|  |
| --- |
| Dokument oprettet 04. november 2019Sag 30424 – Dok. 461984 tk |

# Tilbud om helbredsundersøgelse (sundhedstjek): tidlig opsporing blandt borgere med kognitive eller psykiske handicap

**Hovedbudskab**

*Der bør indføres et tilbud om en regelmæssig helbredsundersøgelse (sundhedstjek) til voksne borgere med betydelige kognitive eller psykiske funktionsnedsættelser. Både til dem på botilbud og dem der bor for sig selv. Årsag: Mange er ikke i stand til at tage hånd om egen sundhed, de går ikke selv til læge, overdødeligheden er stor, sygdom overses, nødvendig behandling gives ikke. Princippet om lige adgang til sundhed bør gælde alle, også mennesker med handicap.*

**Problem**

*Hvad er problemet?*

En sårbar gruppe af borgere med handicap går ikke til lægen af sig selv eller er opmærksom på symptomer. Mange lidelser – fra banale til alvorlige – opdages for sent eller slet ikke. Medicin justeres ikke, tandproblemer bliver ikke løst osv. Resultatet er overdødelighed, nedsat livskvalitet – og ulighed i sundhed.

*Hvem er det et problem for?*

Voksne borgere med betydelige kognitive og psykiske funktionsnedsættelser, der ikke kan drage omsorg for sig selv. Det kan være borgere med udviklingshæmning, angst, skizofreni, CP, epilepsi, autisme, ADHD, hjerneskade o.l.

*Hvor mange er det problem for?*

Socialpolitisk Redegørelse 2018 skønner, at ca. 70.000 voksne borgere med nedsat kognitiv eller psykisk funktionsevne modtager ydelser efter serviceloven.[[1]](#footnote-1) De vil være i målgruppen for et tilbud om sundhedstjek.

**Fakta (og kilder)**

Fakta om problemet:

* Udviklingshæmmede borgere dør i gennemsnit 14,5 år tidligere end gennemsnittet af den danske befolkning. De har en overdødelighed inden for alle større dødsårsags-grupper (kræft, kredsløbssygdomme, ulykker/selvmord mv.).[[2]](#footnote-2)
* Personer med psykiske sygdomme (bredt forstået som skizofreni, bipolar sygdom, depression, autisme, ADHD, hjerneskade mv.) dør tidligere. Et nyt kæmpestort dansk studie, offentliggjort i The Lancet, viser en kortere forventet levetid på 7 år for kvinder og 10 for mænd.[[3]](#footnote-3)
* Årsager hertil kan være KRAM-faktorer som rygning, manglende motion mv., men kan også være bivirkninger ved medicin, fejlmedicinering samt underbehandling (fx at borgerne i mindre grad end befolkningen som helhed tilbydes hjertekar-kirurgi).[[4]](#footnote-4)
* Det har også betydning, at borgerne har svært ved at tage hånd om egen sundhed – være opmærksom på symptomer, fortælle om dem, opsøge læge af egen drift osv.

Fakta om løsningen: Et tilbud om sundhedstjek hos praktiserende læge med jævne mellemrum vil være med til at løfte sundheden for borgerne i målgruppen.

Der er gode erfaringer med sundhedstjek over for mennesker med udviklingshæmning i bl.a. England.[[5]](#footnote-5)

Erfaringer fra Tangkær

Men også i Danmark er der gode erfaringer. Botilbuddet Tangkær hører under Region Midtjylland og huser borgere med dels psykisk sygdom, dels huntingtons sygdom. Tangkær har gennemført et omfattende forsøg med sundhedstjek til beboerne.

En rapport over resultaterne i perioden 2011-2014 dokumenterer en lang række positive sundhedsmæssige og sociale effekter.[[6]](#footnote-6) Nogle af dem listes op her.

*Faldende medicinforbrug*

Der er foretaget en række ændringer i medicineringen af borgerne. 78 % af ændringerne har nedbragt medicinforbruget.

Forbrug af anti-depressive midler faldt fra 60 % til 41 %

Antallet af borgere, der var ordineret sovemedicin, faldt fra 27 % til 9 %.

Antallet af borgere, hvor der var ordineret psykofarmaka over anbefalet dosis, er faldet fra 29 % til 14 %.

*Færre magtanvendelser, trusler og vold*

Siden opstarten af Sundhedstjek-projektet er der sket et fald i anvendelsen af magt fra personalets side. Desuden er antallet af registrerede tilfælde af trusler og vold faldet.

