



**DANSKE
REGIONER**

**SUNDHED FOR ALLE
VISION FOR ET
BÆREDYGTIGT
SUNDHEDSVÆSEN**

CASESAMLING

SUNDHED FOR LIVET

FOREBYGGELSE ER EN NØDVENDIG INVESTERING

Indhold

| | | |
|----|--|----|
| | Forord | 3 |
| 1 | Broen til bedre sundhed | 4 |
| 2. | Projekt Sundhed og Lokalsamfund (SoL) | 5 |
| 3 | Projekt "Vores Sunde Hverdag" | 6 |
| 4 | Et redskab til tidlig opsporing af begyndende sygdom - TOBS6 | 7 |
| 5 | Tidlig Opsporing ved brug af personlig sundhedsprofil | 8 |
| 6 | Forebyggelse med fokus på pårørende | 9 |
| 7 | Forebyggelse af somatisk sygdom hos psykiatriske patienter | 10 |
| 8 | Forebyggelsestilbud til borgere med psykiatriske lidelser | 11 |
| 9 | Headspace – støtte til unge der mistrives | 12 |
| 10 | Mind My Mind – regional ekspertise tidligt i forløbet over for storrygere | 13 |
| 11 | Forebyggelse hos borgere med skizofreni | 14 |
| 12 | Trivsel og psykisk sundhed på ungdomsuddannelser | 15 |
| 13 | Familieiværksætterne – en tidlig indsats for hele familien | 16 |
| 14 | Via Family – familier ramt af psykisk sygdom | 17 |
| 15 | Sårbare gravide med sociale og psykiske udfordringer | 18 |
| 16 | Systematisk forebyggelse ved patientkontakter på sygehus | 19 |
| 17 | Forstærket indsats over for storrygere | 20 |
| 18 | Helbredsprofilen.dk | 21 |
| 19 | Det digitale sundhedscenter – sundhed tæt på borgeren | 22 |

Forord

I en fælles forebyggelsesindsats skal vi gøre mere af det, der virker. Vi skal have fokus på rammer, der gør sunde valg til nemme valg, og vi skal stille skarpt på indsatsen for børn og unge. For vaner og livsstil grundlægges tidligt – i nogle tilfælde allerede i fostertilværelsen. Men forebyggelse er relevant hele livet.

Vi skal både forebygge, at sygdom udvikles, forværres, og at borgere udviklere flere sygdomme. Og vi skal have fokus på, hvordan sunde vaner opretholdes.

Regionerne opfordrer til, at fremtidens forebyggelse prioriteres i en samlet og slagkraftig indsats, hvor alle relevante parter påtager sig sin del af ansvaret. Danskerne skal have flere sunde og gode leveår. Det er både en nødvendig investering i fremtidens velfærd, og det er helt nødvendigt for at kunne håndtere de mange borgere, der i fremtiden får behov for behandling af en eller flere sygdomme.

Danske Regioner har udarbejdet en casesamling, der viser et lille udsnit af de mange gode forebyggelsesindsatser, som er i gang i regionerne i samarbejde med kommuner, praktiserende læger, frivillige sociale foreninger, forskningsinstitutioner med flere. Formålet med kataloget er at dele viden om det gode arbejde, der allerede foregår, og som fremtidens forebyggelsesarbejde skal bygge videre på.

Med forhåbning om at sprede både viden og erfaringer til gavn for en fælles forebyggelsesindsats – god læselyst!

Ulla Astman

Formand for Danske Regioners Sundhedsudvalg

Se også regionernes invitation til at samarbejde om en fælles, slagkraftig forebyggelsesindsats "Sundhed for livet – forebyggelse er en nødvendig indsats" på www.regioner.dk

1. Broen til bedre sundhed

Formålet med programmet Broen til Bedre Sundhed er at skabe mere sundhed og mindre ulighed. De første indsatser er på Lolland og Falster.

Broen til bedre sundhed har seks indsatser, der tilsammen skal være med til at indfri projektets overordnede mål. De kommende 25 år vil programmet arbejde for at fremme lighed i sundhed gennem tre sidestillede mål: Fremme sundhed og trivsel i befolkningen på tværs af alder, køn og sundhedsprofil, skabe bedre kvalitet for den enkelte og sikre effektiv anvendelse af midler.

