



23.11.2015

Projekt: Din sundhed ved psykisk sygdom

Udvikling af tværsektoriel model som understøtter den generiske model for forløbsprogrammer for mennesker med psykisk lidelse.

Projektperiode	1.januar 2016 - 31. december 2016
Projektbeskrivelse	Projektet skal bidrage til at udvikle og teste en model målrettet patienter/borgere med vedvarende sindslidelser og somatiske problemstillinger der kan lede til hjerte-karsygdomme, diabetes og metabolisk syndrom. Omdrejningspunktet for projektet er et tværsektorielt samarbejde mellem psykiatri, kommune og almen praksis. Der arbejdes ud fra en rehabiliterende og recovery orienteret tankegang, hvor borgerne/patienterne og pårørende inddrages i udviklingen af modellen i samarbejde med fagprofessionelle fra begge sektorer. Projektet skal bidrage til at forøge den enkeltes sundhed og livskvalitet. På lang sigt ønskes at forøge den gennemsnitlige levetid hos målgruppen samt at skabe mere lighed i sundhed.
Mål	
Baggrund	Den gennemsnitlige levetid er omkring 20 år kortere for psykiatriske patienter end for almenbefolkningen. (1) Overdødeligheden gælder for alle psykiatriske diagnosegrupper og 40 procent af overdødeligheden tilskrives eksterne årsager, primært selvmord, mens 60 procent tilskrives somatiske sygdomme/medicinske tilstande og viser sig indenfor: hjerte-karsygdomme, diabetes, kræft, infektioner og andet. (1). Kvantitativt Kvantitativt spiller hjerte-karsygdomme den største rolle i for tidlig død (2). Undersøgelser viser at psykiatriske patienter har en overdødelighed af livsstilssygdomme som diabetes, hjerte-karsygdomme og kræft, fordi de generelt har mere usunde kostvaner, ryger mere, drikker mere alkohol og er mindre fysisk aktive end befolkningen i almindelighed. Samtidig kan antipsykotisk medicin give risiko for vægtøgning. Psykiatriske patienter kan risikere at blive underbehandlet, fordi de på grund af deres psykiske sygdom har brug for særlig støtte og motivation



23.11.2015

<p>Samarbejde med DPC Frederiksberg</p>	<p>til at følge behandlingen for den somatiske sygdom, samt forebygge udvikling eller forværring af livsstilsændringer.</p> <p>I Distriktpsychiatrisk Center (DPC) på Frederiksberg er tilknyttet ca. 900 patienter til ambulante behandling. Alle patienter får ved opstart i DPC, udført en sygeplejefaglig vurdering, hvor der spørges ind til den somatiske tilstand bl.a. smerter, mavetarmfunktion/fordøjelse, bevægeapparatet mm. Værdier som BT, puls, højde, BMI og talje omfang måles. Desuden screenes for KRAM faktorerne og patienten får tilbud om fx kostvejledning, rygestop, motionstilbud mv. Har patienten fx forhøjet kolesterol tal eller forhøjet BT opfordres patienten til at gå til egen læge. Har patienten et vægtproblem, er det den primære behandlers opgave at veje patienten jævnligt og tale videre med patienten om KRAM faktorerne. Det er et problem at kun ca. 5 procent af patienterne gør brug af de eksisterende tilbud.</p>
<p>SSUPP undersøgelser</p>	<p>DPC har tilknyttet en ny funktion indenfor psykiatrien: Funktion for Systematiske Somatiske Undersøgelser af Psykiatriske Patienter (SSUPP), som kun forekommer på 3 andre psykiatriske centre i Region Hovedstaden og ingen andre steder i landet. Funktionen går ud på at en speciallæge i almen medicin undersøger alle nytilkomne patienter for somatiske problemstillinger eller mangelfuldt behandlet tidligere erkendt somatisk sygdom. Af de undersøgelser der indtil nu er opgjort blandt patienterne i DPC som er undersøgt med SSUPP, er der fundet indikation for yderligere somatiske udredning eller behandling hos 70% af patienterne. Speciallægen sender de somatiske fund til patientens egen læge og opfordrer patienten til at tage kontakt til denne. Af de somatiske fund indgår de risikofaktorer, som bl.a. kan medføre udvikling af metabolisk syndrom. Det metaboliske syndrom er en ophobning af forskellige risikofaktorer, som øger risikoen for at udvikle hjerte-karsygdomme og diabetes. Problemstillingen er, at patienterne som opfordres til at henvende sig til egen læge, ofte ikke kommer dertil og dermed ikke bliver udredt og behandlet for deres somatiske symptomer/ lidelser. Desuden får det den konsekvens at de heller ikke bliver tilknyttet et forløb i Sundhedscentret, som erfarer at der er få henvisninger af borgere med psykisk sygdom og en kronisk lidelse.</p>
<p>Forløb på sundhedscentret</p>	<p></p>



