhedstjekket end før. Der er ikke signifikant forskel på antallet af forløb i sygehussektoren før og efter sundhedstjekket.



**FIGUR 2** Det gennemsnitlige antal kontakter i praksissektoren og det gennemsnitlige antal forløb i sygehussektoren før og efter det første sundhedstjek.

**Note:** (\*) betyder, at forskellen på de to søjler er signifikant.

<sup>11</sup> Det er kun visse af sygesikringens ydelser, der indebærer en direkte kontakt mellem den sikrede og yderen (lægen mv.). I registeret opgøres kontakter som konsultationer, undersøgelser og lignende. Dette inkluderer både konsultationer i praksis, telefon- og e-mailkonsultationer og besøg i hjemmet. Ved et lægebesøg vil der derfor sommetider ikke være tale om én kontakt, men måske et større antal enkelt-ydelser. Specielt for tandlæge-ydelserne skal det bemærkes, at antallet af kontakter er opgjort som antallet af indledende undersøgelser. Den enkelte undersøgelse kan så blive fulgt af et antal besøg hos tandlægen, der dog ikke kan opgøres. For fodterapeuter giver inddelingen i ydelser desværre ikke mulighed for at beregne antallet af kontakter. Omkring fysioterapien bemærkes, at der ofte foregår træning på hold, så den enkelte fysioterapeut kan træne flere på én gang.



**FIGUR 3** De gennemsnitlige antal kontakter i praksissektoren opdelt efter køn, alder og kommune.  
**Note:** (\*) betyder, at forskellen på de to søjler er signifikant.

I det omfang flere kontakter i praksissektoren forebygger potentielle forløb i sygehussektoren, kan de signifikant flere kontakter i praksissektoren efter sundhedstjekket betyde, at man kan undgå nogle kontaktføreløb i sygehussektoren. Dette er i tråd med hypotesen om, at mere kontakt til primærsektoren kan forebygge akutindlæggelser i sygehussektoren.

#### GENNEMSNITLIGE KONTAKTER I PRAKSISSEKTOR FORDELT PÅ KØN

Det var først og fremmest kvinderne og de ældre borgere over 45 år, der havde flere kontakter i praksissektoren efter sundhedstjekket end før. Det ses af Figur 3, der viser det gennemsnitlige antal kontakter i praksissektoren før og efter sundhedstjekket opdelt efter patienternes køn, alder og kommunen, hvor projektet blev gennemført.

Efter sundhedstjekket havde kvinderne således i gennemsnit 7,03 kontakter til praksissektoren i de efterfølgende 90 dage. Et år tidligere var gennemsnittet 5,82 kontakter. På samme måde steg antallet af kontakter fra før til efter sundhedstjekket for patienter over 45 år. Begge disse forskelle er signifikante.

Samtidig var der i alle kommunerne, der deltog i projektet, en stigning i antallet af kontakter til praksissektoren efter sundhedstjekket. På grund af relativt få patienter i de enkelte kommuner var forskellen dog alene signifikant for Egedal/Allerød kommuner.

Der er derimod ikke fundet forskelle i antallet af kontaktføreløb i sygehussektoren før og efter sundhedstjekket for de to køn blandt yngre patienter (op til 45 år) eller blandt ældre patienter (over 45 år) eller inden for nogle af kommunerne i projektet.

At kvinderne efter sundhedstjekket har flere kontakter til praksissektoren end mændene svarer til erfaringerne på landsplan. I 2017 havde kvinder i gennemsnit 8,4 kontakter til almen praksis, mens mænd i gennemsnit havde 5,6 kontakter.<sup>12</sup> Resultaterne af de præsenterede analyser indikerer således, at kvinderne i de fire projektkommuner specielt før sundhedstjekket har haft færre henvendelser end landsgennemsnittet, mens mændene har haft næsten det samme som landsgennemsnittet.