Programmet er et partnerskab mellem Lolland Kommune, Guldborgsund Kommune, Nykøbing F. Sygehus, Psykiatrien, Business Lolland-Falster, Praktiserende Lægers Organisation og Region Sjælland. Partnerskabet blev indgået i 2013.

Broen til Bedre Sundhed er et udviklingsprogram, der går ud på at skabe mere sundhed og mindre ulighed. I første omgang på Lolland og Falster, men på sigt også i en større geografisk kontekst. Arbejdet er baseret på Institute for Healthcare Improvement's triple aim-strategi (sundhedstilstanden for en afgrænset befolkningsgruppe, klinisk og brugeroplevet kvalitet samt omkostningerne pr. borger).

Programmet har fokus på forebyggelse gennem virk-somme indsatser for børn og unge samtidig med, at der stadig er fokus på at forbedre servicen for de, der har behov for pleje og behandling. Der vil blive ydet en helt særlig indsats i forhold til de borgere, som trænger mest til støtte til at leve et sundt, langt og godt liv. Broen til bedre sundhed har seks indsatser, der tilsammen

skal være med til at indfri projektets overordnede mål. Blandt de seks indsatsområder er blandt andet sundhed på arbejdspladsen, tværsektorielt samarbejde og lige adgang til sundhedstilbud.

Mål

De kommende 25 år vil programmet arbejde for at fremme lighed i sundhed gennem tre sidestillede mål:

1. Fremme sundhed og trivsel i befolkningen på tværs af alder, køn og sundhedsprofil: Inden 2040 skal befolkningen i Lolland og Guldborgsund i gennemsnit leve lige så længe som resten af Danmarks befolkning. En større andel af børn, unge og voksne skal trives godt, og flere skal gennemføre en ungdomsuddannelse.
2. Skabe bedre kvalitet for den enkelte: Der skal være let og lige adgang til sundhedsydelser, der virker, og som patienter er tilfredse med. Og sundhedstilbud skal tage udgangspunkt i den enkeltes ressourcer og behov.
3. Effektiv anvendelse af midler: Flere skal kunne klare sig selv. Derfor vil vi arbejde for at forebygge sygdom, hvor behovet er størst. Og vi vil reducere spild i sundhedssystemet.

Foreløbige resultater

Siden januar 2013 har *Broen til bedre sundhed* iværksat aktiviteter inden for fire af seks indsatsområder. Der er blandt andet sikret finansiering til projekt "Sund uddannelse" på otte folkeskoler i Lolland og Guldborgsund kommuner, og "En særlig indsats" til udsatte børn og unge, ligesom der er iværksat et større arbejde med at rekruttere læger til området.

Læs mere:

www.regionsjaelland.dk

2. Projekt Sundhed og Lokalsamfund

Formålet med projekt SOL var at skabe varige adfærdsændringer i børnefamiliers indkøbs-, kost og bevægelsesvaner og at styrke børnefamiliernes sociale engagement og trivsel i udvalgte lokalsamfund på Bornholm og i Odsherred. Projekt SoL gennemførte et stort antal sociale og sundhedsfremmende aktiviteter i de involverede lokalsamfund.

Projektet blev gennemført som et partnerskab i Region Hovedstaden mellem tre danske forskningsinstitutioner og lokale aktører i civilsamfundet, foreningslivet, institutionslivet, erhvervslivet og den offentlige kommunale administration på Bornholm og i Odsherred.

Projektet var et forsknings- og udviklingsprojekt rettet mod børnefamiliers sundhed og trivsel og forløb fra 2012 til 2015.

Fokus på partnerskaber og involvering i lokalmiljøet

Projektet gennemførte et stort antal sociale og sundhedsfremmende aktiviteter i de involverede lokalsamfund både inden for og på tværs af vigtige arenaer som børnehaver, skoler, skolefritidsordninger og supermarkeder, men også offentlige rum som torvepladser og rekreative områder samt lokale og sociale medier. Aktiviteterne tog alle udgangspunkt i det brede og positive sundhedsbegreb og stimulerede dermed de positive sider af sundhed (leg, nysgerrighed, glæde og samvær) snarere end de negative (risiko, sygdom, lidelse og behandling).