23.11.2015

	<p>I Sundhedscentret oplever man, at borgere med psykisk sygdom er sværere at rekruttere og fastholde i de eksisterende tilbud.</p> <p>Undersøgelser viser, at mennesker med psykisk sygdom (skizofreni, bipolar sygdom og depression) i lige så høj grad som resten af befolkningen ønsker at ændre deres livsstil, hvad angår rygning, kost og fysisk aktivitet, men at mennesker med psykisk sygdom oplever en række barrierer, bl.a. deres sygdomssymptomer (fx manglende energi og initiativ) de medicinske bivirkninger (fx vægtøgning og træthed) og den samlede livssituation, som kan være præget af social isolation og vanskeligheder ved at skabe struktur. (2) Derfor er det nødvendigt med støtte fra professionelle og det personlige netværk ift. livstilsinterventioner. (2)</p> <p>Skal levetiden for mennesker med psykiske sygdomme øges er der behov for en bedre somatisk udredning og behandling samt forebyggelse. Dette fordrer et godt tværsektionelt samarbejde mellem psykiatrien, almen praksis og kommune.</p>
<p>Formål med projektet</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fremme og forbedre sundhed og livskvalitet for patienter/borgere med psykisk lidelse og somatiske problemstillinger. • Sikre en tidlig og koordineret tværsektoriel sundhedsindsats til målgruppen. • Bidrag til af forøge den gennemsnitlige levetid hos målgruppen og skabe mere lighed i sundhed. • Understøtte mål og vision for sundhedspolitikken om et længere liv med flere leveår.
<p>Mål for projektet</p>	<ul style="list-style-type: none"> • At undersøge patienternes/borgerens ønsker og behov for et forløb der styrker deres sundhed og livskvalitet med fokus på rehabilitering og recovery og at inddrage dem i udvikling af forløbet. • At undersøge årsagerne til at en meget stor andel af målgruppen ikke deltager i de eksisterende sundhedstilbud i Sundhedscentret og DPC. • At udvikle en model for det tværsektorielle samarbejde i forhold til kompetencer, opgaver og ansvarsfordeling. • At udvikle et forløb der matcher



23.11.2015

	<p>patienternes/borgerens behov i forhold til sundhed og livskvalitet.</p> <ul style="list-style-type: none"> • At få testet et forløbsprogram
<p>Projektets målgruppe</p>	<p>Patienter/borgere med psykisk lidelse og somatiske problemer, der har behov for en længerevarende, tværfaglig og tværsektoriel behandlingsindsats og er tilknyttet DPC – team øst og team vest.</p>
<p>Inklusionskriterier</p>	<p>Patienter/borgere over 18 år med bopæl i Frederiksberg Kommune med skizofreni, skizoaffektiv lidelse, bipolar lidelse samt depression og som har følgende somatiske lidelser eller problemstillinger:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hjerte-karsygdom • Diabetes • Metabolisk syndrom • Risikofaktorer som fremmer udviklingen af metabolisk syndrom
<p>Rekruttering</p>	<p>Rekruttering til projektet foregår vi psykiater (DPC), speciallæge i almen medicin, sygefagligt personale, primær behandler og egen læge.</p>
<p>Metodebeskrivelse, tidsplan og milepælene</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Der udarbejdes en model for det tværsektorielle samarbejde. 2. Der udarbejdes en model for et forløb der styrker patientens/borgerens sundhed og livskvalitet med fokus på rehabilitering og recovery. <p>I udviklingen af modellen inddrages:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patienter/borger - Pårørende - Recovery mentor fra DPC - Fagprofessionelle fra sundhedscenter, psykiatri og støtte-kontaktpersonsordningen på Frederiksberg <p>Metode til udvikling:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Samtaler med patienter på DPC - Fokusgruppeinterview med alle relevante aktører - Workshop for alle relevante aktører