#### 4.5 VURDERING AF PROJEKTERNE OG DEN FREMADRETTEDE LÆRING FRA PROJEKTERNE

I det følgende vurderes de fire projekter, herunder fremadrettede læring fra projekterne og den videre forankring af projekterne.

<sup>12</sup> Lægebesøg mv. 2017. Danmarks Statistik: <https://www.dst.dk/Site/Dst/Udgivelser/nyt/GetPdf.aspx?cid=27034>.

#### 4.5.1 VURDERING AF PROJEKTERNE TIDLIG OPSPORING

I **Egedal/Allerød** og **Københavns** kommuner har de største barrierer i projektet været den manglende deltagelse af de praktiserende læger. Dette har ikke været et problem i **Svendborg** og **Roskilde** kommuner. Ligeledes har en langstrakt projektstart været en udfordring for Egedal/Allerød.

Ud over den manglende deltagelse fra praktiserende læger i **Københavns** Kommune har omorganisering og implementering af det Fælles Medicinkort (FMK) givet udfordringer for projektet, da det har domineret dagsordenen i kommunen.

I **Svendborg** Kommune bliver det fremhævet, at den somatiske sundhed er kommet mere på dagsorden på bostederne. Personalet på bostederne er blevet mere opmærksomme på borgernes sundhed, og de benytter i højere grad pædagogiske tilgange i deres arbejde. Fremadrettet kan en udfordring være at bevare motivationen hos personalet i forhold til at sikre, at borgerne får gennemført systematisk sundhedstjek. I Svendborg Kommune oplever man, at sundhedstjekket har haft en effekt på borgernes livskvalitet, og at det har haft stor lokal betydning. Dog blev det fremhævet, at hvis man ikke fandt nogle bemærkelsesværdige forhold ved andet sundhedstjek, kunne det være svært at motivere borgerne til at deltage i sundhedsfremmende tiltag efterfølgende.

I **Roskilde** Kommune oplevede man særligt, at sundhedstjekket havde en stor effekt på de borgere, som boede alene. Tidligere har denne type borgere i højere grad kunnet skjule deres skavanker, og hjemmevejlederne har ikke været i stand til at opdage signalerne. Med projektet er dette blevet systematiseret, og med sundhedstjekket kan borgeren blive aktiveret til at deltage i kommunale sundhedstilbud, og den kommunale hjemmevejleder kan vejlede mere målrettet mod borgerens behov.

#### 4.5.2 FREMADRETTEDE OPMÆRKSOMHEDSPUNKTER

##### INDSATSEN VIRKER FOR MÅLGRUPPEN

Først og fremmest er det vigtigt at fremhæve, at tidlig opsporing hos projekternes målgruppe har virket. Resultaterne viser, at projekterne gennem sundhedstjek hos borgerne har opdaget sygdomme og eller medicinske forhold, som skulle varetages. Derudover viser registeranalyserne, at borgerne som følge af sundhedstjekket får hyppigere kontakter med praksissektoren.

##### BEDRE SAMARBEJDE

Fremadrettet kan samarbejdet med lægerne blive bedre. I de to kommuner, hvor man ikke inviterede lægerne til at være med, men i stedet pålagde dem at deltage, iht. en regional aftale med PLO, var effekten god, og samarbejdet var lettere at etablere.

Evalueringen viser, at samarbejdet med de praktiserende læger er altafgørende for gennemførelsen af sundhedstjekket. Det er derfor vigtigt, at dette fremadrettet bliver formaliseret, og at der er enighed om, hvordan lægerne skal gennemføre et sundhedstjek, og om, hvordan opfølgingsproceduren skal tilrettelægges.

##### FOKUS PÅ MÅLGRUPPE

Derudover skal man være mere opmærksom på, hvilke borgere der kan få størst gavn af et sundhedstjek. Tilbuddet om sundhedstjek viste sig især at have en god effekt for de borgere, som bor alene, da disse ofte går for længe med uopdagede sygdomme. Ligeledes oplevede kommunerne også, at nogle af de borgere, som deltog, ikke var de borgere i målgruppen, der havde det største behov, men derimod de borgere, som havde mest interesse i det. Man bør derfor fremadrettet fokusere endnu mere på at motivere borgere, som har ubehandlede sygdomme og en bekymrende sundhedsadfærd til at få et sundhedstjek.