Resultater

Projektet dokumenterede målbare effekter af interventionen på borgernes indkøbs-, spise- og bevægelsesvaner og dokumenterede målbare effekter på borgernes kendskab til projektet og dets sundhedsfremmende budskaber i lokalsamfundet. Erfaringerne fra projektet var, at det krævede en langvarig proces at skabe interesse, tillid og forståelse for projektet blandt professionelle aktører i kommunen og lokalsamfundet. Det havde stor gennemslagskraft at integrere projektets aktiviteter på tværs af målgrupper og arenaer i lokalsamfundet. Børnehaver, skoler og supermarkeder viste sig at være særdeles gode arenaer til at arbejde integreret med sundhedsfremme og til at skabe opmærksomhed og kontakt til børnefamilierne.

Supersetting-tilgangen viste sig desuden at være effektiv til at styrke lokalsamfundets mobilisering, engagement og medejerskab af den sociale og sundhedsfremmende indsats. Den viste sig desuden at være overførbart og implementerbart i nye lokalområder i Odsherred Kommune. Projekt SoL har vist, at lokalsamfundet rummer mange ressourcer, som kan mobiliseres gennem respektfuld dialog og opdyrkning af samarbejdsflader mellem borgere, civilsamfund, offentlige institutioner og den private sektor.

Læs mere om projektet:

www.regionh.dk/fcfs/sundhedsfremme-og-forebyggelse/Sider/Sundhed-og-Lokalsamfund-paa-Bornholm-SoL.aspx

3. Projekt "Vores Sunde Hverdag"

Formålet med projektet er at udvikle, afprøve og implementere en fleksibel kommunal model til arbejdet med sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse og at mindske den sociale ulighed i sundhed. Modellen udvikles og optimeres og kan efterfølgende anvendes af alle landets kommuner.

Projektet involverer borgere, professionelle aktører og beslutningstagere i samskabende processer om udvikling, gennemførelse og evaluering af sociale og sundhedsfremmende aktiviteter i kommune og lokalsamfund. Dette bidrager til at mindske uligheden i sundhed og sikrer lokalt ejerskab, synergi og forankring.

Projektet er et samarbejde mellem Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Aalborg Universitet, Steno Center for Sundhedsfremmeforskning, Københavns Universitet, Region Hovedstaden og Region Nordjylland. Modellen udvikles og afprøves i tæt samarbejde med fire kommuner; Rødovre, Høje Taastrup, Frederikshavn og Hjørring.

Projektet er planlagt til at forløbe over en periode på fire år med start september 2017.

Alle borgere skal sikres gode muligheder for at leve et godt, sundt og langt liv. Dette er udgangspunktet for Vores Sunde Hverdag. I projektet anvendes nye og effektive virkemidler til at styrke indsatsen for borgernes sundhed og trivsel i danske kommuner og lokalsamfund.

Afsæt i gode erfaringer

Projektet tager afsæt i gode erfaringer og resultater fra det nyligt afsluttede projekt Sundhed og Lokalsamfund (SoL). Projekt Vores Sunde Hverdag er dog mere omfangsrigt, og målgruppen involverer alle borgere i samarbejdskommunerne. Herudover har projektet et stærkere fokus på de rammer, der giver bedre mulighed

for at træffe sunde valg og leve et sundt liv (strukturel forebyggelse). Projektet binder forskning, udvikling og implementering tæt sammen. Den tætte involvering af borgere, professionelle aktører og beslutningstagere bidrager til at mindske uligheden i sundhed og sikrer lokalt ejerskab, synergi og forankring. Blandt andet involveres supermarkeder, frivillige sociale foreninger, skoler, daginstitutioner, patientforeninger m.fl.

Hvad kommer der ud af det?

Kommunen får et redskab til optimering af sundhedsfremme og forebyggelsesarbejdet, der skaber mere sundhed og mere lighed i sundhed for pengene. Projektet styrker organiseringen af forebyggelse og sundhedsfremmeindsatsen – herunder relationer, kompetencer, indsatser, ressourcer m.v. Målet er at styrke de strukturer og vilkår, som bidrager til at fremme borgernes kompetencer, motivation og handlekraft til at træffe sunde valg i hverdagen, og holde fast i dem - på trods af hverdagslivets mange gøremål og udfordringer.