*Færre indlæggelsesdage*

Der har været en betydelig nedgang i antallet af indlæggelsesdage på psykiatriske afdelinger, nærmere bestemt fra 373 dage ved starten af forsøgsperioden til 123 dage.

*Samfundsøkonomiske gevinster*

Projekt Sundhedstjek i Tangkær medfører samfundsøkonomiske gevinster ved mindre medicinforbrug, færre indlæggelsesdage mv. Omkostningerne per beboer faldt fra 210.000 kr. til 106.000 kr. [[7]](#footnote-7) Oplevet livskvalitet og tilfredshed hos beboerne er øget.

Positive resultater af forsøg med sundhedstjek

Der har kørt forsøg i Roskilde, København, Egedal/Allerød og Svendborg, støttet af satspuljemidler. I Roskilde Kommune var målgruppen borgere med udviklingshæmning, der bor for sig selv. Målgrupperne i de øvrige kommuner var borgere med psykiske og kognitive funktionsnedsættelser på botilbud.

Den helt nye evaluering, Sundhedsstyrelsen står bag, viser positive resultater.[[8]](#footnote-8)

Der er i alt rekrutteret 671 borgere inden for målgrupperne til et sundhedstjek. Der er opsporet både psykiske og fysiske helbredsproblemer. En tredjedel af dem havde udfordringer med deres helbred inden sundhedstjekket. Godt halvdelen af borgerne blev henvist til ekstra undersøgelser efter sundhedstjekket.

Der er afdækket en række sygdomme og sundhedsforhold hos målgrupperne. Det kan være problemer som D-vitamin mangel, behov for synstest og briller, høreproblemer og justering af medicin, men også mere alvorlige forhold. Vedr. medicin: 20 % af sundhedstjekkene førte til justering eller opfølgning på ordineret medicin til borgerne.

Samtidig viser erfaringerne fra projekterne, at langt flere fra målgruppen har været i kontakt med egen læge efterfølgende. Interessant nok har færre fået behandling på sygehus, hvilket kunne tyde på, at problemer fanges, inden indlæggelse på sygehus er nødvendig.

Rapporten peger på vigtigheden af at sikre sig lægernes opbakning gennem formaliserede aftaler med deres organisation (s. 23). Desuden er det vigtigt at motivere og støtte borgerne, da mange er skeptiske over for sundhedssystemet.

**Eksempler/fortællinger**

I ”Samskabelse om borgerens sundhed” fortæller beboeren, lægen, psykiateren, sygeplejersken, social- og sundhedsassistenten, koordinatoren, farmaceuten m.fl. om deres oplevelser med det sundhedstjek, bostedet Tangkær har indført.[[9]](#footnote-9)

*Jakob Lysgaard, beboer på Tangkær: ”Det var helt nyt for mig, at jeg kunne tale direkte med dem om, hvad jeg gerne ville ændre, og hvad jeg var bekymret for. Det var rart at opleve, at de lyttede til mig og tog mine ord alvorligt”.*

*Steen Møllegaard, beboer på Tangkær, siger:” I dag får jeg fire piller færre hver dag. Nu skal jeg kun spise 10 piller om dagen, og jeg er glad for, at jeg ikke skal tage så meget medicin. Jeg synes faktisk, jeg har fået det bedre.”*

*Carsten Hansen, praktiserende læge for beboere på Tangkær, siger: ”Vi fandt flere tilfælde af KOL og sukkersyge, end jeg havde forestillet mig, og samtidig er der også kommet mere fokus på den usunde levevis, som mange af beboerne på Tangkær har.”*

*Johannes Bockstedt, praktiserende læge for beboere på Tangkær, siger: ”I dag kan vi klare mange problemer via telefonen, og derfor undgår jeg ofte tidkrævende sygebesøg på Tangkær*.”

**Forslag**

Der bør indføres et tilbud om en regelmæssigt helbredsundersøgelse til voksne borgere med betydelige kognitive eller psykiske funktionsnedsættelser. Både til botilbudsmålgruppen og dem der bor for sig selv med bostøtte. Som udgangspunkt årligt, men ellers efter individuelt behov.

*Hvordan foregår sundhedstjekket?*

DH har udviklet en model for sundhedstjek, der er afprøvet i 4 kommunale forsøg, jf. ovenfor.[[10]](#footnote-10) Modellen har tre faser:

Forberedelse: Bestilling af tid hos praktiserende læge. Udfyldning af forberedelsesskema (typisk i et samarbejde mellem personale og borger). Blodprøvetagning (hos ambulatorium eller praktiserende læge).

