

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 2014

Forfattere

Inge Pedersen; Jeanette Hounsgaard
Center for Kvalitet, Region Syddanmark
Oktober 2014

Udgivet

Formidling

Rapporten er oktober 2014 udsendt til de somatiske
og psykiatriske samordningsfora i Region
Syddanmark
Version 1.0

Indhold

Indledning.....	4
Monitorering og opfølgning på strategien.....	5
Survey efterår 2014	6
Opmærksomhedspunkter fra surveyet.....	6
Det videre forløb	10
Bilag.....	11
Bilag A: Sammendrag kommunerne	12
Bilag B: Sammendrag Psykiatriske enheder	21
Bilag C: Sammendrag somatiske sygehusenheder	31
Bilag D: Sammendrag praktiserende læger.....	37

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 omfatter en række indsatsområder, som skal resultere i:

- At sindslidende sikres behandlingstilbud på linje med alle andre borgere i det danske samfund
- At sindslidende tilbydes, modtager og bruger forebyggelsestilbuddene

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.

Monitoreringsplanen omfatter 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.

Surveyet i efteråret 2013 er gennemført og rapporteret. Surveyet i foråret 2014 blev ikke gennemført, da strategien ikke var nået ud til aktørerne.

Survey efterår 2014

Surveyet i efteråret 2014 omfattede 4 patientforløb, som blev udpeget af kommunerne i Region Syddanmark.

De kvalitative data blev indsamlet gennem interviews hos de involverede aktører. Under interviewene var det udelukkende de lokale behandlingsansvarlige, der havde adgang til patientens/borgerens data. Interviewene blev forberedt og gennemført af sundhedspersoner, som alle er ansat indenfor sundhedsområdet 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 i surveyet var planlægning af de enkelte indsatsers gennemførelse hos de enkelte aktører.

Opmærksomhedspunkter fra surveyet

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, og som sammendrag for den enkelte aktør, se bilag 1, 2, 3 og 4

I de enkelte samordningsflora kan denne form for data anvendes til læring ved at forholde sig til følgende 2 spørgsmål: 1) Er det konstaterede acceptabel? 2) Er der behov for at igangsættes yderligere tiltag?

Indsatsområde	Opmærksomhedspunkter
Generelt	<ul style="list-style-type: none"> Fokus for patienten er forskellig hos parterne, fra det socialpsykiatriske til det sundhedsmæssige. Kommunerne arbejder efter Serviceloven, som betyder fokus på de sociale funktioner hos patienten/borgeren. Sygehusenheder, Psykiatri og praktiserende læger arbejder efter Sundhedsloven, som har fokus på patientens/borgerens sundhed: <i>I kommunen arbejder vi efter Serviceloven, hvor lovgivningens sigte og formål er at afdække borgerens funktionsniveau og styrke dette via tilbud, som borgeren er motiveret til. Behandlersystemet arbejder efter sundhedsloven – "pakker patienten ind" - i kommunen pakker vi "patientens ud".</i>
Viden og uddannelse	<ul style="list-style-type: none"> Ingen systematisk planlagt uddannelse Ingen eller få kursustilbud. <p><i>Eksempler på tidligere gennemførte aktiviteter eller aktiviteter som overvejes: Projekt om motion, temadage om kost og motion, kursus i motiverende samtale</i></p>
Politikker	<ul style="list-style-type: none"> Begrænset kendskab til strategien og dens indsatser Nogle steder understøttes strategien af lokale politikker og retningslinjer
Screening for og opfølgning på KRAM	<ul style="list-style-type: none"> Uklart blandt aktørerne, hvem der følger op på KRAM screening
Forebyggelsestilbud	<ul style="list-style-type: none"> Forebyggelsestilbud spænder fra ingen til flere Manglende kendskab til tilbud
Fastholdelse af patienten/borgeren i et forløb	<ul style="list-style-type: none"> Gode overvejelser i forhold til at motivere patienten/borgeren til sundhedsfremmende tiltag og samtidig respektere dennes valg Der tages højde for patientens/borgerens individuelle ønsker og der bliver gjort meget for at imødekomme dem Netværksmøder mellem aktørerne anvendes Der følges op på udeblivelser hos de enkelte aktører, bl.a. udkørende funktion. Afslutning af patienten efter 2 udeblivelser ses stadig (dog først efter lægefaglig vurdering).

Øvrige	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikation og koordinering opleves forskelligt af de forskellige aktører • Der er en diskrepans imellem, hvad de enkelte aktører mener, at skulle videregive og hvad de enkelte aktører ønsker at modtage. Aktørerne videregiver relevante oplysninger, men ikke alle oplever at blive informeret tilstrækkelig. Det blev udtrykt, at "der sendes en strøm af notater fra lokalpsykiatrien med risiko for overload" af de praktiserende læger. Epikriser opleves, at indeholde meget støj. • Kommunikationsvejene opleves som mange og af varierende kvalitet • Det er relationen aktørerne imellem og mellem aktører og patienterne/borgerne. • It-systemer understøtter ikke en direkte og hurtig kommunikation mellem aktørerne. Nogle oplever dog at Edifact er nyttig til kommunikation med hjemmeplejen
--------	--

Tabel 1: Opmærksomhedspunkter fordelt på de 5 indsatsområder, samt generelt og øvrige

Det videre forløb

Fokus for de første survey:

Tracerforløb i efteråret 2013: Baseline, herunder en afdækning af de grundlæggende principper og værdier hos de enkelte aktører for arbejdet med denne gruppe af borgere.

