

Strategi for forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme

for mennesker med en sindslidelse i Region Syddanmark



2013

Region Syddanmark



Indhold

1	Forord	4
1.1	Opgaven	4
2	Fakta om overdødeligheden og barrierer for behandling og forebyggelse	5
2.1	Fakta om overdødelighed	5
2.2	Kost, Rygning, Alkohol og Motion	6
2.3	Kortlægning	6
2.4	Hvilke barrierer kan der være i forbindelse med forebyggelse og behandling for mennesker med en sindslidelse?	7
2.4.1	Ensomhed og isolation	7
2.4.2	Bivirkninger ved medicin	7
2.4.3	Sindslidelsen stjæler fokus fra de fysiske lidelser	7
2.4.4	Misforstået medlidenhed med mennesket med en sindslidelse	7
3	Strategiens målgruppe og forudsætninger	8
3.1	Sundhedsaftalerne	8
4	Strategi for forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme	10
4.1	Aktører i strategien	10
4.1.1	Praktiserende læger	10
4.1.2	Kommunerne	11
4.1.3	Psykiatri	11
4.1.4	Somatiske sygehuse	11
4.1.5	Patient- og pårørende foreninger	11
4.2	Strategiens indsatsområder	11
4.2.1	Viden og uddannelse	12
4.2.2	Politikker	12
4.2.3	Screening for og opfølgning på KRAM-faktorerne	12
4.2.4	Forebyggelsestilbud	12
4.2.5	Indsatser med henblik på at fastholde patienten i et forebyggelses- eller behandlingsforløb	12
5	Implementering af strategien	13
5.1	Hvem er ansvarlig for at implementere strategien?	13
5.2	Aktiviteter i forbindelse med implementering og monitorering af strategien	13
5.2.1	Kick-off møder	13
5.2.2	Fælles konference	13
5.2.3	Informationsformidling	13
5.2.4	Monitorering og opfølgning	14
5.2.5	Opstart af implementeringsprocessen	14
6	Forslag til konkrete indsatser	15
6.1	Kommunerne	15
6.2	Psykiatrien	17
6.3	Det Sociale område i Region Syddanmark	19
6.4	Somatikken	20
6.5	De praktiserende læger	21
7	Referencer	22
1	Bilag – arbejdsgruppens sammensætning	23

1 Forord

Det Administrative Kontaktforum (DAK) besluttede den 22. juni 2011 at nedsætte en tværsektoriel arbejdsgruppe til at lave en fælles strategi og handleplan. Den skal fremadrettet sikre forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme hos mennesker med en sindslidelse i Region Syddanmark.

Baggrunden for arbejdet var, at både internationale og nationale undersøgelser peger på, at der er nogle særlige udfordringer i forhold til mennesker med en sindslidelse og livsstilssygdomme.

Den efterfølgende fælles kortlægning af problemets omfang i løbet af efteråret 2011 har yderligere dokumenteret, at der er særlige udfordringer omkring netop forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme hos mennesker med en sindslidelse – også i Region Syddanmark.

Konklusionerne på kortlægningen fremgår af kapitel 2 og danner grundlag for den videre konkretisering af strategi og handlingsforslag til implementering, som fremgår af kapitel 5 og 6.

Strategien har været i høring i perioden juli - september 2012. Høringen viser, at der er en bred anerkendelse af behovet for en strategi samt en stor opbakning til selve strategien.

Sundhedskoordinationsudvalget godkendte strategien den 4. december 2012.

1.1 | Opgaven

I kommissoriet for arbejdsgruppen fremgår det at arbejdsgruppen skal:

- udarbejde et udkast til tværsektoriel strategi for forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme hos mennesker med en sindslidelse
- komme med forslag til konkrete indsatser, der sikrer forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme hos mennesker med en sindslidelse
- revidere udkastet på baggrund af indkomne høringssvar
- formidle resultaterne fra kortlægnings- og strategiarbejdet til regionens kommuner, almen praksis samt psykiatriske og relevante somatiske sygehusafdelinger
- igangsætte implementeringen af strategien i regi af de lokale psykiatriske samordningsfora
- udarbejde en plan for monitorering af og opfølgning på strategien

I beskrivelsen af formen for arbejdets produkt fremgår det endvidere, at strategien for de opstillede initiativer og mål skal beskrive:

- hvordan der sikres en løbende opfølgning på implementeringen
- hvilke krav, der vil være til sektorerne, og hvilke afledte konsekvenser, der kan forventes i forbindelse med implementeringen (fx nødvendig kompetenceudvikling, organisationstilpasninger mv.).

Fakta om overdødeligheden og barrierer for behandling og forebyggelse

2.1 | Fakta om overdødelighed

En stor nordisk registerundersøgelse fra 2011 viser, jf. figur 1, at den forventede levetid i dag er cirka 20 år kortere for mænd og cirka 15 år kortere for kvinder med en sindslidelse end for almenbefolkningen¹. Anden forskning peger på, at ca. 40% af overdødeligheden skyldes selvmord og ulykker mv. og ca. 60% skyldes fysisk sygdom².

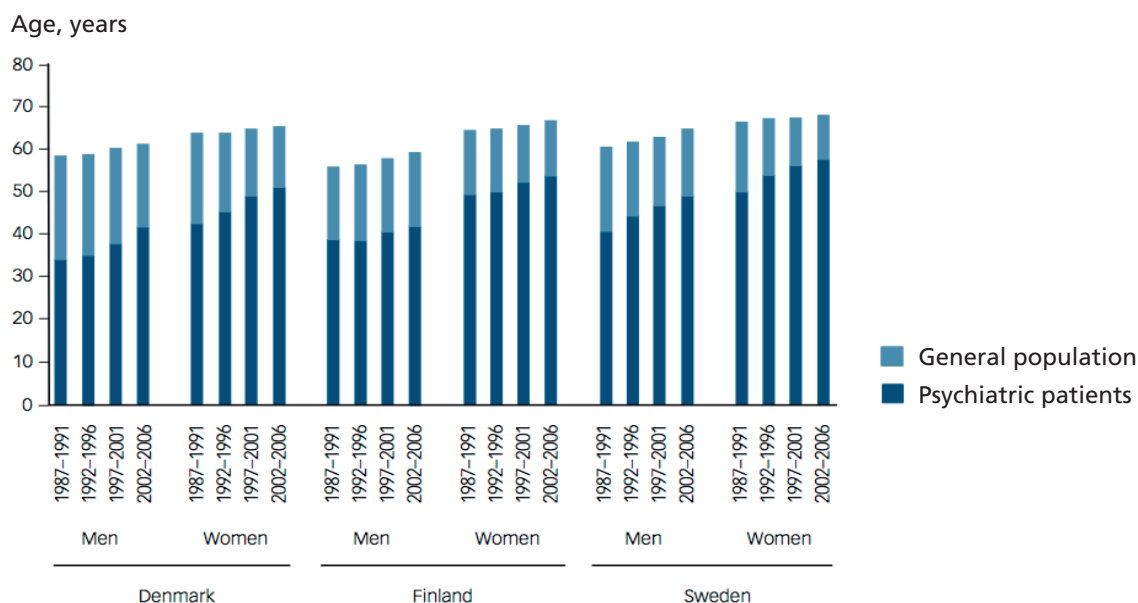
Hjertekarsygdommene bidrager mest til overdødeligheden. Mens sygdomme som diabetes, luftvejssygdomme og infektioner i mindre grad også bidrager til overdødeligheden.