23.11.2015

	<p>Fokus i indsatsen er relateret til fasen før overvejelse af forandring, motivation og forudsætninger som fx forudsigelighed, støtte fra netværk, tryghed mv.</p>
<p>Gruppeforløb, individuelt forløb</p>	<p>Forløbet tilbydes som et gruppeforløb med fokus på fællesskab. Såfremt borgeren ikke er parat til et gruppeforløb, tilbydes et individuelt forløb. Der undersøges om telesundhed/velfærdsteknologi kan understøtte patienten/borgeren i at fastholde livsstilændringer.</p>
<p>Læringsprincipper</p>	<p>Forløbet tilrettelægges efter 5 læringsprincipper (3)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Læring gennem erfaring:</i> Deltagerne gør tingene rent praktisk, fx handle ind 2. <i>Følelsesmæssig læring:</i> Deltagerne motiveres til at reflektere over egne følelser ved fx at beskrive egne vaner og erfaringer 3. <i>Kropslig læring:</i> Deltager afprøver forskellige fysiske øvelser 4. <i>Kognitiv læring:</i> Deltagerne får ny viden og stimuleres til at sætte mål og planlægge forandringer 5. <i>Social læring:</i> Det sociale samspil og andres erfaringer samt oplevelser, sætter nye tanker i gang hos deltagerne.
<p>Det tværsektorielle samarbejde - opgave og rollefordeling</p> <p>Projektledere og ankerperson</p>	<p>Følgende fagpersoner fra Kommunen og Psykiatrien inddrages:</p> <p>I projektet vil der være to projektledere, der dels repræsenterer behandlingspsykiatrien og det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde omkring sundhed og livskvalitet. Derudover vil rollefordelingen og opgaverne være knyttet til borgerforløbet. Der vil være en ankerperson med en psykiatrifaglig baggrund, som kan understøtte den tværsektorielle tankegang. Ankerpersonen følger borgeren til egen læge og støtter borgeren i forløbsprogrammet. Sundhedsprofessionelle fra sundhedscentret er ansvarlige for gennemførelsen af modulerne i forløbsprogrammet. Temaerne for modulerne besluttet i et samarbejde mellem diverse aktører i projektet. Ankerpersonen er ansvarlige for at inddrage</p>



23.11.2015

<p>Projektets organisering</p>	<p>relevante samarbejdspartnere i forhold til at støtte borgeren i gennemførelsen af forløbsprogrammet. Eksempelvis inddragelse af støttekontaktpersoner, mentorer og sagsbehandler i jobcentret (F86) samt andre relevante samarbejdspartnere.</p> <p>Projektejere er:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Torben Laurén • Kristen Kistrup
<p>Styregruppe</p>	<p>Der er etableret en styregruppe med deltagelse af:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Addie Just, Leder af forebyggelsesområdet, Frederiksberg Kommune • Birgitte Vejstrup, Kvalitetschef, Psykiatrisk Center Frederiksberg • Charlotte Bøttger, Ledende distriktssygeplejerske, Distriktpsikiatrisk Center Frederiksberg • Torben Svanhede / Niels Henrik Jensen, leder af Støttekontaktpersonsordningen • Praksiskonsulent, læge Ken Nielsen <p>Styregruppen er ansvarlig for de overordnede beslutninger vedrørende projektets formål, godkendelse af endelig projektbeskrivelse og økonomi. De skal beslutte evt. kursændringer, være ambassadører for projektet, fastsætte og fastholde de aftalte rammer vedr. tid, ressourcer og kvalitet. Derudover skal styregruppen sikre ressourcer til projektet.</p> <p>Der afholdes 4 styregrupper møder i projektets livsfase. Et indledende styregruppemøde samt efter analyse fasen, test af modellen og efter evaluering.</p>
<p>Projektgruppe</p>	<p>Projektgruppen består af:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Projektleder Sylvia Johannsen, Frederiksberg Kommune • Projektleder fra Distriktpsikiatrisk Center forventes at blive ansat efter afklaring af den fælles ansøgning om puljemidler. • Diabetessygeplejerske Annette Andersen, Frederiksberg Kommune



23.11.2015

	<ul style="list-style-type: none"> • Teamkoordinatorer fra Team øst og vest fra Distriktpsikiatrisk Center • 1- 2 patienter og 1 pårørende fra DPC
Følgegruppe	<p>Der etableres en følgegruppe som giver pårørende og patienter indflydelse gennem patientforeninger som SIND. PsykiatriNetværket, PsykiatriFonden og Bedre psykiatri.</p>
Opgavefordeling	<p>Projektlederne har ansvar for den daglige ledelse og styring af projektet.</p> <p>Projektgruppens ansvar er at løse opgaver i henhold til aftale om leveringsfrist og kvalitet samt påpege forbedringer. Projektgruppen skal bidrage med ressourcer til projektet som aftalt og være gode ambassadører for projektet. Følgegruppen bidrager med deres viden og erfaringer fra området.</p>
Projektets budget	<p>Projektets budget er på 500.000 kr. som er søgt fælles fra ansøgningspuljen for tværsektorielt samarbejde, og udgøres af en kommunal medfinansiering på 500.000 fra Frederiksberg Kommune. Vurderingsudvalgets indstilling af projektet forventes at blive behandlet den 3.12. 2015.</p>
Evaluering	<p>Projektet evalueres ved brug af CMO-modellen (4), som også kaldes "virkningsevaluering", som muliggør måling og beskrivelse af resultaterne gennem vurdering af virkningerne. Virkningsevalueringen tager afsæt i de forventninger, der kan stilles til interventionens gennemførelse og succes.</p>
Forandringsteori	<p>Udvikling af programteori/forandringsteori for projektet udarbejdes ved starten af projektet.</p>
Grundig beskrivelse af konteksten	<p>CMO- modellens udgangspunkt er en grundig og omfattende beskrivelse af kontekst (som i projektet er de kvalitative og kvantitative analyser), der skal gøre det muligt at vurdere, hvorvidt ændringer i kontekst kan tilskrives de interventioner, der gennemføres som led i projektet.</p>