Metode og udbredelsespotentiale

Projektet udvikler, afprøver og implementerer en model for arbejdet med sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse i kommunalt regi. Modellen er skalérbar og kan efterfølgende anvendes af alle danske kommuner. Projektet gennemføres og evalueres i et kontrolleret design med to kommuner med tidlig opstart og to kommuner med senere opstart bestemt ved lodtrækning. Modellen optimeres og justeres inden den implementeres i de to kommuner med senere opstart. Projektet er organisatorisk forankret ved Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed i Region Hovedstaden og tilknyttes en gruppe af internationale topforskere, der vil fungere som konsulenter og rådgivere i projektperioden.

Læs mere:

www.regionh.dk/fcfs/sundhedsfremme-og-forebyggelse/Sider/default.aspx

4. Et redskab til tidlig opsporing af begyndende sygdom - TOBS

Formålet er at undgå forebyggelige indlæggelser. TOBS er et klinisk redskab for kommunale sygeplejersker og sundhedsassistenter. TOBS indebærer, at sundhedspersonalet rutinemæssigt og ikke blot efter skøn, måler fem vitale værdier, når de bliver tilkaldt for at vurdere en borger (ikke planlagte besøg), hvis noget i borgerens tilstand giver grund til bekymring.

Det kan være, hun ikke helt opfører sig, som hun plejer, glemmer at spise, virker mere træt end normalt eller lignende. De fem vitale værdier er: Puls, bevidsthed, temperatur, åndedræt og blodtryk. For hver værdi får borgeren en score, og alt afhængig af scoren er der knyttet handlinger, som eksempelvis at afvente og score igen, kontakte praktiserende læge eller foretage yderligere undersøgelser.

TOBS startede i 2013 som et projekt i Randers klyngen, men er nu implementeret i hele Region Midtjylland og har foreløbig vist gode resultater.

Data understøtter arbejdsgange

Et typisk eksempel er en borger med begyndende blærebetændelse. Hvis betændelsen får lov at udvikle sig, kan især ældre mennesker blive rigtig dårlige, og det kan være nødvendigt med en indlæggelse. Men resultaterne fra Randersklyngens brug af TOBS viser, at personalet oftere får reageret i tide, så borgeren undgår at blive så syg.

TOBS-algoritmen foreskriver, hvornår der skal tages kontakt til den praktiserende læge telefonisk, og hvornår det er nødvendigt at tilkalde en læge. TOBS-scoringen giver et fælles udgangspunkt for samtalen mellem hjemmesygeplejen og den praktiserende læge.

Målgruppen er alle borgere, der er i kontakt med den kommunale hjemmepleje. De borgere, der TOBS'es, udgør subpopulationen. Denne subpopulation følges, og der evalueres på effekten ud fra principperne i triple aim.

Resultat

En analyse af TOBS viser blandt andet svag tendens til færre, forebyggelige indlæggelser og et fald i brugen af praktiserende læger. Analysen bygger på resultater for ca. 4.000 borgere, der har været med i undersøgelsen i Syd- og Norddjurs kommuner.

En brugerundersøgelse, som indgår i analysen, viser, at både praktiserende læger og hjemmesygeplejersker finder, at TOBS bidrager positivt til samarbejdet. Hjemmesygeplejerskerne oplever, at de tidligere opdager en forværret tilstand og får handlet i tide.

Læs mere:

www.sundhedsaftalen.rm.dk/projekter/triple-aim/tobs

5. Tidlig Opsporing ved brug af personlig sundhedsprofil

Projektets formål er at gøre borgerne, som får en personlig sundhedsprofil, opmærksomme på deres sundhedstilstand og oplyse dem om, hvordan de kan ændre livsstil og vaner, hvis der er behov for det. Projektet vil undersøge, om tegn på livsstilssygdomme som KOL, type-2 diabetes og hjerte-karsygdomme kan opdages hos borgerne tidligere ved at målrette den forebyggende indsats. Det er håbet, at projektet på den lange bane kan nedbringe fremkomsten af livsstilssygdomme.