Overdødeligheden gælder for alle psykiatriske diagnosegrupper.

I Sundhedsprofilundersøgelsen i Region Syddanmark i 2010 blev borgerne bl.a. spurgt ind til deres helbred.

I undersøgelsen svarede godt 80% af alle mennesker med en sindslidelse, at de har en eller flere fysiske sygdomme, og det er ofte livsstilssygdomme. Det tilsvarende tal er godt 60% for den øvrige befolkning.

25% af de mennesker, der rapporterer, at de har en sindslidelse, svarer, at de samtidig har fire eller flere fysiske sygdomme, mens det kun gælder for 7% i den øvrige befolkning. Blandt mennesker med en sindslidelse er der langt flere, der har forhøjet BMI og forhøjet taljemål, på grund af abdominal fedme (mavefedt), rygning og alkohol. Men selvom denne gruppe af befolkningen er overrepræsenteret ved alle disse symptomer og sygdomme, så er mennesker med en sindslidelse underrepræsenteret, når det gælder behandling. For eksempel opereres kun halvt så mange mennesker med en sindslidelse for deres hjertekarsygdomme som mennesker uden en sindslidelse³.



Figur 1: Udviklingen i forventet levetid (fra 15-års alderen) blandt psykiatriske patienter og i baggrundsbefolkningen i Danmark, Finland og Sverige i perioden 1987-2006

1. Wahlbeck, Westman, Nordentoft, Gissler & Laursen: Outcome of mental health policy in Nordic countries: Life expectancy of patients with mental disorders in Denmark, Finland and Sweden 1987-2006. *British Journal of Psychiatry* 199 (2011), 453-458, Maj 2011.
2. Laursen: Life expectancy among persons with schizophrenia or bipolar affective disorder, *Schizophrenia Research* 131 (2011) 101-104, 6.juli 2011.
3. Laursen, Munk-Olsen, Agerbo, Gasse & Mortensen: Somatic hospital contacts, invasive cardiac procedures, and mortality from heart disease in patients with severe mental disorder. *Archives of General Psychiatry*. 2009 Jul; 66(7), 713-20.

2.2 | Kost, Rygning, Alkohol og Motion

Hvis man alene ser på KRAM (Kost, Rygning, Alkohol og Motion) faktorerne, som også er målt i Sundhedsprofilundersøgelsen i Region Syddanmark, så skiller gruppen af mennesker med en sindslidelse sig også ud.

Mens kun omkring 20% af befolkningen som helhed i Region Syddanmark er daglige rygere, så er andelen for mennesker med en sindslidelse næsten dobbelt så høj, nemlig knap 40%. I forhold til kost og motion er billedet også skævt. Mens omkring 15% af alle borgere i regionen vurderer, at de lever af usund kost, gør det samme sig gældende for godt 20% af borgerne med en sindslidelse. Mens knap 30% af borgere med sindslidelse kun laver stillesiddende aktivi-

teter i fritiden er det kun tilfældet for godt 15% af hele befolkningen. Det giver sig også udslag i, at der er en større andel af svært overvægtige blandt mennesker med en sindslidelse (godt 20%) end blandt den øvrige befolkning (knap 14%).

På alkoholområdet ses ligeledes en større andel af mennesker med en sindslidelse, der drikker enten ugentligt eller ligefrem er over højrisikogrænsen i forhold til resten af befolkningen. I forberedelsen til arbejdet omkring den fælles strategi for forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme for mennesker med en sindslidelse i Region Syddanmark, er de involverede parter blevet spurgt til en status på allerede eksisterende tilbud inden for området.

2.3 | Kortlægning

Kommunerne	<p>En fjerdedel af kommunerne vurderer, at deres samlede tilbud til mennesker med kronisk sygdom i høj grad er tilgængelige for mennesker med psykisk sårbarhed eller sygdom. De øvrige kommuner vurderer, at tilbuddene kun er tilgængelige i nogen eller lav grad.</p> <p>Godt en tredjedel af kommunerne har iværksat tilbud til mennesker med kronisk sygdom, som særligt er målrettet mennesker med en sindslidelse.</p> <p>Det generelle billede er, at der snarere etableres særlige tilbud til gruppen af mennesker med en sindslidelse, fremfor at der sker en tilpasning af almene tilbud til også at kunne rumme målgruppen.</p>
Psykiatrien	<p>Psykiatrien i Region Syddanmark screener systematisk for KRAM-faktorer, og der foreligger retningslinjer for intervention i forhold til kost og alkoholbehandling, mens der på faktorerne rygning og motion er forskelle mellem afdelingernes tilbud.</p> <p>Psykiatrien i Region Syddanmark arbejder systematisk med registrering af sundhedstilstanden hos mennesker med skizofreni, men ikke generelt for patienter i psykiatrien.</p> <p>Der er indført systematisk indberetning af bivirkninger i psykiatrien i Region Syddanmark.</p>
Somatikken	<p>De somatiske sygehuse har ikke et særligt fokus på opsporing og behandling af livsstilssygdomme hos mennesker med en sindslidelse. De behandles som øvrige patienter.</p>
Almen praksis	<p>Almen praksis har ikke et særligt fokus på opsporing og behandling af livsstilssygdomme hos mennesker med en sindslidelse. De behandles som øvrige patienter.</p>

2.4 | Hvilke barrierer kan der være i forbindelse med forebyggelse og behandling for mennesker med en sindslidelse?

Livsstilssygdomme handler bl.a. om, hvordan man lever sit liv. Når man skal forebygge og behandle livsstilssygdomme handler det om livsstilsændringer, og det kræver en stor motivation og egen indsats for, at det skal lykkes. Desuden kan der være kulturelle, sproglige og kommunikative færdigheder, som udfordrer mødet med sundhedsvæsenet.

2.4.1 | Ensomhed og isolation

Mennesker med visse sindslidelser, fx skizofreni, depression og angstlidelser vil på grund af deres sygdom ofte søge ensomhed og isolere sig fra andre mennesker. Ensomhed og isolation kan medføre fysisk inaktivitet og manglende handling på sygdomssymptomer, og er derfor i sig selv risikofaktorer for at udvikle livsstilssygdomme.

2.4.2 | Bivirkninger ved medicin

Flere af de lægemidler, der bruges i behandlingen af sindslidelser, har bivirkninger, der resulterer i fx vægtøgning, forhøjet blodtryk og lignende. Indtagelse af den medicin, som skal hjælpe ift. sindslidelsen, kan således betyde, at risikoen for livsstilssygdomme stiger.

2.4.3 | Sindslidelsen stjæler fokus fra de fysiske lidelser

Når man som sindslidende er i kontakt med sundhedssystemet, kan der være en tendens til, at sindslidelsen stjæler fokus fra de fysiske lidelser. Derfor er der en stor risiko for, at den fysiske lidelse forbliver ubehandlet og evt. forværres.