23.11.2015

Effektmål	<ul style="list-style-type: none"> • 50 procent af de deltagende borgere/patienter, har gennemført forløbet, der styrker patienten/borgerens sundhed og livskvalitet, med fokus på rehabilitering og recovery. • Den enkelte borger/patient oplevede positive ændringer i forhold til hverdagen. • At der er udviklet en tværsektionel samarbejdsmodel som er afprøvet og fungerer • At 80 % med et identificeret somatisk problemstilling kommer til egen læge.
Formidling	<p>Projektets formidling vil tage udgangspunkt i:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Den tværgående samarbejdsmodel • Oplevede erfaringer hos brugerne af indsatsen
Rapport	<p>Der vil blive udarbejdet en skriftlig rapport, samt en grafisk dokumentation af rapporten, som dermed understøtter rapporten visuelt. Dette lægges på Regionens og kommunens hjemmeside, så det er tilgængeligt for andre.</p> <p>Rapporten vil blive sendt til relevante nyhedsbreve, kommunalt og regionalt. Relevante nyhedsbreve er eksempelvis Psykiatrinyt, Sundby netværk, Diverse Forebyggelsescentre, praktiserende lægers nyhedsbrev i Frederiksberg kommune, Sind på Frederiksberg m.m.</p>
Kommunikationsplan	<p>Der vil undervejs i projektet blive lavet en kommunikationsplan, hvor et vigtigt element er at videodokumentere undervejs med Ipad. Her vil der skulle opsamles bruger erfaringer, medarbejder udtalelser m.m. som til slut kan sættes sammen som en anden form for procesdokumentation i videoform. Hvis vi opnår positive resultater, vil der være vigtig og brugbar materiale til videreudvikling af kommunikationsmateriale til implementering (se nedenunder).</p>
Oplæg	<p>Projektlederne skal efter første afsluttet forløb med brugere, tage kontakt til relevante arrangører af temadage/konferencer der omhandler somatik/psykiatri</p>



23.11.2015

<p>Temadag</p>	<p>og foreslå oplæg om projektet, hvis det skønnes relevant. I Frederiksberg kommune ligger der en vigtig løbende formidling af projektet og erfaringer i forhold til samarbejdende aktører. Her vil det være relevant at tilbyde oplæg for medarbejdergrupper, der arbejder i socialpsykiatrien eks. socialpsykiatriteam i kommunen,</p> <p>støtte kontakt persons ordningen, mentorkorps knyttet til arbejdsmarkedsafdelingen, Socialpsykiatriske bosteder, samt det lokale netværk for praktiserende læger i Frederiksberg Kommune.</p> <p>Vi ønsker endvidere at invitere til en halv temadag for ledere og medarbejdere fra både Psykiatrisk Center Frederiksberg, Frederiksberg Kommunes Sundhedscenter og medarbejdere fra Socialpsykiatrien i Frederiksberg Kommune, Praktiserende læger på Frederiksberg, hvor der vil være fokus på samarbejde og resultater.</p>
<p>Forankring og videreførelse</p>	<p>Såfremt projektet viser en effekt, vil det være relevant at prioritere og allokere medarbejderressourcer fra DPC og FSC til denne indsats.</p> <p>Dette vil tages op omkring medio 2016 i projektets styregruppe og formidles til projektejerne.</p>
<p>Referencer</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kvalitet i psykiatrien- ny dagorden til diagnostik o behandling s. 1-10, s.14-3, Danske Regioner 2011. 2. Psykisk sygdom og ændringer i livsstil, rapport fra Vidensråd for forebyggelse, 2012, Merete Nordentoft, Jesper Krogh, Peter Lange og Ane Moltke, s.7-25 s 83-95. 3. Struktur på Sundheden, rapport, Sundhedsstyrelsen 2014. 4. Nye veje i evaluering, Peter Dahler-Larsen og Hanne Katrine Krogstrup; Hans Reitzel forlag,



23.11.2015

--	--