Sundhedstjek hos lægen: Samtale på baggrund af forberedelsesskema og blodprøveresultater. Gennemgang af evt. medicinliste. Diverse undersøgelser. Typisk vil en ansat på bosted eller en hjemmevejleder ledsage borgeren til lægen og være med ved samtale og undersøgelse.

Opfølgning: Henvisning til andre undersøgelser, iværksættelse af ordineret behandling, opfølgning hjemme hos borgeren (medicinhåndtering, kostomlægning o.l.) mv.

*Hvordan afgrænser man målgruppen?*

Målgruppen er voksne borgere med betydelige kognitive og psykiske funktionsnedsættelser, der ikke kan drage omsorg for sig selv. Fordelt på bopæl er der to hovedmålgrupper:

* Beboere på bosteder under kommunen eller regionen (§ 107 eller § 108-tilbud efter serviceloven)
* Borgere der modtager § 85-støtte (specialpædagogisk støtte efter serviceloven), dvs. bor i botilbud efter almenboliglovens 105, stk. 2, eller i egen bolig med bostøtte/hjemmevejleder.

*Hvordan kan forslaget gennemføres?*

Der kan tænkes 5 modeller for gennemførelse af sundhedstjek på. Flere af modellerne kan kombineres. DH foretrækker klart modeller, der er forpligtende, landsdækkende og har politisk forankring i regering og Folketing – og hos læger, kommuner og regioner. Dvs. model 1 eller 2.

Model 1: *Lovgivning*: Sundhedsloven tilføjes en paragraf om pligt for kommuner og regioner til at tilbyde sundhedstjek til målgruppen.

Model 2: *Aftale-vejen:*

*a) Kommuneaftaler*: Sundhedstjek aftales i de centrale forhandlinger mellem kommuner, regioner og regering. Efterfølgende indgås aftale med de praktiserende læger.

*b) Overenskomst:* Regionerne og kommunerne beslutter at fremme sundhedstjek og indgår en central aftale med de praktiserende lægers organisation om honorering af sundhedstjek.

Model 3: *Faglige standarder*: Centralt fremmet spredning gennem faglige standarder fra Sundhedsstyrelsen, der anbefaler sundhedstjek. Evt. kombineret med stærkere overvågning af den kommunale sundhedsindsats.

Model 4: *Puljefremmet udbredelse*: Der afsættes på finansloven (i aftalen om afløseren for satspuljen eller andre

(del-)aftaler om finansloven) et beløb til at fremme udbredelsen af sundhedstjek.

Model 5: *Det gode eksempel*: Kommunerne, regionerne og/eller bostederne indfører af egen drift sundhedstjek. Gradvis og organisk spredning. Evt. indgås lokale aftaler med lægerne om honoreringen.

**Hvad koster det?**

Det afhænger selvfølgelig af modellen. De bedste modeller (1 og 2) koster skønsmæssigt 100 mio.kr. Dels til honorar til lægerne, dels til udgifter til bostøtte under serviceloven. [[11]](#footnote-11)

**Modargumenter og svar på dem**

Sundhedstjek virker ikke: Forskning tyder på, at regelmæssige helbredstjek (kolesteroltal, blodtryk osv.) ikke påvirker sundhed og overlevelse. [[12]](#footnote-12)

Svar: Det er sikkert rigtigt, hvad angår den brede befolkning. Regelmæssige helbredsundersøgelser bør alene tilbydes sårbare grupper med handicap, der ikke er i stand til at tage vare på egen sundhed.

Sundhedstjek er den forkerte medicin. Borgerne i målgruppen dør på grund af livsstilsygdomme. Det hjælper et sundhedstjek ikke på. Og det er sundhedsindsatsen i hverdagen, der virker - ikke et årligt sundhedstjek. Og svaret er flere sundhedsfaglige kompetencer på bosteder mv. og mere tværfagligt samarbejde personalegrupper imellem.

Svar: Det ene udelukker ikke det andet. Det er fornuftigt at sætte ind over for livsstilssygdomme - og samtidig tilbyde sundhedstjek. Og et af formålene med sundhedstjek er jo bl.a. at afdække livsstilssygdomme – eller risikoen for at få dem.