2.4.4 | Misforstået medlidenhed med mennesket med en sindslidelse

Det er vigtigt i forhold til forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme hos mennesker med en sindslidelse, at medarbejdere i region og kommuner er opmærksomme på og bevidste om, hvad der er sundt og livsforlængende. Mennesker med en sindslidelse har på lige fod med alle andre ret til og gavn af hjælp til at stoppe med at ryge, alkoholbehandling, kostomlægning og muligheder for øget fysisk aktivitet.

Barriererne skaber alle en stor udfordring i forhold til at bekæmpe overdødeligheden som følge af fysiske sygdomme herunder livsstilssygdomme. De medvirker til, at det kan være svært at inkludere det enkelte menneske med en sindslidelse i et forebyggelses- og behandlings-tilbud samt ikke mindst at fastholde vedkommende i tilbuddet.

3 Strategiernes målgruppe og forudsætninger

- **Målgruppen for udmøntningen af strategien** er ledere og medarbejdere i kommuner, region og almen praksis, der arbejder med mennesker med en sindslidelse.
- **Målgruppen for selve indsatsen** er alle mennesker med en sindslidelse, der er i kontakt med det regionale sundhedssystem herunder behandlingspsykiatrien og almen praksis samt kommunale tilbud såsom socialpsykiatrien. Behov for indsats afgøres ud fra stratificeringsmodellen.
- **Målet med strategien** er, at de indsatser, som strategien udmønter, har en positiv effekt på sundhedstilstanden hos mennesker med en sindslidelse.

3.1 | Sundhedsaftalerne

I Region Syddanmark har der siden regionsdannelsen været fokus på det tværsektorielle samarbejde mellem region, kommune og praktiserende læger i form af samarbejdsaftaler og aftaler om fælles patientforløbsprogrammer. Aftalerne udgør forudsætningerne for strategien og introduceres her kort.

Den regionale samarbejdsaftale på det psykiatriske område (2009)

Samarbejdsaftalen beskriver det opgaveansvar og de samarbejdsrelationer, der skal sikre et effektivt behandlingstilbud på det mindst indgribende niveau på det psykiatriske område. I den regionale samarbejdsaftale er der en beskrivelse af patientforløbet. Aftalen er indgået mellem Region Syddanmark og de 22 kommuner.

Grundaftale om indsatsen for mennesker med en sindslidelse (sundhedsaftalen 2011-2014)

I Grundaftalen om indsatsen for mennesker med en sindslidelse fremgår det, at det er aftalt, at der på baggrund af en kortlægning skal udarbejdes en fælles strategi for forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme hos mennesker med en sindslidelse. Strategien skal indeholde indsatser, der involverer såvel sygehusafdelinger, kommuner og praktiserende læger. Nærværende dokument er således denne strategi.

Indsatsen for personer med kronisk sygdom – Stratificeringsmodellen (2008)

Indsatsen for personer med kronisk sygdom er en fælles strategi for, hvordan indsatsen tilrettelægges for kronisk syge. De tre aktører – kommuner, almen praksis og sygehuse – involveres i patientforløbet i den udstrækning, der er behov for det, og hvor deres indsats hver især er mest påkrævet. Patienterne kan overordnet stratificeres (lagdeles) efter to dimensioner, henholdsvis sygdomskompleksitet, forstået som en sammenvejning af komorbiditet (det at man har flere sygdomme på samme tid) og den enkeltes lidelses stadium og egenomsorgsevne bl.a. forstået som evnen til at tage vare på sig selv og tage medansvar for egen sundhed.

Patientforløbsprogrammerne for kronisk hjertesygdom, KOL og diabetes (alle fra 2010)

Patientforløbsprogrammerne for kronisk sygdom i Region Syddanmark er udarbejdet af kommunerne og regionen som afsæt for udvikling af det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde, herunder bedste praksis, kvalitetsudvikling og dokumentation af kronikerindsatsen.

Grundaftale om forebyggelse og sundhedsfremme og målsætningen om, at alle kommuner har forebyggelsestilbud med afsæt i KRAM faktorerne (sundhedsaftalen 2011-14)

I Grundaftalen om forebyggelse og sundhedsfremme er det ligeledes aftalt, at syddanske borgere, der har et behov for et forebyggelsestilbud, tilbydes en systematisk, sammenhængende og koordineret indsats, hvor kommunerne har forebyggelsestilbud med udgangspunkt i KRAM faktorerne, og de regionale sygehuse har sygdomsspecifikke patientuddannelser til personer med kronisk sygdom.

Aftalerne og forløbsprogrammerne beskriver, hvordan livsstilssygdomme/kronikersygdommene opspores, behandles og forebygges.

Opmærksomhed og opfølgning på KRAM-faktorerne: Kost, Rygning, Alkohol og Motion medvirker til at sikre fokus på, at hvis man er i risiko for eller allerede har udviklet livsstilssygdomme relateret til disse faktorer, hjælpes gennem udarbejdelsen af handleplaner for forebyggelse/behandling af livsstilssygdommene. Aftalerne er ligeledes med til at sikre, at denne opfølgning sker i et koordineret, tværsektorielt samarbejde.

SAMBO (2009)

Samarbejdsaftale mellem kommuner og region om borger- og patientforløb i Region Syddanmark gælder også personer med en sindslidelse og deres kontakt med det somatiske system.

Samarbejdsaftalen og forløbsprogrammerne fungerer ikke alle steder efter hensigten for mennesker med en sindslidelse. Derfor vil denne strategi fokusere på, hvordan det sikres, at de eksisterende aftaler om forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme udbredes til at omfatte og virke for alle mennesker med en sindslidelse.



4 Strategi for forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme

Som det blev beskrevet i forrige kapitel, er der allerede en beskrivelse i den regionale samarbejdsaftale på det psykiatriske område af, hvordan samarbejdet og opgavefordelingen skal være i forhold til behandlingen af psykiske lidelser. Samarbejdsaftalen og forløbsprogrammerne fungerer på nuværende tidspunkt ikke alle steder efter hensigten for mennesker med en sindslidelse. Derfor vil denne strategi fokusere på, hvordan det sikres, at de eksisterende aftaler om forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme udbredes til at omfatte og virke for alle mennesker med en sindslidelse.

Dette kapitel omsætter samarbejdsaftalen til en beskrivelse af, hvordan samarbejde og opgavefordeling skal være, når vi skal opspore, forebygge og behandle livsstilssygdomme. Dermed udgør nærværende kapitel strategien, der ligger til grundlag for forslag til konkrete indsatser (jf. kapitel 6).

Kommunerne, almen praksis og Region Syddanmark ønsker målrettet at arbejde på at mindske uligheden i sundhed for mennesker med en sindslidelse. Derfor skal aktørerne hver især tage ansvar for, at mennesker med en sindslidelse og livsstilssygdom eller mistanke om en livsstilssygdom tilbydes relevant forebyggelse og behandling af den/de pågældende livsstilssygdom(-me). Endvidere skal der, hvis der er et behov, sikres ledsagelse til næste relevante tilbud – det være sig psykiatrisk, somatisk eller socialt tilbud. Det vil sige at alle sektorer skal forpligte sig på at løfte sin egen opgave, sam-

tidig med at hver enkelt sektor er ansvarlig for at sikre en tilstrækkelig overdragelse af borgeren/patienten til det næste nødvendige tilbud.