Tracerforløb foråret 2014: Blev ikke gennemført, da strategien først blev officielt meldt ud i januar 2014

Tracerforløb efterår 2014: Fokus på planlægning af de enkelte indsatsers gennemførelse

Fokus for surveyerne frem til udgangen af 2016:

Tracerforløb forår 2015: Fokus på gennemførelse af indsatserne og opståede barrierer

Tracerforløb efterår 2015: Fokus på dataopsamling og igangsætning af yderligere tiltag for at sikre implementeringen af strategien og overvindelse af barrierer

Tracerforløb forår 2016: Fokus på fastholdelse og overvågning af strategiens implementering og evt. behov for justering af strategien

Tracerforløb efterår 2016: Status for fastholdelse og overvågning af strategiens implementering.

Det anbefales, at patienterne ikke inddrages i de kommende survey i forbindelse med overvågningen om monitorering af strategiens og dens implementering, men at dette udføres særskilt med et design, som passer til brugerinddragelse.

Bilag

Bilag A: Sammendrag af observationer hos kommuner

Bilag B: Sammendrag af observationer hos psykiatriske enheder

Bilag C: Sammendrag af observationer hos somatiske sygehuse

Bilag D: Sammendrag af observationer hos praktiserende læger

Bilag A: Sammendrag kommunerne

Nedenstående tabel viser et sammendrag af observationer hos kommunerne for de 4 forløb:

<p>Indsatsområde</p> <p>Viden og uddannelse</p> <p><i>Styrke medarbejdernes kompetence til at motivere borger med en sindslidelse til at have en sundlivsstil</i></p> <p><i>Kurser til medarbejderne i socialpsykiatrien om livsstilssygdomme</i></p>	<p><u>Forløb 1:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Personalet deltager i kurser og temadage. Har kort før sommerferien deltaget i kursus omkring kost og motion. • Forsøger at dele viden med kolleger på interne temadage o.a. <p><u>Forløb 2:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kompetencer om motivation og motiverende samtaler indgår i grunduddannelsen og anvendes dagligt. • Der er ingen formel og struktureret vedligehold og udvikling af motivation. • Har overvejet at udbyde kurser i "motivations interview". • I forhold til den konkrete borger: Motiverende samtaler (give viden til borgeren om dennes sygdom). Handleplanens gennemførelse understøttes af motiverende tiltag eks. skånejob. • Ingen planlagte kurser om livsstilssygdomme. • Interviewede sagsbehandler udtaler at det sociale er i fokus, ikke det sundhedsmæssige. Livslængden er ikke mål i handleplanen. <p><u>Forløb 3:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Der er afholdt kursus i "Den motiverende samtale", men ikke specifikke kursusaktiviteter for dem vi interviewede. • "Det giver jo heller ikke mening" Alle skal jo ikke vide alt, da vi jo samarbejder med aktører, der fx er rigtig gode til at måle et blodtryk og handle på det. • Viden vedligeholdes og udvikles i samarbejdsrelation både med borger og de tværsektorielle aktører. • Fokus i kommunen er, at afdække borgerens funktionsniveau og skabe en relation til borgeren. Udgangspunktet for tilbud er borgens egen fri vilje og kan godt på længere sigt indeholde forebyggende tiltag i relation til livsstilssygdomme • Flere kommunale tilbud, men også en aktiv anvendelse af de lokale tilbud i lokalsamfundet fx tilbud i idrætsforeningen. • Den konkrete borger har modtaget rigtig mange forskellige tilbud – bl.a. i forbindelse med ønske om et vægttab med henblik på at kunne få tilbudt en operation. <p><u>Forløb 4:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingen systematik. • Ingen tilbud, men dog 3 kursusdage pr år (sygdomsspecifikt indhold). • Oplyser at det altid er muligt at kontakte Sundhedsfremme enheden (som ligger i samme bygning). • Man skal selv være opsøgende. Alle deltagere er opdaterede i forhold til egen opgave hos udvalgte borger.
<p>Indsatsområde</p> <p>Politikker</p> <p><i>Vedtage rammer og politikker, som understøtter en sund livsstil for mennesker med en</i></p>	<p><u>Forløb 1:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Livsstil strategien er kendt, men ikke implementeret via de kommunale kanaler. Har fået kendskab til strategien via et seminar. • Der er opmærksomhed omkring kost og motion, men dette indgår ikke direkte i det kommunale værdigrundlag. • Der er politik for rygning og alkohol i fællesarealerne.