#### BROBYGGER TIL KOMMUNALE AKTIVITETER OG KONTAKT

Sundhedstjekket kan i mange tilfælde fungere som brobygning hen imod at øge deltagelsen i de sundhedsfremmende aktiviteter i kommunen. Dette skal sundhedspersonale og medarbejdere på bostederne i høj grad have fokus på.

#### 4.5.3 VIDERE FORANKRING AF PROJEKTERNE

Alle fire kommuner synes at have fået et stort udbytte af projektet. Kommunerne fremhæver, at de gerne vil udbrede tilbuddet om sundhedstjek til flere relevante målgrupper, da de er blevet opmærksomme på, at mange borgerne kunne have et godt udbytte af sundhedstjekket.

Målet er at fortsætte det tværfaglige samarbejde i kommunerne på tværs af forvaltningerne og institutionerne samt samarbejdet med de praktiserende læger. Det er bl.a. vigtigt, at bostederne er bekendte med de sundhedsfremmende aktiviteter, som kommunerne tilbyder, ligesom at de praktiserende læger skal henvise til tilbuddene. Derudover viste det sig, at det kunne være en god idé at have en fast læge tilknyttet et bosted, da mødet med forskellige læger kunne afskrække nogle af beboerne fra at tage

imod et sundhedstjek. Tilstedeværelsen af de praktiserende læger på bostedet kan mindske borgernes utryghed over for læger/sundhedsvæsenet.

For at sikre rekrutteringen af borgere til denne type indsats er det vigtigt, at der er en høj deltagelsesprocent blandt de praktiserende læger. Dette kan sikres ved at indgå en aftale med PLO og inddrage de praktiserende læger i tilrettelæggelsen af sundhedstjekket.

Kommunerne kan se fordele ved at tilbyde sundhedstjek til personer med betydelige kognitive og psykiske funktionsevnenedsættelser samt at have fokus på at bruge de eksisterende sundhedsfremmende aktiviteter på bostederne. Dog fremhæves det, at sundhedstjekket er en stor omkostning for kommunerne, hvorfor det bliver svært for kommunerne opretholde tilbuddet fremadrettet. Dog kan opdateret viden om borgerens helbred og sundhedstilstand være brugbar viden for det personale, som dagligt arbejder med borgere med betydelige kognitive og psykiske funktionsevnenedsættelser.

I Egedal/Allerød Kommune er man i tvivl om, hvorvidt lægerne fremadrettet vil påtage sig ansvaret for sundhedstjekket. Til trods for dette oplever kommunen, at sundhedstjekket er meningsfuldt, fordi





helbreds­mæssige problemer kan opdages tidligere, ligesom at man ved sundhedstjekket kan blive opmærksom på andre sundheds­mæssige forhold, som kræver opmærksomhed.

I **Roskilde** Kommune har projektet haft en betydelig gennemslagskraft, og byrådet har med budgettet fra 2018 bevilliget 0,5 millioner kr. årligt til styrkelse af opsporende og forebyggende sundhedsindsatser for handicappede, da man vurderer, at det har haft en god effekt for borgerne. Der er derfor i dag kommet generelt større fokus på at integrere sundheden i kommunens forskellige tilbud til borgere med særlige behov. Kommunen har desuden med stor succes etableret en sundhedscafe for handicappede og psykisk syge borgere. Endvidere bliver der i 2019 gennemført et pilotprojekt på et bosted som optakt til implementeringen af en systematisk, årlig sundhedssamtale med alle borgere med særlige behov med inspiration fra projektets forberedelseskema.