4.1 | Aktører i strategien

Denne strategi peger ikke på én ansvarlig koordinerende aktør i alle forløb, men derimod på, at alle har ansvaret for at hjælpe patienten eller borgeren et skridt videre, når man har ydet behandling (regionalt) eller givet et tilbud i kommunalt regi. Der anvendes samme stratificeringsmodel som på kronikerområdet, hvor patienten overordnet inddeles efter to dimensioner, henholdsvis sygdomskompleksitet og egenomsorgsevne bl.a. forstået som evnen til at tage vare på sig selv og tage medansvar for egen sundhed.

4.1.1 | Praktiserende læger

Den praktiserende læge skal i de fleste forløb være omdrejningspunktet i forebyggelses- og behandlingsindsatsen af livsstilssygdomme. Samtidig har den praktiserende læge ofte en behandlingsopgave i forhold til sindslidelsen. Derfor har den praktiserende læge en særlig opgave i at holde fokus på, at eventuelle livsstilssygdomme forebygges og behandles, og lægen kontakter kommune eller psykiatri, hvis patienten gentagne gange udebliver fra behandling. Endvidere skal den praktiserende læge henvise til de kommunale forebyggelsestilbud. Desuden skal den praktiserende læge være opmærksom på eventuelle bivirkninger af medicin, således at der fx skiftes til præparater med mindre vægt øgende effekt, såfremt patienten oplever en kraftig vægtstigning.

For at styrke den fælles indsats indeholder strategien særligt fem indsatsområder, som gruppen af aktører skal forholde sig til:

- Viden og uddannelse
- Politikker
- Screening for og opfølgning på KRAM-faktorer
- Forebyggelsestilbud
- Indsatser med henblik på at fastholde patienten i et forebyggelses- eller behandlingsforløb.

4.1.2 | Kommunerne

Kommunerne vil i nogle tilfælde være de aktører, der har den tætteste og mest hyppige kontakt med den enkelte borger i for eksempel socialpsykiatrien, jobcentret eller i et forebyggelsestilbud. Derfor vil kommunerne ofte have et særligt ansvar i forhold til at sikre, at borgeren når frem til det rette behandlingstilbud. Det kan enten være en støttekontaktperson, der har den rolle, eller det kan være pårørende eller andre frivillige, der ledsager. Støttekontaktpersonalet eller andre kommunale faggrupper har ligeledes en forpligtelse til at hjælpe målgruppen med korrekt medicinindtagelse, samt indrapportere uregelmæssighed til egen læge.

Kommunerne har samtidig en forpligtelse til at tilbyde den sindslidende et forebyggelsestilbud, så livsstilssygdommene undgås eller omfanget begrænses. Den sindslidende kan i nogle tilfælde rummes i eksisterende tilbud. I andre tilfælde er det nødvendigt at etablere særligt tilrettelagte tilbud til netop denne gruppe borgere.

4.1.3 | Psykiatri

Psykiatrien har en særlig forpligtelse i forhold til at forebygge og opspore livsstilssygdomme. Det kræver, at der løbende screenes på en række helbredsmæssige parametre, og at der er opmærksomhed på bivirkninger af medicin eksempelvis i form af kraftig vægtøgning, samt at der handles på dette ved evt. at skifte til andre præparater, som har en mindre vægt øgende effekt. Psykiatrien har ansvaret for, at patienter videregives til et relevant behandlings- eller forebyggelsestilbud samt for at følge op på, om patienten når frem til tilbuddet. Under indlæggelse og ambulans behandling har psykiatrien ansvar for, at patienten motiveres til at spise sund kost samt opfordres til fysisk udfoldelse.

4.1.4 | Somatiske sygehuse

De somatiske sygehuse har ligeledes en særlig forpligtelse til at opspore livsstilssygdomme hos patienter med en sindslidelse, da sindslidelse jf. ovenfor udgør en selvstændig risikofaktor for at have eller få en eller flere livsstilssygdomme.

Når den somatiske sygehusafdeling har konstateret en begyndende eller en igangværende livsstilssygdom, har de på lige fod med psykiatrien ansvaret for, at patienten videregives til et relevant behandlingstilbud eller forebyggelsestilbud. Såfremt en somatisk afdeling registrerer gentagne udeblivelser fra patienten, er afdelingen forpligtet til at følge op på udeblivelserne. Under indlæggelse har de somatiske sygehuse ansvar for, at patienten får sund kost samt motiveres til fysisk aktivitet.

4.1.5 | Patient- og pårørendeforeninger

Patient- og pårørendeforeninger kan i de lokalområder, hvor de er veletablerede være en vigtig ressource i forhold til lokal oplysning om sammenhængen mellem sindslidelser og livsstilssygdomme. Samtidig kan foreninger som et led i deres aktiviteter tænke fysisk aktivitet mv. ind for at understøtte en sund livsstil.

4.2 | Strategiens indsatsområder

Det strategiske fokus for de 22 kommuner og Region Syddanmark bør være på 5 tværgående indsatsområder, der skal prioriteres, hvis mennesker med en sindslidelse skal sikres et forebyggelses- eller behandlingstilbud for livsstilssygdomme. Det er af afgørende betydning, at alle involverede parter kender og forpligter sig til at påtage sig sin del af opgaven med at sikre kvalificerede tilbud og sammenhæng i indsatsen.

Derfor skal aktørerne hver især tage ansvar for, at mennesker med en sindslidelse og livsstilssygdom – eller mistanke om en livsstilssygdom – tilbydes relevant forebyggelse og behandling af den/de pågældende livsstilssygdom(-me). Endvidere skal der ved behov sikres ledsagelse til næste relevante tilbud – det være sig psykiatrisk, somatisk eller socialt tilbud. Det vil sige, at alle sektorer skal forpligte sig på at løfte sin egen opgave, samtidig med at hver enkelt sektor er ansvarlig for at sikre en tilstrækkelig overdragelse af borgeren/patienten til det næste nødvendige tilbud.

Strategien handler derfor ikke om at sætte en lang række nye tiltag i gang, men om at binde eksisterende aftaler og strategier sammen.

Derfor vurderes det ikke, at der som afledt konsekvens af strategien skal gennemføres gennemgribende organisationstilpasninger. Lokalt vil de afledte konsekvenser af strategien variere afhængigt af, hvor velimplementerede de eksisterende aftaler er, og hvor velkoordineret den nuværende indsats er.

Nedenfor er en uddybning af de 5 strategiske indsatsområder. I Kapitel 6 er der forslag til konkrete indsatser for effektivering af strategien samt en oversigt over sammenhængen mellem indsatsområderne og aktørerne.

4.2.1 | Viden og uddannelse

Alle medarbejdere, der er i berøring med mennesker med en sindslidelse, skal sikres et tilstrækkeligt niveau af viden. Det handler om at sikre, at praktiserende læger og relevante medarbejdere i både somatik, psykiatri og socialpsykiatri har den nødvendige viden omkring sammenhængen mellem sindslidelse og overdødelighed. Herudover skal medarbejderne have viden om forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme tilpasset de enkelte aktører, således at de aktivt kan inddrage det i deres arbejde.