<p><i>sindslidelse.</i></p>	<p><u>Forløb 2:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Forebyggelse af livsstilsygdomme hos borgere med psykiatiske tilstande er på nuværende tidspunkt ikke integreret i sundhedspolitikken (eller andre), men forventes integreret i den nye sundheds- og handicappolitik, hvor fokus bliver ulighed i sundhed. <p><u>Forløb 3:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Motivation til sund livsstil er selvfølgelig et mål, men det er ikke sikkert at det også er borgerens. Kontakten med borgeren handler i første omgang om at afdække borgerens funktionsniveau og skabe en relation - og det kan for den enkelte borger på længere sigt være at indarbejde forebyggelse i handleplanen • I kommunen arbejder de efter serviceloven, hvor lovgivningens sigte og formål er at afdække borgers funktionsniveau.. Og serviceloven har ikke som sundhedsloven fokus på forebyggelse. • Borgeren er i centrum – og det er ikke bare en hensigt, da det er en kommune med et meget højt engagement, hvor borgeren, faglighed og samarbejde er udgangspunktet i alt hvad de gør. • I området arbejdes der helt naturligt på tværs, og der er rigtig gode relationer, hvor borgeren helt naturligt er i centrum. • Strategien er ikke kendt, men ud over undervisningstilbud, er strategiens elementer mere eller mindre indarbejdet i deres handlinger. <p><u>Forløb 4:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Begrænset kendskab til strategien. • Der er et KRAM projekt i Varde kommune, men med størst fokus på medarbejdernes livsstil. • Der er systematiske VUM samtaler med 11 obligatoriske punkter, hvori KRAM indgår.
<p>Indsatsområde</p> <p>KRAM-faktorer</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>KRAM som del af § 141 handleplan</i> • <i>”Socialpsykiatrien i bevægelse”</i> • <i>Kommunal KRAM-tilbud</i> 	<p><u>Forløb 1:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • KRAM-begrebet er ikke kendt, men elementerne indgår i vejledningen af borgerne. • Der foregår en løbende afvejning, i forhold til at respektere borgerens valg/ønsker eller intervenser i forhold til KRAM. Personalet motiverer i høj grad i forhold til motion og sund kost. Der foregår undervisning af borgere. • Den konkrete borger er vejledt i forhold til kost og motion. Der er forsøgt at lave aftaler med borgeren i forhold til at minimere usunde indkøb samt begrænsning af økonomiske midler til rådighed hertil. <p><u>Forløb 2:</u> Ikke dækket, da tiden til interviewet var afkortet med ½ time.</p> <p><u>Forløb 3:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • KRAM er en integreret del i det daglige arbejde. • Hos borgeren er der samarbejdet om kost, motion og vægttab. • Forebyggelseselementet er en integreret del af arbejdet, men hele tiden ud fra hvad det er borgeren vil være med til. • Der arbejdes ud fra serviceloven og motivationen til sund livsstil er med udgangspunkt i borgerens ønsker og behov. • Rigtig mange forskellige tilbud, der har sigte på øget motion, sundere kost, rygeafvænning osv. • Det er borgerne er i centrum, og ikke specielle tilpasninger • Borgeren har deltaget i rigtig mange forskellige tilbud – gåture, kost, social.....

	<p><u>Forløb 4:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Indgår i VUM. Der spørges systematisk ind til alle punkter. Den, der afholder samtalen, lægger en plan for den enkelte borger – det er personbåren.
<p>Indsatsområde</p> <p>Forebyggelsestilbud</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ledsagelse til tilbud om forebyggelse og behandling (§ 85)</i> • <i>Understøtte sundhedstjek/kontrol ved at lade disse foregå på væresteder eller lignende</i> • <i>Forløbskoordination (§ 85)</i> 	<p><u>Forløb 1:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Samarbejder med egen læge i forhold til screening og intervention. • Idræt for sindslidende x 2 ugentligt. Arbejder desuden på at integrere borgerne i "normale" tilbud. • Kører forløb med beboerne i forhold til kost, motion, økonomi etc. • En medarbejder er uddannet rygestopinstruktør. Har ligeledes haft apoteket på besøg i forhold til rygestop. • Den konkrete borger vejes x 1 ugentligt. Har forsøgt vægtkontrol hos egen læge, men borgeren ændrede fokus for konsultationerne. Det samme oplever man i forhold til de psykiatriske konsultationer. • Benytter § 85 mulighed – ledsager beboerne til diverse tilbud. Støtter borgerne i forhold til basale opgaver, medicin håndtering, følger til lægebesøg o.a. <p><u>Forløb 2:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sagsbehandlere og socialpsykiatrisk medarbejder udtaler at udgangspunktet er, at borgeren skal støttes i de tilbud der eksisterer. Der skal ikke oprettes særlige tilbud. • Ledsagelse tages der stilling til i forhold til handleplanen (§141). Sekundært benyttes der netværk til ledsagelse. • §99, støtte-kontaktperson, bringes kun i spil ved borgere, som ikke ønsker en handleplan. • Frivillig ledsagelse anvendes ikke som tilbud. • I forhold til konkrete Borger: havde fået bevilliget ledsagelse til diabetes, tandlæge og læge. • Der findes ikke generelt tilbud om sundhedstjek/ kontrol på væresteder/ bosteder. • Har haft livsstilsprogrammer om kost og motion, som kunne tilbydes borgerne (kører ikke længere). • Kontinuerlige samtaler, hvor lokalpsykiatrien deltager. • Netværksmøde har været afholdt med den konkrete borger. Ikke et generelt tilbud, man kan bringes i spil af sagsbehandleren (ingen visitation) – personbåren. <p><u>Forløb 3:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ledsagelse efter Servicelovens § 85 og støtte- kontaktperson jf. § 99 anvendes • Borgeren har haft "ledsagede gåture" som led i et konkret tilbud. • Samarbejder <u>rigtig</u> meget med socialpsykiatrien • Borgeren har fået flere tilbud løbende, og der er løbende blevet samarbejdet om tilbud. <p><u>Forløb 4:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sundhedssamtaler foregår hos egen læge. Man får viden, hvis patienten selv fortæller, hvad der er snakket om. Ingen formel vidensdeling eller formelt samarbejde. • Der lægges vægt på, at patienten har et ansvar og et valg, som respekteres. • Aktuelle tilbud er vurderet og givet i forhold til udvalgte patient. • Der er et godt samarbejde med lokalpsykiatrien, men det er personbåren, ikke formaliseret.

