

Monitorering af strategi for forebyggelse og behandling af livsstils-
sygdomme for mennesker med sindslidelse i Region Syddanmark.

Resultat af monitorering ved gennemførelse af survey i efteråret 2013

Forfattere

Inge Pedersen; Jeanette Hounsgaard
Center for Kvalitet, Region Syddanmark
December 2013

Udgivet

Formidling

Rapporten er december 2013 udsendt til de
somatiske og psykiatriske samordningsfora i Region
Syddanmark
Version 1.0

Indhold

Indledning	4
Monitorering og opfølgning på strategien.....	5
Survey efterår 2013	6
Opmærksomhedspunkter fra survey	7
Det videre forløb	9

Kontaktinformation

Center for Kvalitet

P.V. Tuxensvej 3-5, 1. sal
5500 Middelfart

www.centerforkvalitet.dk



Center for Kvalitet
Region Syddanmark

Indledning

Rapporten er udarbejdet som led i monitorering og opfølgning på strategien for forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme for mennesker med sindslidelse i Region Syddanmark.

Strategien er fælles for Psykiatri, de somatiske sygehuse, de praktiserende læger og de 22 kommuner i Region Syddanmark, og er godkendt af det Administrative Kontaktforum (DAK) i december 2012. Strategien er bundet op på en række aktiviteter, der allerede er igangsat i psykiatrien og somatikken, og tilgangen er, at det er normalsystemerne, der skal fungere bedre i forhold til:

- At sindslidende sikres behandlingstilbud på linje med alle andre borgere i det danske samfund
- At sindslidende modtager og bruger forebyggelsestilbuddene
- At der opnås en større grad af compliance

Implementeringen af strategien sker lokalt. Koordinering og opfølgning på strategien sker via de lokale samordningsfora – de 4 psykiatriske og de 4 somatiske. Disse fora er målgruppen for denne rapport.

Monitorering og opfølgning på strategien

Der er udarbejdet en plan for monitorering af og opfølgning på strategien, som er godkendt af det Administrative Kontaktforum (DAK) den 17. juni 2013.

Mennesker med en sindslidelse er i kontakt med flere aktører. For at få et billede af patientens forløb på tværs af aktørerne, gennemføres en række survey, som led i denne plan. Det enkelte survey omfatter et forudbestemt antal af de såkaldte tracere.

En tracer er en kvalitativ metode, hvor uddannede og trænede sundhedspersoner "går i patientens/borgerens" fodspor. Formålet med en tracer er læring med hensyn til at aktørerne i fællesskab lykkes med patientforløbet. Denne læring kan bruges fremadrettet i forhold til forbedringer af det tværsektorielle samarbejde og bidrage til iværksættelse af konkrete tiltag, der kan understøtte implementeringen af strategien.

Der gennemføres i alt 7 survey i perioden efteråret 2013 til og med udgangen af året 2016. Hvert survey omfatter op til 4 tracere, et for hvert af de 4 psykiatriske samordningsfora.

Survey efterår 2013

Surveyet i efteråret 2013 omfattede 3 patientforløb, som blev udpeget af Social- og Psykiatri-staben i Vejle. Kriteriet for udpegningen var:

- At patienten/borgeren havde en psykisk diagnose
- At patienten/borgeren samtidigt havde modtaget behandling på et somatisk sygehus for en livsstilssygdom.

De kvalitative data blev indsamlet gennem 10 interviews hos de involverede aktører - Psykiatrien, det somatiske sygehus, kommunen og praktiserende læge. Under interviewet hos de 4 aktører var det udelukkende de lokale behandlingsansvarlige, der havde adgang til patientens/borgerens data. Interviewene blev forberedt og gennemført af sundhedspersoner, som alle var ansat i Psykiatrien eller på et af sygehuse i Region Syddanmark og som er trænede og erfarne i at bruge tracer-metoden.

De enkelte interview blev styret af en spørgeguide, som var bygget op omkring strategiens 5 indsatsområder, se tabel 1. Fokus for spørgsmålene var elementer i selve forløbet, så som koordinering, information og samarbejde, og ikke patienten/borgeren.

Opmærksomhedspunkter fra survey

Resultatet af interviewene skal ses som et af flere led i monitoreringen af og opfølgning på strategien. Resultatet er vist som en række opmærksomhedspunkter, se tabel 1. I de enkelte samordningsflora kan denne form for data anvendes til læring ved at forholde sig til følgende 2 spørgsmål:

- Er det konstaterede acceptabel?
- Er der behov for at igangsættes yderligere tiltag?

Indsatsområde	Opmærksomhedspunkter
Viden og uddannelse	<ul style="list-style-type: none"> • Forskel i, hvordan viden om overdødelighed og mulige tiltag opnås - lige fra at medarbejderne selv skal holde sig ajour til en systematisk undervisning og information
Politikker	<ul style="list-style-type: none"> • Strategien og dens indsatser er ikke kendt. Elementer af strategien indgår dog i praksis • Der kunne ikke fremvises eksempler på indarbejdelse af strategien i lokale politikker
Screening for og opfølgning på KRAM	<ul style="list-style-type: none"> • Forskel på screening - fra alle screener til ingen screener. Patienten/borgeren kan frabede sig screening • Information om screeningsresultat udveksles ikke systematisk og rutinemæssigt
Forebyggelsestilbud	<ul style="list-style-type: none"> • Der var ikke kendskab til tilbuddene hos alle besøgte aktører • Portalen (VisInfoSyd) er ikke opdateret /fyldstgørende med hensyn til forebyggende tilbud • Patient/borger skal selv udtrykke ønske om forebyggelsestilbud): "Borgeren skal tage ansvar for eget liv"
Fastholdelse af patienten/borgeren i et forløb	<ul style="list-style-type: none"> • Dilemma mellem at yde sundhedsfremme og borgerens manglende motivation (system versus individ) • Motiverende indsatser rettet mod den enkelte patient/borger ses ikke afspejlet i de udvalgte forløb • Manglende fremmøde resulterer både i, at personen afsluttes eller modtager gentagne indkaldelser • Ingen gensidig information ved afslutning af patient
Øvrige	<ul style="list-style-type: none"> • Ingen systematiseret samarbejde og koordinering – usikkerhed om hvem, der er den koordinerende part • Alle kender ansvaret og tager det på sig, men har svært ved at skabe overblik • Ingen eller sporadisk kommunikation mellem aktørerne og beskrives som personbåren • Det velfungerende samarbejde opleves ofte som personbåren ikke systembåren

Tabel 1: Opmærksomhedspunkter fordelt på de 5 indsatsområder

Det videre forløb

Det anbefales, at det næste survey først gennemføres i efteråret 2014 og ikke som planlagt i foråret 2014. Begrundelsen er, at implementeringen skal være længere fremme for at kunne se strategien afspejlet i patientforløbene.

Endvidere anbefales det, at surveyet gennemføres på psykiatriske patienter, som er tilknyttet et psykiatrisk ambulatorium.