4.2.2 | Politikker

Det skal sikres, at de eksisterende politikker for forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme, og de indsatser politikkerne fører til, også omfatter mennesker med en sindslidelse. Det samme skal gælde, når nye politikker skal udformes både i kommunalt og regionalt regi.

4.2.3 | Screening for og opfølgning på KRAM-faktorerne

Screening for KRAM kan ske i kontakten med den praktiserende læge, somatikken, psykiatrien og socialpsykiatrien. Derfor har alle aktører, hvis der konstateres et behov for behandlings- og/eller forebyggelsestilbud, et ansvar for, at det iværksættes. Det fordrer også, at der sker en dialog med relevante samarbejdspartner, så indsatsen kan ske i fællesskab og med fælles viden om screeningsresultaterne.

4.2.4 | Forebyggelsestilbud

Kommunerne udbyder forskellige forebyggelsestilbud, og disse tilbud kan også benyttes af

borgere med en sindslidelse. Det skal løbende vurderes, om der er behov for at lave særlige forebyggelsestilbud tilpasset målgruppen afhængigt af de lokale konkrete forhold.

Forebyggelsesindsatsen skal generelt være et dagligt fokuspunkt i socialpsykiatrien i forhold til de positive helbredsmæssige effekter af fx sund kost og motion. I regionalt regi betyder forebyggelse udover en sund livsstil under indlæggelse og i ambulante forløb også, at der er et vedvarende fokus på, hvordan bivirkningerne af den medicinske behandling kan minimeres.

4.2.5 | Indsatser med henblik på at fastholde patienten i et forebyggelses- eller behandlingsforløb

Det er væsentligt, at alle aktører arbejder hen imod at fastholde det enkelte menneske med en sindslidelse i et forebyggelses- eller behandlingsforløb for en somatisk lidelse. Derfor skal alle aktører gensidigt forpligtige sig på, at det enkelte menneske hjælpes videre til det rette tilbud og at man reagerer på gentagne udeblivelser.

Det drejer sig altså ikke om at udpege en tværgående aktør, der er ansvarlig for sektorovergange, men om at hver enkelt aktør, der er i kontakt med den enkelte borger eller patient, sikrer en tilstrækkelig overdragelse. Ydermere skal det gøres nemmere for den enkelte at blive i et forløb. Det kan ske ved eksempelvis at indføre ledsagerordninger og forløbskoordinatorer, at egen læge har de rigtige rammevilkår for at hjælpe, at der er fælles handleplaner på tværs af sektorer, at der holdes netværksmøder (gerne via videokonference) eller at forebyggelse og behandling sker på væresteder eller i borgerens hjem.

Strategien sætter fokus på inddragelse af alle relevante aktører i et patientforløb, nemlig kommunen, psykiatrien, somatikken og almen praksis. Aktørerne vil jf. strategien arbejde ud for fem fælles indsatsområder og dermed styrke den fælles indsats over for bekæmpelsen af livsstilssygdomme hos mennesker med en sindslidelse.

Implementering af strategien 5

Implementering af "Strategi for forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme hos mennesker med en sindslidelse" påhviler i sidste ende de enkelte aktører, som strategien og de dertil hørende handlinger berører, jf. Kapitel 6.

For at understøtte den proces anbefaler arbejdsgruppen, at implementeringen af strategien sker i et lokalt samarbejde mellem kommuner, praktiserende læger, relevante lokale somatiske behandlingstilbud og psykiatrien. Det foreslås, at implementering sker over en fireårig periode, dvs. fra 2013-2016.

Arbejdsgruppen gør opmærksom på, at såfremt det skal sikres, at strategien implementeres, så kræver det, at alle aktører er villige til at forpligte sig til deres del af opgaven. Alle aktører må desuden påregne visse administrative udgifter i forbindelse med implementeringen af strategien til afholdelse af møder og udarbejdelse af fælles materialer mv.

5.1 | Hvem er ansvarlig for at implementere strategien?

Det er de fire psykiatriske samordningsfora, som har det overordnede tværgående ansvar for at implementere og følge op på strategien. De fire psykiatriske samordningsfora har følgende opdeling: Sønderjylland (Tønder, Sønderborg, Haderslev, Aabenraa), Vestjylland (Fanø, Varde, Billund, Vejen, Esbjerg), Lillebælt (Kolding, Fredericia, Vejle, Middelfart, Assens, Nordfyn) og Fyn (Kerteminde, Nyborg, Ærø, Langeland, Faaborg-Midtfyn, Svendborg, Odense). Det er ligeledes de fire samordningsfora, der skal pege på, hvem der står for den konkrete implementering i det pågældende område. De somatiske samordningsfora, praksiskonsulenter, de kommunale lægefaglige udvalg samt PLO inddrages ligeledes i implementeringen af strategien.

Implementering og måling på gennemførelse af strategien skal være et fast punkt på de to årlige møder i de lokale psykiatriske samordningsfora fra foråret 2013 og frem, til implementeringen er gennemført.

Arbejdsgruppen anbefaler endvidere, at der nedsættes en regional tværsektoriel projekt-

gruppe, der kan lave fælles materiale mv. Det er ligeledes her, at der kan videreudvikles på monitoreringsredskaberne.

5.2 | Aktiviteter i forbindelse med implementering og monitorering af strategien

Arbejdsgruppen foreslår, at de fire psykiatriske samordningsfora iværksætter en række konkrete aktiviteter i forbindelse med implementeringen og monitoreringen af strategien.

5.2.1 | Kick-off møder

Lokalpsykiatrien afholder kick-off møder i kommunerne i samarbejde med de lokale psykiatriske samordningsfora. Der udarbejdes et fælles koncept til kick-off møderne. Til mødet inviteres kommunale samarbejdspartnere, relevante lokale somatiske behandlingstilbud og praktiserende læger til en præsentation af strategien og en fælles drøftelse af, hvordan de anbefalede tiltag kan iværksættes lokalt. Målgruppen er primært relevante ledere.

Endvidere afholdes fælles møder mellem de psykiatriske og de somatiske samordningsfora og praksiskoordinatorer.

5.2.2 | Fælles konference

Samtidig foreslås det, at der på et tidspunkt i løbet af implementeringen afholdes en fælles konference for kommuner og region for ledere og fagfolk, hvor der er faglige oplæg, og hvor eksempler på gode lokale løsninger i forhold til implementeringen fremhæves. Det skal således gøres langt nemmere at udbrede gode forebyggelses- og behandlingstiltag mellem aktørerne, således at flere kan få glæde af dem.

5.2.3 | Informationsformidling

Sideløbende med denne indsats skal der formidles information om strategien og handlingsplanen gennem relevante kanaler, fx VisInfoSyd, PraksisNyt, kommunale nyhedsbreve mv. Implementeringsindsatsen skal suppleres med informationsmateriale. Projektgruppen skal afgøre hvordan formidlingen kan ske, men der bør i høj grad lægges vægt på at gøre kampagnen elektronisk.