	<ul style="list-style-type: none"> • Den udvalgte patient er blevet støttet og hjulpet af støttekontaktpersonen. • Den udvalgte borgers pårørende er ikke inddraget systematisk i forløbet.
<p>Indsatsområde</p> <p>Fastholdelse</p> <p><i>Der skal handles på gentagende udeblivelser</i></p>	<p><u>Forløb 1:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Støtter beboerne i forhold til at overholde aftaler. Har en fleksibel tilgang i forhold til at understøtte borgeren i at møde op hos læge eller andet – således at støtten modsvarer det aktuelle behov. <p><u>Forløb 2:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Motiverende samtaler • Der tages udgangspunkt i borgerens eget ønske. "Hvad er vigtigt for borgeren?" Respekt for selvstændighed og værdighed. • Fælles handleplaner anvendes ikke generelt. Udgangspunktet er kommunens handleplan (§141). bl.a. punktet om forandringer i borgerens situation er et fælles mål, som andre end kommunens sagsbehandlere kan bidrage til. <p><u>Forløb 3:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ved udeblivelser kontaktes borgeren – enten pr telefon eller ved hjemmebesøg • Borgeren har der i hele forløbet været kontakt – også når borgeren selv er droppet ud af tilbud. <p><u>Forløb 4:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Støtteperson følger op, undersøger hvorfor der var afbud og forsøger at hjælpe. Individuelle behov tilgodeses så vidt muligt. Der sendes sms'er. • Der spørges meget systematisk ind til borgerens ønsker, men det er personbåren. • Der arbejdes meget med fastholdelse i forhold til arbejdsfastholdelse. Det virker personbåren. • Der arbejdes med frivillige i nogen grad. Borgeren oplyses om støtteforeninger og besøgsvenner – tilbud til borgeren.

Bilag B: Sammendrag Psykiatriske enheder

Nedenstående tabel viser et sammendrag af observationer hos de psykiatriske enheder for de 4 forløb:

<p>Indsatsområde</p> <p>Viden og uddannelse</p> <p><i>Uddannelse</i></p>	<p><u>Forløb 1:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Har en bred viden inden for strategien og har arbejdet med problemstillingen gennem flere år bl.a. gennem RKKP-skizofreni. I forhold til RKKP, er der overordnet set igangsat interventioner, men der mangler dokumentation af effekten. <p><u>Forløb 2:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Lægen og sygeplejersken har ikke deltaget i kurser, og vurderer ikke at der er behov for sådanne. <p><u>Forløb 3:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingen formaliseret uddannelse, hvor livsstilssygdomme har været det direkte fokus <p><u>Forløb 4:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingen systematik. • Ingen tilbud, men der har været et projekt om motion.
<p>Indsatsområde</p> <p>Politikker</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Behandlingspakker for patientforløb</i> • <i>Medicin og bivirkninger</i> • <i>Samarbejdsaftaler mellem psykiatri og somatik</i> 	<p><u>Forløb 1:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kender strategien. • Der findes politikker og retningslinjer for opsporing af livsstilssygdomme. • Rekommandationslister er kendte og implementeret, men en del patienter har ikke effekt af disse. Den pågældende patient er vurderet til at være blandt de 5 %, som ikke opnår effekt. • Der arbejdes systematisk med at nedbringe polyfarmaci og der foretages medicingennemgang. • Samarbejde med somatikken foregår ved gensidige tilsyn samt via vurdering af EKG. • Der er ingen tradition for undervisning på tværs af somatik og psykiatri. • Kommunikerer primært til egen læge via kopi af journalnotat. Der udtrykkes ønske om lettere direkte tilgang til praktiserende læge (telefonisk). Afdelingen arbejder på at synliggøre denne udfordring via samarbejde med praksiskoordinator. <p><u>Forløb 2:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Behandlingspakker blev af de interviewede betragtet som irrelevante ift. pågældende borger, da denne svingede imellem flere diagnoser, samt at der ikke findes pakker for nogle af disse diagnoser. • Polyfarmaci udgør fast opmærksomhedspunkt og der er fokus på at uvirksom medicin fjernes. • Al psykofarmaka var seponeret ved pågældende borger, hvorfor der ikke var tale om polyfarmaci. • Der bliver ikke anvendt rekommandationslister, men i stedet algoritmer baseret på diagnose. Interviewede udtalte: "Det hører mere til i afdelingen (døgnpsykiatrien)". • Det blev angivet, at der arbejdes med at gennemgå medicin, med henblik på at nedbringe bivirkninger. • Læge udtalte at FMK ikke fungerer og at flere praktiserende læger ikke anvender dette system. Medicingennemgang skal derfor bero på patientens

	<p>egne udtalelser, samt evt. liste fra hjemmeplejen, hvilket af de interviewede blev betragtet som meget problematisk.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interviewede er usikre på hvor meget de praktiserende læge læser. Der sendes en strøm af notater fra lokalpsykiatrien m.fl. til praktiserende læge, hvorfor der vurderes at være stor risiko for kommunikations-”overload”. • Vitamin og mineraltilskud er blevet drøftet. Ligesom der er talt om kost med nærværende borger. • Interviewede udtaler at de kun sjældent direkte samarbejder med somatikken, men at de orienterer sig i den elektroniske patientjournal, samt at de er i telefonisk kontakt ved behov. Deltager normalvis ikke i netværksmøder. <p><u>Forløb 3:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Der er udarbejdet og implementeret standardiserede udrednings- og behandlingspakker • Nej, men det skyldes ene og alene at dette var hensigtsmæssigt for patienten • Der er stort fokus på polyfarmaci og det er indarbejdet i rutinerne både i samarbejdet borger – behandler og i det tværsektorielle samarbejde. • Patienten har været polyfarmaci patient • Berørte ikke direkte dette spørgsmål • Ja der er flere gange foretaget medicingennemgang (Ambulant patient) • Godt samarbejde med praktiserende læge • Berørte ikke direkte dette spørgsmål • Godt samarbejde med somatikken <p><u>Forløb 4:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Begrænset kendskab til strategien. • Der findes pakkeforløb, men ikke nogen, der er aktuelle for udvalgte patient. • Der arbejdes med medicingennemgang - der findes en instruks. Afdelingen har FMK, som dog giver mange udfordringer. Der er rapporteret mange UTH i forbindelse med medicinering (FMK). Der følges op på disse en gang pr. måned. • Der sendes journalnotater til egen læge. • Det er lægens opgave at gennemgå kost-, vitamin- og mineraltilskud ved udskrivelse. Uvist om det er sket hos pågældende patient. • Der er ikke formaliseret samarbejde med somatikken, men Cosmic er en hjælp.
<p>Indsatsområde</p> <p>KRAM-faktorer</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Obligatorisk screening i patientforløb</i> • <i>Elektronisk kommunikation om screeningsresultater</i> 	<p><u>Forløb 1:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Alle patienter (både indlagte og ambulante) screenes systematisk som en del af behandlingsplanen. Afdelingen oplever, at pakkeforløbene understøtter en systematisk KRAM-screening. • Patienten er screenet ifht. KRAM og henvist til diætist i psykiatrien. Det har dog ikke været muligt, at fastholde patienten i et diætistforløb. Der er fortsat fokus på vægt samt ernæring og målet er, at patienten ikke tager på. • Der har været samarbejde med bostedet i forhold til den konkrete patient, således at deres plan støtter op omkring sund kost og motion. • Afdelingen formidler KRAM og vurdering i forhold til behov for behandlingsmæssige tiltag til egen læge via journalnotat. • Når patienten er psykisk stabil og afsluttes fra behandlingspsykiatrien, kan patienten ikke fortsætte hos psykiatri-diætisten. Netop i den periode er patienten allermost motiveret og har overskud. • Afdelingen har forsøgt at finde kommunale tilbud i den konkrete kommune, men dette er ikke lykkedes. De tilkendegiver, at de ikke hvem man skal