TOF er et forsknings- og samarbejdsprojekt mellem 10 kommuner i Region Syddanmark, praktiserende læger i projektkommunerne, forskningsenheden for Almen Praksis og Region Syddanmark.

Projektet Tidlig Opsporing og Forebyggelse (TOF) bygger på de erfaringer, der er gjort i Danmark med at opspore og forebygge sygdomme i den primære sundhedssektor og på den forskning, der er udført andre steder i verden. Der mangler viden om, hvordan sundhedsvæsenet bedst hjælper borgerne med at forebygge kroniske sygdomme, så tidligt og så godt som muligt.

I løbet af 2016 gennemførtes en forundersøgelse, hvor 9.400 personer i Varde og Haderslev kommune modtog en invitation om at deltage i projektet. I projektet indsamles viden om, hvordan praktiserende læger og kommuner - i samarbejde med den enkelte

borger - kan opdage mulige tegn på en livsstilssygdom tidligere, og inden symptomerne udvikler sig til en kronisk sygdom. Denne viden skal danne grundlaget for bedre målrettede indsatser for borgerne hos lægen og i kommunen. Det er håbet, at projektet på den lange bane kan nedbringe fremkomsten af livsstilssygdomme.

Projektet vil undersøge, om tegn på livsstilssygdomme som KOL, type-2 diabetes og hjerte-karsygdomme kan opdages hos borgerne tidligere ved at systematisere og målrette den forebyggende indsats.

Samarbejde

Tidlig Opsporing og Forebyggelse er et forsknings- og samarbejdsprojekt mellem 10 kommuner i Region Syddanmark, praktiserende læger i projektkommunerne, forskningsenheden for Almen Praksis og Region Syddanmark.

Læs mere:

www.projekttof.dk/wm478814

6. Forebyggelse med fokus på pårørende

Formålet med Center for Pårørende er at styrke den åbne dialog, relationen og forståelse mellem de pårørende og den person, der er syg. Med målrettede pårørendetilbud er det også sigtet at styrke den pårørendes brugerrolle og understøtte, at den pårørende er en aktiv deltager og ressource i patientforløbet.

Centret har tilbud til børn, unge, voksne og familier. Både borgerne med psykisk lidelse og pårørende udtrykker stor tilfredshed med forløbets udbytte. Center for Pårørende har en bred samarbejdsflade til kommunale tilbud som skoler, socialrådgivere mv., hvilket der tilbydes supervision og vejledning til.

Center for pårørende findes i Region Nordjylland.

I Center for Pårørende tilbydes støtte og rådgivning til personer, som er nære pårørende til en person, der har en psykiatrisk diagnose. Centret har tilbud til børn, unge, voksne og familier. Centrets tilbud kan benyttes af familier, der aktuelt har kontakt til Psykiatrien, men dette er ikke en forudsætning for at modtage tilbud i Center for Pårørende. Henvisningen til Center for Pårørende kan skrives af patienten eller den pårørende samt social- og sundhedsfaglige personer som egen læge, behandler eller andet.

Tilbuddene er ikke terapi. Familiesamtalerne handler ikke om diagnoser og medicinering, men om livet og hverdagen med sygdommen. Man prøver så at sige at tage sygdommen ud af personen: Hvad er det, sygdommen gør, hvornår er det sygdommen forstyrrer, og kan man se nogle mønstre? Med målrettede pårørendetilbud er det også sigtet at styrke den pårørendes brugerrolle og understøtte, at den pårørende er en aktiv deltager og ressource i patientforløbet. Dette er en vigtig effekt ved siden af at patienten selvfølgelig har brug for sin psykiatriske behandling.

Udviklingen af Center for Pårørende er sket som et led i et satspuljeprosjekt omkring "Koncept for systematisk inddragelse af pårørende" (socialstyrelsen) og pengene er søgt og udmøntet i samarbejde med Thisted og Aalborg Kommune. Satspuljeprosjektet forløber i perioden primo 2015 – ultimo 2017 og er foreløbig evalueret med gode resultater.

Samarbejdspartnere

Center for Pårørende har en bred samarbejdsflade til kommunale tilbud som skoler, socialrådgivere mv., hvilket der tilbydes supervision og vejledning til. Der afholdes temadage, hvor kommunalt pædagogisk personale kan deltage mhp. at stå rustet til at imødekomme og håndtere børn og voksne, som er pårørende til psykisk syge.