5.2.4 | Monitorering og opfølgning

Opfølgning på strategien kan ske gennem en tværsektoriel "journalaudit", hvor et antal patient/borgerforløb gennemgås for at undersøge hvorvidt de indgåede aftaler følges. En sådan opfølgning bør inddrage de parter, der har været involveret i forløbet, for at sikre, at den læring, gennemgangen kan give, føres ud i organisationerne og kan danne grundlag for bedre patient/borgerforløb fremadrettet.

Med afsæt i de data fra de praktiserende læger, der er tilgængelige via datafangstmodulet undersøges udviklingen over tid i forhold til, om der er flere mennesker med en sindslidelse, der gennemfører længere behandlingsforløb for livsstilssygdomme ved den praktiserende læge mv.

Udviklingen i kommunernes indsats monitoreres ved at undersøge, om der er tilgængelige forebyggelsestilbud (tilgængelig indsats) uden ventetid (tilstrækkelig kapacitet) og hvor mange forløb der gennemføres (flow/volumen). Endvidere undersøges, om der er vedtagne politikker og rammer.

Endeligt inddrages de tilbagevendende resultater fra sundhedsprofilundersøgelserne i opfølgningen.

5.2.5 | Opstart af implementeringsprocessen

Psykiatri- og Socialstaben tager sammen med det Fælles Kommunale Sundhedssekretariat initiativ til nedsættelse af den projektgruppe, der bidrager med informationsmateriale, monitoreringsredskaber mv., der kan understøtte de psykiatriske samordningsforas implementering af strategien. Her inddrages blandt andet relevante deltagere fra arbejdsgruppen.

Projektgruppen skal endvidere sikre, at relevante input fra de høringssvar, der blev fremsendt i forbindelse med at strategien var i høring i juni-september 2012, inddrages.

Projektgruppen nedlægges, når det nødvendige materiale er udarbejdet.

Forslag til konkrete indsatser

6

I skemaerne nedenfor konkretiseres indsatserne opdelt på de enkelte aktører. Skemaerne angiver i første kolonne overskriften på indsatsen,

anden kolonne beskriver, hvad indsatsen indeholder og tredje kolonne angiver, i hvilket regi indsatsen sker.

6.1 | Kommunerne

Indsats	Indhold/handling	Hvem gør hvad
Vedtagelse af rammer og politikker, som understøtter en sund livsstil for mennesker med en sindslidelse	Det er nødvendigt, at alle kommuner sikrer, at politikker og strategier for sund livsstil, forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme også inkluderer mennesker med en sindslidelse.	Kommunalbestyrelserne.
Ledsagelse til tilbud om forebyggelse og behandling	Mennesker med en sindslidelse kan have svært ved at komme af sted til de tilbud om forebyggelse og behandling, som findes. Dette kan handle om manglende motivation, men også om frygt for at komme ud og møde andre eller frygt for at prøve nye ting. Ved at have en ledsager, som man er tryk ved, bliver det lettere at komme af sted.	Støtte efter Servicelovens §85 kan omfatte ledsagelse, såfremt dette prioriteres af visitationen. For borgere med mildere grad af sindslidelse kan en frivillig ledsager være et alternativ. En tredje mulighed er socialpsykiatriske handicaphjælpere, som kan ansættes til ledsagesopgaven (ex. opsøgende støtte- og kontaktperson jf. Servicelovens §99).
Styrke medarbejdernes kompetencer til at motivere borgere med en sindslidelse til at have en sund livsstil	Det er afgørende, at medarbejderne har gode kompetencer til at hjælpe borgerne med at holde motivationen til en sund livsstil og til at komme af sted til tilbud om forebyggelse og behandling. Borgere med en sindslidelse har ofte behov for hjælp og støtte til dette, og derfor bør medarbejderne være klædt godt på til denne opgave.	Kommunerne skal sikre, at medarbejderne i socialpsykiatrien har kompetencer til at motivere borgerne til at leve sundt.
Kurser til medarbejderne i socialpsykiatrien om livsstilssygdomme	For at kunne støtte borgerne bedst muligt er det nødvendigt, at medarbejderne i socialpsykiatrien har viden om sammenhængen mellem sindslidelse og overdødelighed, hvad livsstilssygdomme er, hvordan de forebygges, og hvordan de som medarbejdere bedst understøtter en evt. behandling. Der er særligt vigtigt, at personalet er klædt på til at observere og rapportere vedrørende medicinindtag og eventuelle bivirkninger.	Disse kurser kan evt. tilrettelægges sammen med regionen.

<p>Understøtte sundhedstjek/kontrol ved at lade disse foregå på væresteder eller lign.</p>	<p>Det kan være vanskeligt for mennesker med en sindslidelse at deltage i almindelige tilbud om opfølgning på livsstilssygdomme eller blot at komme til egen læge.</p> <p>Det vil derfor være af stor betydning, hvis sundhedstjekket/kontrollen kommer til borgerne i stedet for, at borgerne skal et sted hen for at få et sundhedstjek.</p> <p>Ved regelmæssigt at tilbyde sundhedstjek/kontrol fx på kommunens værested vil langt flere mennesker med en sindslidelse få mulighed for at få viden om deres egen sundhed.</p>	<p>Etablering af sundhedstjek/kontrol udenfor de almindelige tilbud skal ske i samarbejde mellem de kommunale tilbud og sundhedsfagligt personale. Det kan fx være den kommunale sygeplejerske, der forestår dette og hjælper borgeren videre/tager kontakt til fx praktiserende læger eller ambulatoriet på det somatiske sygehus.</p>
<p>KRAM som del af §141 handleplanen</p>	<p>For at sikre at der er fokus på livsstilssygdomme for denne gruppe borgere, bør KRAM indgå som en del af §141 handleplanen, således at det sikres, at der handles på dette.</p>	<p>Den kommunale visitation skal forholde sig til at tænke KRAM ind, når der i handleplanen opstilles mål for borgerne.</p>
<p>“Socialpsykiatrien i bevægelse”</p>	<p>Sund livsstil skal være en naturlig del af alle tilbud i socialpsykiatrien. Motion bør derfor tænkes ind i alle tilbud, så medarbejdere og borgere bevæger sig så meget som muligt. Det er vigtigt at være bevidst om, at medarbejderes livsform på arbejdet kan påvirke målgruppens motivation, derfor er en professionel og systematisk tilgang nødvendig.</p> <p>Sund kost, rygestop og alkoholfrie miljøer og aktivitetscentre bør ligeledes tænkes ind i socialpsykiatriens tilbud.</p> <p>Det er vigtigt, at medarbejderne deltager, når der fx dyrkes fysisk aktivitet, således at de er med til at gå foran med en sund livsstil.</p>	<p>Alle socialpsykiatriske tilbuds medarbejdere skal tænke KRAM ind i deres arbejde med borgerne.</p>
<p>Kommunale KRAM tilbud</p>	<p>Kommunale KRAM tilbud, fx motionshold, rygestopkurser mv. skal evalueres i forhold til muligheden for at mennesker med en sindslidelse kan deltage.</p> <p>For nogle mennesker med en sindslidelse er det en fordel at deltage i de eksisterende tilbud, mens det for andre kan være en fordel, at der etableres særlige tilbud til mennesker med en sindslidelse, som fx afholdes på værested eller lign.</p> <p>Det er dog afgørende, at alle kurser har samme formål og indhold – det handler blot om en anderledes tilrettelæggelse.</p>	<p>KRAM tilbud udbydes, så mennesker med en sindslidelse har mulighed for at deltage.</p>

Forløbskoordination	Mennesker med en sindslidelse har behov for hjælp og støtte til at sikre, at de kommer af sted til de tilbud om forebyggelse og behandling, som findes for dem.	Dette kunne være en del af § 85 støtten og i samarbejde med Lokalpsykiatrien.
Der skal handles på gentagne udeblivelser	Det indebærer en forpligtigelse til at tage fat i de borgere, der gentagne gange udebliver, eller den relevante samarbejdspartner, der har kontakten til enkelte borger.	Alle med kontakt til borgeren.