	<p>”overdrage” patienten til. Er dog bekendt med, at der i andre kommuner findes tilbud, som de henviser disse kommuners borgere til.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afdelingen oplevere, at kommunerne sættes mange gode tiltag i gang på projektbasis eller via diverse puljer. Der er en oplevelse af god gavn af mange af disse projekter, men som desværre stopper ved projektperiodens udløb. • Afdelingen foretager undervisning af indlagte patienter i forhold til KRAM. • Der er tilknyttet en diætist, som både tilbyder individuel- og gruppebehandling. Diætisten har begrænsede ressourcer i afdelingen, hvilket har betydning for hyppigheden af besøg. Generelt opleves der et økonomisk pres, og medarbejderne udtrykker en oplevelse af, at der skæres i funktioner som f.eks. fysioterapi, ergo, diætist m.v. • Diætisten oplever en udfordring i, at patienter har fået vejledning fra kontaktpersonens ikke-faglige erfaringer, som ikke nødvendigvis er hensigtsmæssig for det psykiatriske sygdomsforløb – eksempelvis i forhold til populære ensidige diæter. Det er vigtigt, at vejledningen foregår ved uddannet personale. <p><u>Forløb 2:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Der foretages generelt KRAM-screeninger samt screeninger for metabolisk syndrom. Disse dokumenteres i journalen og ved mistanke om sygdom overgår patienten til somatisk udredning og evt. behandling. KRAM-screening er en del af den indledende samtale. Deltagerne oplever ikke screeningerne som forankret. • Borgeren er af praktiserende læge henvist til behandling i diabetes ambulatorium. Lokalpsykiatrien har ikke henvist til nogen tilbud. Borgeren er desuden hjulpet til at vælge diabeteskost/hjertekost (uklart af hvem), og støttes til deltagelse i tilbud af bostøtte og hjemmepleje. • Til lægen: Information om screening går til praktiserende læge igennem patientjournalen. • Til kommunen: kun ved bekymring. Myndighedssagsbehandlinger kontaktes telefonisk • Interviewede udtrykker frustrationer ift. at komme i kontakt med hjemmeplejen, da IT-systemerne ikke understøtter kommunikation. Fx videregives oplysninger om ændringer i medicin via post (og dermed med flere dages forsinkelse). <p><u>Forløb 3:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • KRAM er en integreret del i det daglige arbejde. • Hos den konkrete borger samarbejdes der om kost, motion og vægttab. • Forebyggelselementet er en integreret del af arbejdet, men hele tiden ud fra hvad det er borgeren vil være med til. • Der arbejdes ud fra serviceloven og motivationen til sund livsstil er med udgangspunkt i borgerens ønsker og behov. • Rigtig mange forskellige tilbud, der har sigte på øget motion, sundere kost, rygeafvænnning osv. • Borgerne er i centrum, men ikke specielle tilpasninger • Den konkrete borger har deltaget i rigtig mange forskellige tilbud – gåture, kost, social..... <p><u>Forløb 4:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Der er fokus på organisering af KRAM screening. Der er netop udpeget tovholdere. • Kopi af notater sendes til egen læge. Modtager ikke oplysninger fra egen læge eller andre med mindre patienten selv fortæller om det. • Udvalgte patient er screenet. Har fulgt et 2-årigt projekt. Der følges op ved
--	---