I **Københavns** Kommune mener man, at projektets form og opbygning er god, og man vil gerne fortsætte med dette arbejde. Projektet har sat andre ting i gang inden for både psykiatri- og handicapområdet. Man vil ikke lave sundhedstjek årligt, men vil fremadrettet være opmærksom på sundheds­mæssige forhold hos borgerne på bostederne. Ligeledes påpeger man, at det kunne være hensigtsmæssigt, hvis bostederne kunne få tilknyttet en fast læge.

I **Svendborg** Kommune ser man særligt en mulighed for forankring af de små ting på bostederne, såsom at personalet bliver bedre til at tjekke beboernes hygiejne, f.eks. ørevoks og tand- og mundpleje. Disse simple foranstaltninger kan øge fokuset på beboernes generelle velbefindende og sundhed.

# BILAG A

## METODE OG DATA

Evalueringen er udarbejdet ud fra principperne i en procesevaluering, hvor der er fokus på implementering af projektaktiviteterne, og på, om målsætningerne for projekterne er opfyldt. Herunder om projekterne har fået rekrutteret frontpersonale, praktiserende læger og borgere til projektet, og hvordan de har uddannet frontpersonale, gennemført sundhedsfremmende aktiviteter og sundhedstjek.

Ud over en procesevaluering af projekterne er der også gennemført en registerbaseret resultatevaluering af forbrug af sundhedsydelser hos borgerne, før og efter de har fået et sundhedstjek.

### A.1 DATAINDSAMLING

Til evaluering af projekterne er der indsamlet data via følgende kilder, som de fire projektejerere i hhv. Svendborg, Roskilde, Egedal/Allerød og Københavns kommuner har leveret. Data er løbende indsamlet i perioden 2015 til 2018:

- › Kvalitative data: Årlige møder med projekterne, som har bidraget med kvalitative data fra projekternes erfaringer gennem fælles refleksion mellem de fire projektledere og interviews med projektlederne i de enkelte projekter.
- › Selvevaluering udfyldt af projektlederne inden årligt statusmøde.
- › Monitoreringsskema (inkl. borgerens CPR-nr.) om borgeren, der er udfyldt i forbindelse med sundhedstjek.

Datakilderne er analyseret, og der er udarbejdet deskriptiv statistik på de kvantitative data.

Det skal bemærkes, at projektejerne ikke har leveret ensartet datakvalitet data, og at detaljeringsgraden er forskellig.

### A.2 STATISTISKE ANALYSER

Data om forbrug af sundhedsydelser er indhentet via Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen. Tabellen nedenfor viser de registre og data, der er inkluderet i undersøgelsen:

Registeroplysninger
Køn og alder (CPR-registret)
Receptpligtigt lægemiddelforbrug, inkl. forbrug af psykofarmaka (Lægemiddeldatabasen)
Psykiatrisk og somatisk behandling ved sygehus (Landspatientregisteret)
Kontakt til egen læge, psykiater/psykolog/fysioterapi/ergoterapi mm. (Sygesikringsregisteret <sup>13</sup> )

Dataindsamlingen er foretaget ved, at projekterne har registreret deltagerens CPR-nr., som er blevet sendt til COWI via sikker mail ved projektets afslutning. Analyserne er gennemført over Danmarks Statistiks forskningsserver, hvor alle deltagerne optræder anonymt.

<sup>13</sup> Registret indeholder oplysninger om alle ydelser i praksissektoren, hvortil der ydes offentligt tilskud efter sygesikringsloven/sundhedslovens kapitel 15 (mens tilskud efter den sociale servicelov til f.eks. tandbehandling ikke indgår i registret).





---

ADRESSE COWI A/S  
Parallelvej 2  
DK-2800  
Kongens Lyngby  
Danmark  
TLF 56 40 00 00  
FAX 56 40 99 99  
E-MAIL [cowi@cowi.dk](mailto:cowi@cowi.dk)  
[www.cowi.dk](http://www.cowi.dk)