Flere sundhedsfaglige kompetencer i hverdagen og tværfagligt samarbejde – ja, det er et vigtigt supplement.

Et sundhedstjek løser det problem, at der er borgere, der aldrig kommer til lægen. Det gør en sundhedsfremmeindsats (kostomlægning, motion osv.) ikke.

Endelig er der problemet med overset sygdom. Det hjælper en styrket sundhedsfremmeindsats heller ikke på.

Hverdagen er fyldt med komplicerede dilemmaer. Dem løser et sundhedstjek ikke.

Mange borgere afviser behandling. Fx på grund af angst for læger, for smerte eller alt mulig andet. Hverdagen er fyldt med dilemmaer – ikke mindst mellem personalets omsorgspligt og borgerens ret til selvbestemmelse.

Svar: Det er rigtigt. Det er blot ikke noget argument mod sundhedstjek som sådan. Det skal sikres, at personalet har den nødvendige tid og de nødvendige kompetencer til at motivere og støtte borgerne.

Der er ikke råd til at indføre sundhedstjek: Det er for dyrt, og kommuner og regioner har ikke pengene.

Svar: Der bør følge penge med. Ellers bliver det svært. Det skønnes, at sundhedstjek koster i omegnen af 100 mio.kr, jf. ovenfor. Det bør der være råd til. Der er også visse samfundsøkonomiske gevinster, der kan tælles i regnestykket. Fx at der tilsyneladende trækkes mere i primærsektoren, men mindre efterfølgende på sygehusene.

Men grundlæggende set handler det om, at det ikke er værdigt, at sårbare borgere dør alt for tidligt og ikke får nødvendig sundhedsbehandling som alle andre.

1. <https://socialministeriet.dk/publikationer/2018/dec/socialpolitisk-redegoerelse-2018/> (kap. 9) [↑](#footnote-ref-1)
2. SIF-rapport v. Meulengracht Flachs m.fl. (2014) ”Sundhedstilstanden blandt voksne med udviklingshæmning” <http://www.si-folkesundhed.dk/upload/udviklingsh%C3%A6mning.pdf> [↑](#footnote-ref-2)
3. Se omtale her: <https://www.dr.dk/nyheder/viden/kroppen/psykisk-syge-i-danmark-doer-op-til-10-aar-tidligt>

 [↑](#footnote-ref-3)
4. Eller hjertestop-behandling: Se <https://hjerteforeningen.dk/2019/04/vi-er-generelt-ikke-gode-nok-til-at-hjaelpe-de-psykiatriske-patienter/>

Se også Nordentoft m.fl.: ”Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders” i British Journal of Psychiatry 2011, 199 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21593516> [↑](#footnote-ref-4)
5. Denne tabel, lavet af DH i 2014, giver en oversigt over en række nationale og internationale erfaringer med sundhedstjek til målgruppen: OBS! Link til tabellen virker ikke pt. Der arbejdes på det. [↑](#footnote-ref-5)
6. Region Midtjylland: ”Sundhedstjek 2011-2014 Tangkær” (se især afsnit 8)

 <http://www.onlinepdf.dk/Books/viewpaid.aspx?onlinepdf=ec1a64a5-d48b> [↑](#footnote-ref-6)
7. Kilden er en sundhedsøkonomisk analyse udført af studerende ved Aalborg Universitet. Omtalt her (s. 9-10): <https://www.dchi.aau.dk/digitalAssets/249/249147_dchi-nyhedsbrev---november-2016.pdf> [↑](#footnote-ref-7)
8. <https://www.sst.dk/da/Nyheder/2019/Positive-erfaringer-med-maalrettede-sundhedstjek-blandt-borgere-med-saerlige-behov> [↑](#footnote-ref-8)
9. <https://www.svo.rm.dk/siteassets/om-specialomradet/tangkar/samskabelse-om-borgernes-sundhed.pdf> [↑](#footnote-ref-9)
10. Det materiale, DH har udviklet, kan ses på Roskilde Kommunes hjemmeside her: <https://handicap.roskilde.dk/materiale.asp> [↑](#footnote-ref-10)
11. Se DH-notat der skønner over udgifterne: <https://www.handicap.dk/files/2562/Hvad%20kos-417678.docx> [↑](#footnote-ref-11)
12. Se fx <https://videnskab.dk/krop-sundhed/ny-forskning-slaar-fast-helbredstjek-virker-ikke> [↑](#footnote-ref-12)