	<p>udeblivelse. Tilbud er baseret på frivillig deltagelse.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der er udfordringer mht. økonomi (eks. transport)
<p>Indsatsområde Forebyggelsestilbud</p> <p><i>Fysisk aktivitet</i></p>	<p><u>Forløb 1:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Der er fysioterapeut tilknyttet, som tilbyder individuel- og gruppeforløb, motionsgrupper. <p><u>Forløb 2:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Der findes få tilbud om "krop og bevægelses"- hold, men med meget begrænsede pladser, hvorfor de er tilbageholdende med at henvise borgere (trods behov). Lægen udtaler at det er "lidt tilfældigt" hvem der henvises. Holdene er beregnet til folk med depression, men der findes ikke tilbud til borgere med andre diagnoser. • Vil gerne kunne henvise til diætist, men dette er ikke muligt (sker først hvis borgeren henvises til behandling for livsstilsudløste tilstande). • Samtale om motion anses som en del af behandlingen <p><u>Forløb 3:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fysisk aktivitet tænkes ind der hvor det giver merværdi for patientforløbet. – Dvs. ikke bare et standard tilbud. • Kommunikation og vidensdeling er båret af gode og velfungerende samarbejdsrelationer. Men kan godt forbedres, så alle ikke skal gøre det samme, og meget gerne udvikling af fælleselektronisk kommunikations platform. • Forebyggelsestilbud foregår primært i kommunen. Tiltag i psykiatrien er altid som led i en behandling. Forebyggelse tænkes ind med henblik på en effektiv bedring/behandling. • Strategien er ikke kendt, men ud over undervisningstilbud, er strategiens elementer mere eller mindre indarbejdet i deres handlinger <p><u>Forløb 4:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Der er en livsstilsgruppe – motion. Kørt som projekt og fortsætter nu som et tilbud (dog uden økonomi). • Alle henvises til forebyggelsestilbud. • Der afholdes sundhedssamtaler, hvis patienten ønsker det. • Det er patientens situation og behov, der er styrende for hvornår tilbud gives.
<p>Indsatsområde Fastholdelse</p> <p><i>Der skal handles på gentagne udeblivelser.</i></p>	<p><u>Forløb 1:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Afdelingen er opsøgende og ved udeblivelse kontaktes patienten og evt. støttepersoner. Hos dårlige patienter er der en særlig opmærksomhed i forhold til at være opsøgende. • Der efterlyses samarbejdsaftaler der nærmere definerer, hvem der har ansvaret for patienten hvornår. <p><u>Forløb 2:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Udkørende funktion som benyttes hyppigt og altid ved patienter der ikke dukker op. De er vedholdende i kontakten. Borgere der ikke ønsker hjemmebesøg og ikke møder til samtaler/ konsultationer, kan tilbydes støtte fra en SKP (bruges jævnligt). • Borgeren modtager hjemmebesøg. • Generelt benyttes muligheden for afholdelse af netværksmøder. Disse ofte på initiativ fra jobcenter, lokalpsykiatri eller myndighedssagsbehandler. Hos denne borger deltog praktiserende læge, dette beskrives dog som usædvanligt.

	<p><u>Forløb 3:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Opsøgende arbejde, - telefonstik kontakt, egen læge, køre ud for at opsøge patienten på andre adresser.• Samarbejde er en naturlig ting og der er hos denne patient også foregået kontakt til hinanden. <p><u>Forløb 4:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Der følges op, hvis patienten ikke kommer. Pårørende forsøges inddraget. Man har arbejdet bevidst på inddragelse af pårørende efter LUP resultat.
--	--

Bilag C: Sammendrag somatiske sygehusenheder

Nedenstående tabel viser et sammendrag af observationer hos de somatiske sygehusenheder for de 4 forløb:

<p>Indsatsområde</p> <p>Viden og uddannelse</p> <p><i>Uddannelse</i></p>	<p><u>Forløb 1:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Personalet har viden om overdødelighed blandt psykiatriske patienter fra egen op søgen af viden - blandt andet via faglige tidsskrifter. • Der har tidligere været afholdt undervisning i akutte psykiatriske problemstillinger ved personale fra psykiatrien – men ikke konkret i forhold til overdødelighed / livsstilssygdomme. • Personalet beskriver en udfordring i, at de somatiske læger ikke har tilstrækkeligt kendskab til psykofarmaka i forhold til at vurdere patientens medicinliste. <p><u>Forløb 2:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Har ikke selv deltaget i kursus og kender heller ikke til eksistensen af sådanne i afdelingen. Der vurderes dog at være behov. • Sygeplejerske kunne ønske sig at personale i kommune og praksis fik mere viden om livsstilssygdomme, samt forebyggelse af disse. <p><u>Forløb 3:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingen specifik uddannelse, men forebyggelsestiltag jf. KRAM er helt essentielt for et forløb på bariatrisk center. http://infonet.regionsyddanmark.dk/#DokID=93003 <p><u>Forløb 4</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingen systematik. • Ingen tilbud. Har dog stor viden om livsstilssygdomme og forebyggelse i kraft af sin special uddannelse. Uvist om den holdes ajour. Der findes erfagrunder, men uvist om fokus er på livsstilssygdomme.
<p>Indsatsområde</p> <p>Politikker</p> <p><i>Samarbejdsaftale mellem psykiatri og somatik</i></p>	<p><u>Forløb 1:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Livsstilsstrategien er ikke kendt, men elementer indgår i praksis. Der er ikke særskilte retningslinjer for patienter med psykiatrisk sygdom, men de generelle foreskriver KRAM-screening af alle patienter. • Der kan rekvireres psykiatriske tilsyn og psykiatrien kontaktes telefonisk ved behov for faglig sparring. • Der anvendes e-journal mhp. overblik over patientens samlede sygdomsbillede og kontakter med øvrige afdelinger / sygehuse. <p><u>Forløb 2:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Der foregår tilsyn og faglig sparring ift. fx diabetesbehandling, når en psykiatrisk patient indlægges på psykiatrisk afdeling. Sparring begge veje. • Der beskrives en god praksis ift. til kommunikation til hjemmeplejen, hvor der sendes EdiFact. Ift. egen læge findes der fælles diabetes database (med kliniske data), som af interviewede vurderes at fungere godt. <p><u>Forløb 3:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Konsekvent politik kendes ikke. • Et ønske er, at der i psykiatrien er et øget kendskab/viden om denne form for behandling, såvel somatisk, som psykiatrisk, og gerne også hvad der kræves i det lange efterforløb.