6.2 | Psykiatrien

Indsats	Indhold/handling	Hvem gør hvad
Behandlingspakker for patientforløb	<p>Psykiatrien er ved at implementere standardiserede udrednings- og behandlingspakker. I første omgang er pakkerne målrettet patienter med ikke-psykotiske lidelser. Sideløbende hermed vil der blive udviklet og implementeret pakkeforløb for øvrige diagnoser. Pakkeforløbene indeholder standarder for det sundhedsfaglige behandlingstilbud, herunder screening/udredning af somatiske sygdomme samt misbrug m.v.</p> <p>Endvidere skal der arbejdes aktivt med at udvikle og implementere løsninger, der kan sikre en højere grad af patientfastholdelse i alle forløb, eventuelt via sms-påmindelser eller lignende.</p>	Psykiatrisygehuset
Obligatorisk screening i patientforløb	<p>Indbygget i pakkeforløbene er en systematisk screening for KRAM-faktorer, metabolisk syndrom, allergi/intolerans og hjerte-karsygdomme mm.</p> <p>Screeningen kan organisatorisk forankres i en Sundhedsvejlederfunktion.</p>	Psykiatrisygehuset
Medicin og bivirkninger	<p>Danske Regioners kvalitetsstrategi har fokus på risikomedicin og polyfarmaci. Psykiatrien i Region Syddanmark arbejder aktivt med at sikre fokus på hele medicinrådet, bl.a. gennem udarbejdelse og implementering af fælles rekommandationslister med angivelse af de mest effektive lægemidler til en given lidelse.</p> <p><i>fortsættes</i></p>	Psykiatrisygehuset

Endvidere etableres en regional funktion som bivirkningsmanager, der skal arbejde med at indsamle og udbrede viden om bivirkninger ved anvendt medicin. Alle patienter i den regionale psykiatri får ved afslutning af indlæggelse og overgang til ambulans behandling gennemgået medicinen med henblik på at mindske bivirkninger. Oplysninger om medicin og evt. bivirkninger kommunikerer til den praktiserende læge og evt. kommunen via de etablerede kommunikationsveje. Såfremt de nuværende elektroniske kommunikationsmuligheder ikke kan understøtte udveksling af data, skal der ses på udviklingspotentialer indenfor de nuværende elektroniske kommunikationsmuligheder. Alternativt kan der ses på udvikling af en ny elektronisk kommunikationsstandard til det specifikke formål.

Det skal overvejes, om der skal ske en gennemgang af kost-, vitamin- og mineraltilskud ved afslutningen af indlæggelser.

Samarbejdsaftaler mellem psykiatri og somatik	Et tæt samarbejde mellem psykiatri og somatik omkring patienterne er en af forudsætningerne for at reducere overdødeligheden blandt psykiatriske patienter. I Region Syddanmark sikres dette dels ved, at både somatik og psykiatri på sigt indgår i de fælles akutmodtagelser. På kortere sigt formaliseres samarbejdet gennem samarbejdsaftaler, der bl.a. indeholder aftaler om gensidige tilsyn, second opinion, sparring og undervisning.	Samarbejdsaftalen udarbejdes i fællesskab af somatik og psykiatri i Region Syddanmark primo 2013
Elektronisk kommunikation om screeningsresultater	Resultater fra screening/udredning formidles til praktiserende læger og kommune via de etablerede kommunikationsveje, fx udskrivningsbreve (epikriser). Såfremt de nuværende elektroniske kommunikationsmuligheder ikke kan understøtte udveksling af data, skal der ses på udviklingspotentialer indenfor de nuværende elektroniske kommunikationsmuligheder eller alternativt ses på udvikling af en ny elektronisk kommunikationsstandard til det specifikke formål.	Klinisk IT i psykiatrien

Fysisk aktivitet	Psykiatrien i Region Syddanmark ønsker at sikre, at fysisk aktivitet er en integreret del af behandlingstilbuddene til alle patienter. Fysisk aktivitet er medvirkende til at reducere behovet for og brugen af tvang og kan reducere behovet for medicin m.v. Mulighed for fysisk aktivitet skal derfor indtænkes i alle igangværende og kommende anlægsprojekter i psykiatri-sygehuset. Erfaringerne fra Sundhedsstyrelsens landsdækkende implementeringsprojekt ⁴ kan inddrages, ligesom muligheden for satspulje finansiering af konkrete projekter skal afsøges.	Psykiatriens sygehusledelse Psykiatriens Anlægssekretariat
Uddannelse	Der er behov for at personalet oplyses og efteruddannes omkring den nuværende overdødelighed blandt mennesker med en sindslidelse (bl.a. som følge af livsstilssygdomme), forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme samt, hvad personalet kan gøre i samspil med andre aktører.	Kan indgå i arbejdet omkring fælles regionale og lokale samarbejdsaftaler mellem somatik og psykiatri
Der skal handles på gentagne udeblivelser	Det indebærer en forpligtigelse til at tage fat i de patienter, der gentagne gange udebliver, eller den relevante samarbejdspartner, der har kontakten til enkelte patient.	Alle i psykiatrien

6.3 | Det sociale område i Region Syddanmark

Indsats	Indhold/handling	Hvem gør hvad
Implementering af strategien på relevante sociale tilbud	I lighed med de kommunale institutioner skal tiltagene i strategien implementeres på relevante regionale tilbud	Det sociale område

4. Sundhedsstyrelsen "Fysisk aktivitet i psykiatrien" <http://www.sst.dk/Sundhed%20og%20forebyggelse/Fysisk%20aktivitet/Anbefalinger%20til%20psykiatriske%20patienter.aspx>

6.4 | Somatikken

Indsats	Indhold/handling	Hvem gør hvad
Obligatorisk screening	Systematisk screening for KRAM-faktorer, metabolisk syndrom og hjertekarsygdomme. Det metaboliske syndrom er en ophobning af forskellige risikofaktorer, som øger risikoen for at udvikle hjertekarsygdomme og diabetes. I sammenhæng med screeningen skal afdelingen tage ansvar for at kommune og praktiserende læge får overdraget de resultater, der skal handles på.	Skal implementeres i Kvalitetsarbejdet
Samarbejdsaftaler mellem psykiatri og somatik	Somatikkens samarbejde med psykiatrien formaliseres gennem samarbejdsaftaler, der bl.a. indeholder aftaler om gensidige tilsyn og undervisning. De skal også rumme mulighed for hurtig gensidig faglig sparring om overlappende somatiske og psykiatriske problematikker. Evt. via videokonference.	Samarbejdsaftalen udarbejdes i fællesskab af somatik og psykiatri i Region Syddanmark i 2013
Uddannelse	Der er behov for, at læger og andet relevant personale oplyses og efteruddannes omkring den nuværende overdødelighed blandt mennesker med en sindslidelse (bl.a. som følge af livsstilssygdomme) samt, hvad personalet kan gøre i samspil med andre aktører.	Kan indgå i arbejdet omkring fælles regionale og lokale samarbejdsaftaler mellem somatik og psykiatri
Der skal handles på gentagne udeblivelser	Det indebærer en forpligtigelse til at tage fat i de patienter, der gentagne gange udebliver, eller den relevante samarbejdspartner, der har kontakten til enkelte patient.	Alle i somatikken