	<p><u>Forløb 4:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Begrænset kendskab til strategien. • Ved at der findes en del instrukser i de forskellige afdelinger på sygehuset. • Der findes forløbskoordinatorene i kommunerne. • Der er intet formaliseret samarbejde med psykiatrien. Oplyser at de ikke ser mange psykiatriske patienter.
<p>Indsatsområde</p> <p>KRAM-faktorer</p> <p><i>Obligatorisk screening</i></p>	<p><u>Forløb 1:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Alle patienter screenes systematisk for KRAM. • Den konkrete patient var screenet og der var ikke fundet grund til tiltag. • Egen læge orienteres om KRAM, såfremt der er vurderet behov for opfølgning. <p><u>Forløb 2:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Borgeren er screenet. Der bliver snakket om KRAM-faktorer med alle patienter. Screeninger dokumenteres i journalen. Der findes endvidere en omfattende database, med kliniske oplysninger om borgerens status (FDDB, fynsk diabetes database). • Borgeren er henvist til diabetesambulatorie via praktiserende læge. Samt henvist til aflastning. • Mange forskellige tilbud i de forskellige kommuner, som sygeplejersken kan søge frem via VisInfo. Afdelingen tilbyder diabetes Borgerens screeningsresultater er formidlet passivt til praktiserende læge. Sygeplejerske beskrev praksis, hvor dette fremstod naturligt og velfungerende. • Kommune har ikke adgang til screeningsresultater. <p><u>Forløb 3:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Specifikt ift. operation. • Der henvises til relevante tilbud udenfor sygehusregi (Lokalpsykiatri, kommunale tilbud) • Via epikriser eller telefonisk til patientens kontaktperson i psykiatrisk regi både til egen læge, samt psykiatri. • Endvidere er der pakkeforløb for denne type operationer, samt der foreligger en retningslinje http://infonet.regionsyddanmark.dk/#DokID=66988 <p><u>Forløb 4:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Stort fokus på KRAM (specialafdeling, hvor dette er fokus område). Der foretages systematisk screening. • Udvalgte patient har aldrig været i afdelingen. Ved at patienter screenes i psykiatrien. Ved hvor hun kan finde resultaterne i Cosmic. • Der sendes epikriser til egen læge, hvor planen/opfølgning er oplyst. • Kendskab til kommunale tilbud.
<p>Indsatsområde</p> <p>Forebyggelsestilbud</p> <p><i>Ingen indsats</i></p>	<p><u>Forløb 1:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ved fund under KRAM-screeningen eller øvrige tegn på livsstilssygdomme, orienteres egen læge – enten via epikrise eller telefonisk henvendelse <p><u>Forløb 2:</u> Ingen observationer</p> <p><u>Forløb 3:</u> Ingen observationer</p> <p><u>Forløb 4:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sundhedsfremme er afdelingens grundlag.

<p>Indsatsområde</p> <p>Fastholdelse</p> <p><i>Der skal handles på gentagne udeblivelser</i></p>	<p><u>Forløb 1:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Afdelingen ser kun akutte patienter til indlæggelse og oplever ikke at patienterne udebliver herfra – er derfor ikke relevant. <p><u>Forløb 2:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Der er taget telefonisk kontakt til borgeren, og hjemmeplejen kontaktes ved gentagne udeblivelser eller hvis der ikke kan skabes telefonisk kontakt. Ved Type 2 diabetes laves der en lægelig vurdering ift. afslutning ved 2 gange fravær. Denne borger har fået ”lang snor”, men er tidligere blevet afsluttet pga. mange udeblivelser. Borgeren blev senere genhenvist af prak. Læge <p><u>Forløb 3:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Der bliver både ringet og skrevet. Tæt dialog. Der har været ekstra samtaler med pt. + netværk, for at sikre såvel fastholdelse i forløb, samt sikre sufficient viden hos pt. om det lange efterforløb. <p><u>Forløb 4:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Der tages kontakt til patienten ved udeblivelse. Først sendes et brev, dernæst følger en telefonopringning, hvis patienten stadig ikke kommer. Der tages mange individuelle hensyn. Forekommer meget personbåren i afdelingen.
<p>Øvrige</p>	<p><u>Forløb 1:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Compliance-problematik: Det vil være optimalt, hvis en medicinsk læge kan deltage i de psykiatriske ambulatorier, således at man ser patienten sammen. <p><u>Forløb 2:</u> Ingen observationer</p> <p><u>Forløb 3:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Høj grad af specialistviden ift. konkret behandling - gastric bypass operation. Konkret tiltag på baggrund af dette forløb: Hvis der er polyfarmaci eller andre former for uafklarede ting, som kan gøre operationen for risikofyldt, inviteres til ekstra samtale med specifikt fokus, for at få klarhed om operationen kan foretages eller må aflyses. Fremtidigt ønske: Højere grad af kontinuitet i baglandet i relation til kontaktpersoner/netværk for pt. <p><u>Forløb 4:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Udvalgte patient har været til udredning for andre somatiske lidelser i somatikken, som ikke har noget med sundhedsfremme og livsstil at gøre. (disse er ikke kendt i hverken psykiatri eller kommunen)

Bilag D: Sammendrag praktiserende læger

Nedenstående tabel viser et sammendrag af observationer hos de praktiserende læger for de 4 forløb:

<p>Indsatsområde</p> <p>Viden og uddannelse</p> <p><i>Efteruddannelse</i></p>	<p><u>Forløb 1:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Har ikke deltaget i efteruddannelse specifikt på dette område. • Har ikke deltaget i projekter. <p><u>Forløb 2:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Oplever ikke et behov for efteruddannelse, har klinisk erfaring med psykiatri. [informanten tilføjer omkring spørgsmålet at psykiatriske patienter altid har levet usundt, og at en bedre behandling af grundlidelsen bør være omdrejningspunktet for sundhedsfremme] <p><u>Forløb 3 og 4:</u> Deltog ikke</p>
<p>Indsatsområde</p> <p>Politikker</p>	<p><i>Ingen indsats</i></p>
<p>Indsatsområde</p> <p>KRAM-faktorer</p> <p><i>Ingen konkret indsats, men der spørges ind til lægens rolle som omdrejningspunkt i forebyggelse- og behandlingsindsatsen af livsstilssygdomme</i></p>	<p><u>Forløb 1:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Screener sine patienter ud fra KRAM. • Synes ikke at opleve, at får henvendelser fra psykiatrien i forhold til abnorme fund ved KRAM mhp. intervention. Oplever oftere, at den sindslidende selv henvender sig og fortæller, at der er noget som skal følges op på. • Har den grundlæggende opfattelse, at patienterne har ansvar for eget liv og derfor selv har en forpligtigelse i forhold til at søge hjælp hos egen læge. Er ikke opsøgende. • Oplever ikke at der er mange kommunale tilbud at henvise til, hvis man ikke har en diagnose som f.eks. diabetes, KOL eller andet. Der findes ikke en diætist i det kommunale regi, som egen læge kan henvise til. Har en sygeplejerske tilknyttet klinikken, som er uddannet inden for rådgivning og motiverende samtale, som følger op på livsstils-udfordringer hos patienterne. <p><u>Forløb 2:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fokus på livsstilssygdomme holdes gennem kendskab til patienten – der er fokus på sekundær og tertiær forebyggelse. Patienter med kroniske [somatiske] sygdomme inviteres [brev/telefon] til kontrol med samtale om livsstil. Tilbydes en gang årligt. Afholdes af praksissygeplejerske. Der anvendes tjekliste. Der har været afholdt dialogmøde mellem privatpraktiserende læge, bosted, lokalpsykiatri og patient. Meget dialog foregår elektronisk, eks. ved epikrise/henvisning. Epikriser indeholder meget støj, i form i ikke relevant standard tekst. Oplever ikke at epikriser indeholder data fra KRAM-screeninger. [Påpeger at epikriser skal sendes hurtigst muligt]. • Vurderer at der er mange kommunale rehabiliteringstilbud, men at der dog er et mere sparsomt tilbud til sindslidende patienter. <p><u>Forløb 3 og 4:</u> Deltog ikke</p>
<p>Indsatsområde</p> <p>Forebyggelsestilbud</p>	<p><u>Forløb 1:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Oplever, at patientgruppen med livsstilssygdomme er svær at bevare motivationen hos. De forsøger at motiverer, men har den opfattelse, at patienten selv skal være motiveret og tage ansvar for eget liv. • Mht. den elektroniske kommunikation oplever lægen, at den ikke er god nok.

<p><i>Ingen konkret indsats, men der spørges ind til lægens rolle som omdrejningspunkt i forebyggelse- og behandlingsindsatser af livsstilssygdomme</i></p>	<p>Får ofte notater/epikriser meget sent, de er ikke altid fyldestgørende og man kan ikke se hvem der har ansvaret for hvad. Efterlyser en tydelig behandlingsplan, hvor det er skitseret, hvad der er ordineret og hvem der har ansvaret.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har svært ved at få overblik over medicinlisterne, da man ikke ser de præparater, som patienterne får udleveret uden recept i psykiatrien • Har deltaget i rundbordssamtaler men sjældent. <p><u>Forløb 2:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Informanten opfatter ikke egen rolle som koordinator for de forskellige forebyggelses og behandlingstilbud. Informanten beskriver egen rolle som behandling og forebyggelse af konkrete sundhedsproblematikker som den enkelte patient har. • Informanten beskriver at praktiserende læge koordinerer patientens medicinske behandling – her er det fælles medicinkort (FMK) potentielt godt. Informanten beskriver dog flere problematikker, eksempelvis at FMK ikke bliver genaktivet efter udskrivelse fra sygehus. • Primært: Elektronisk kommunikation: Henvisninger / epikriser. Læser ikke al information der tilgår praksis – kun det der vurderes som relevant i forhold til konkrete problemstillinger. • Informanten har været nødsaget til at iværksætte to konkrete tiltag a) oprette cave i forhold til patientens mange opkald til lægevagten og b) at kontakte politi m.h.p. at få inddraget patientens kørekort. • Vurdere at der er øget anvendelse af dialogmøder • Har ikke deltaget i videokonference med de andre aktør. Og der beskrives ikke konkret betydning for den pågældende patient. • Patienten har haft bivirkninger – antipsykotisk medicin er blevet seponeret af lokalpsykiatrien. Informanten beskriver problematik med dårlig compliance hos patienten, og at patienten ligeledes supplerer behandlingen med håndkøbsmedicin. <p><u>Forløb 3 og 4:</u> Deltog ikke</p>
<p>Indsatsområde</p> <p>Fastholdelse</p> <p><i>Der skal handles på gentagende udeblivelser</i></p>	<p><u>Forløb 1:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sørger altid for at patienterne får en ny tid med hjem. Hvis de udebliver, kontaktes de eller kontaktperson. <p><u>Forløb 2:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Informanten beskriver at der ved udebliver laves en individuel vurdering. Ved patienter med særlige behov / sindslidelser ringes til patienten og/eller kontaktes hjemmeplejen. • Der har været behov for at kontakte andre både diabetes ambulatoriet og lokalpsykiatrien. Dette gøres gennem genhenvisninger. • Der har ikke været opsøgende hjemmebesøg i den konkrete case. • Der foretages kun opsøgende hjemmebesøg hvor der vurderes et behov i forhold til tertiær forebyggelse. <p><u>Forløb 3 og 4:</u> Deltog ikke</p>