6.5 | De praktiserende læger

Indsats	Indhold/handling	Hvem gør hvad
Mulighed for samarbejdsprojekt med kommunens støttekontaktperson	Mulighed for et projekt/en aftale hvor praktiserende læge og støttekontaktperson er sammen om at sikre, at patienten når frem til behandling i lægepraksis eller alternativt laver opsøgende hjemmebesøg.	Praksisafdelingen
Mulighed for samarbejdsprojekt med lokalpsykiatrien	Mulighed for et projekt/en aftale hvor praktiserende læge og lokalpsykiatri er sammen om at sikre, at patienten når frem til behandling i lægepraksis eller alternativt laver opsøgende hjemmebesøg.	Praksisafdelingen
Netværksmøder via videokonference	Muligheden for at afholde netværksmøder via videokonference med kommune, psykiatrisk afdeling og andre relevante parter undersøges, herunder finansiering og erhvervelse af udstyr. Videokonference møder vil muliggøre, at der kan afholdes møde om livsstilssygdomme med kommune og psykiatri uden transporttid. Her kan gøres status på evt. behandling af livsstilssygdomme, screeningsresultater og det videre forebyggelses- og behandlingsforløb kan aftales. Honoreringen kan formentligt sidestilles med den nuværende ydelse for socialmøde mellem den enkelte læge og kommune i individuelle sager.	Praksisafdelingen.
Projekt vedr. forebyggende helbredsundersøgelser	Et muligt kommende projekt i regionen, hvor fokus er på ulighed i sundhed og kontakt til de mennesker, som har et særligt behov, men ikke nødvendigvis selv opsøger lægen. Her skal mennesker med en sindslidelse tænkes ind.	Praksisafdelingen
Efteruddannelse af praktiserende læger	Der er behov for, at praktiserende læger oplyses og efteruddannes omkring den nuværende overdødelighed blandt mennesker med en sindslidelse (bl.a. som følge af livsstilssygdomme) samt uddannelse i, hvad den praktiserende læge kan gøre i samspil med andre aktører.	Indgår i planlægningen af de regionale uddannelsestilbud til lægerne
Der skal handles på gentagne udeblivelser	Det indebærer en forpligtigelse til at tage fat i de patienter der gentagne gange udebliver, eller den relevante samarbejdspartner, der har kontakten til patienten.	Alle i den enkelte lægepraksis

7 Referencer

- Den regionale samarbejdsaftale for det psykiatriske område:
www.regionsyddanmark.dk/wm219445
- Kronikerstrategi: Indsatsen for mennesker med en kronisk sygdom i Region Syddanmark:
www.regionsyddanmark.dk/wm280600
- Patientforløbsprogrammer KOL, diabetes, og hjerte:
www.regionsyddanmark.dk/wm280603
- Grundaftale om forebyggelse og sundhedsfremme:
www.regionsyddanmark.dk/wm282994
- Grundaftale om indsatsen for mennesker med sindslidelse:
www.regionsyddanmark.dk/wm332930
- Kvalitet i psykiatrien (Den fælles regionale kvalitetsstrategi for psykiatrien):
www.regioner.dk (under psykiatri – publikationer)
- Sundhedsstyrelsen "Fysisk aktivitet i psykiatrien":
www.sst.dk (under publikationer)

Hjemmeside med baggrundsmateriale mv.:
www.psykiatriensyddanmark.dk/wm376844

Arbejdsgruppens sammensætning

Jeppe Bruun-Petersen, medlem af Psykiatrisk Dialogforum, repræsenterer SIND
Minna Holm-Nielsen, medlem af Psykiatrisk Dialogforum,
repræsenterer LAP-Landsforeningen Af nuværende og tidligere Psykiatribrugere
Allan Bentzen, afdelingsleder, Middelfart Kommune
Anne Højmark Jensen, leder af det mobile sundhedscenter, Faaborg-Midtfyn Kommune
Erik Holm, socialfaglig leder, Odense Kommune
Frank Mølgaard, udførerchef, Billund Kommune
Gitte Schmidt, afdelingsleder, Billund Kommune
Karin Fuglsang, socialfaglig konsulent, Haderslev Kommune
Kirsten Enevoldsen Myrup, sundhedschef, Varde kommune
(kommunal medformand for arbejdsgruppen)
Sanne Schroll / Lene Nørlund, udviklingskonsulent, Varde Kommune
(kommunal sekretær for arbejdsgruppen)
Sven Rode, fagchef for psykiatri og handicap, Tønder Kommune
Lene Søndergaard, praktiserende læge, Middelfart
Michael Schmidt, praktiserende læge, Kerteminde
Bjørn Bjerrehøj, akademisk projektleder, Sundhedssamarbejde og kvalitet
Henrik Hey, overlæge, dr. med., klinisk lektor SDU, Medicinsk afdeling, Sygehus Lillebælt
Lisbeth Møller Andersen, oversygeplejerske Geriatrik afdeling, Odense Universitetshospital
Steen A. Schmidt, ledende overlæge Ortopædkirurgisk afdeling, Sygehus Lillebælt
Anette Bækgaard Jakobsen, afdelingschef, Psykiatri- og Socialstaben
(regional medformand for arbejdsgruppen)
Anette Brink, udviklings- og kvalitetskoordinator, Psykiatrisk Afdeling Haderslev og Augustenborg
Asger Krogager Kjellerup, AC medarbejder, Psykiatri- og Socialstaben
(regional sekretær for arbejdsgruppen)
Gitte Truelsen, ambulantsygeplejerske, Lokalpsykiatri Esbjerg
John Teilmann Larsen, overlæge, ph.d., klinisk lektor SDU, Psykiatrisk Afdeling Odense
– Universitetsfunktionen

I løbet af processen har der ligeledes været inddraget en række ressourcepersoner:

Anita Lerche, specialkonsulent, Psykiatri- og Socialstaben
Claus Ingemann, ekstern konsulent
Finn Sørensen, chefkonsulent, Psykiatri- og Socialstaben
Inge Pedersen, specialkonsulent, Center for Kvalitet
Jeanette Hounsgaard, souschef, Center for kvalitet
Susanne Heinrich, IT-konsulent, Psykiatriadministrationen.

Region Syddanmark
Damhaven 12 . 7100 Vejle
Tlf. 7663 1000
regionsyddanmark.dk



De 22 kommuner i Region Syddanmark


Region Syddanmark