Resultater

Centrets tilbud i Team Voksen er evalueret med udgangspunkt i interviews med borgere og deres pårørende, der har deltaget i et samtaleforløb i centret. Både borgerne med psykisk lidelse og pårørende udtrykker stor tilfredshed med forløbets udbytte. De udtrykker en oplevelse af at blive hørt og inddraget, hvilket har medført en forbedret dialog samt fælles forståelse for den psykiske lidelse.

Ud over de kvalitative citater fra afholdte interviews med borgere og pårørende, er der et behov for yderligere systematisk forskning på området. Dette med afdækning af tilbuddets langtidseffekt. Eksempelvis er målingen af børns trivsel før, under og efter forløbet i Center for Pårørende relevant. Redskaber til dokumentationen heraf er under udarbejdelse. Derudover er opgørelsen over antal deltagere og forløb i en proces med henblik på at blive systematisk.

Læs mere om projektet:

www.psykiatri.rn.dk/Information-og-raadgivning/Center-for-Paaroerende.aspx

7. Forebyggelse af somatisk sygdom hos psykiatriske patienter

Projektets formål er at imødegå den massive overdødelighed hos psykiatriske patienter.

I Psykiatrien arbejder man for, at der etableres et ambulatorium for liaison-somatik, hvor psykiatriske patienter med somatiske lidelser og kroniske sygdomme eller mistanke herom, kan blive udredt og i et vist omfang behandlet for den somatiske lidelse. Dette er en metode til at sikre fokus på behandling af psykiatriske patienters somatiske sygdomme og sikre sammenhængende behandlingsforløb.

Ambulatorium for liaison- somatik er under udvikling i Region Nordjylland.

Pr. 1. januar 2013 er der etableret et ambulatorium for liaison-psykiatri i psykiatrien, hvor personalet varetager akutte og planlagte tilsyn på det somatiske hospital samt samarbejder med relevante somatiske afdelinger om udredning og behandling af psykiatriske lidelser hos somatiske patienter. På lignende vis er det en vision og et udviklingsmål, at man ønsker, at der skal etableres en omvendt liaison-psykiatri forstået som en liaison-somatik, hvor somatikken yder tilsyn i forhold til psykiatriske patienters somatiske lidelser.

Målgruppen er patienter over 18 år, der er indlagt eller i ambulat behandling i psykiatrien. Det drejer sig om patienter med behov for systematisk somatisk

screening samt patienter, hvor der er mistanke om eller bestående behandlingskrævende somatisk lidelse, herunder hjertekarsygdomme, KOL, metabolisk syndrom eller diabetes.

Ambulatorium for liaison-somatik med psykiatrisk og somatisk personale forventes at varetage følgende opgaver:

Ambulatoriet er på nuværende tidspunkt i et udviklingsstadium. Der er afsat 1,1 mio. kr. i permanente midler til et udvidet samarbejde mellem somatikken og psykiatrien i Region Nordjylland. Det er aftalt, at indsatsen opdeles i tre trin frem mod etableringen af et ambulatorium for liaisonsomatik:

- Trin 1: Samarbejde om patienter med svære spiseforstyrrelser
- Trin 2: Udvidelse af samarbejdet til at omfatte andre psykiatriske patienter
- Trin 3: Etablering af Ambulatorium for liaison-somatik

Effekt

Forslaget om oprettelse af ambulatorier for liaison-somatik skal sikre, at psykiatriske patienter får den samme mulighed for forebyggelse, diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering af den somatiske lidelse som øvrige borgere. Der vil blive monitoreret via den elektroniske patientjournal, som er gældende for personale i regi af både psykiatrien og somatikken.

| Den psykiatriske indsats: | Den somatiske indsats: |
|--|--|
| Understøttende og opfølgende indsats i forhold til den somatiske problemstilling | Udredning og diagnostik af somatiske problemstillinger |
| Psykoedukation i forhold til somatiske problemstillinger (KRAM-problematikker) | Somatisk tilsyn (akutte og planlagte) |
| Forebyggende og understøttende KRAM-indsats | Kompetenceudvikling af medarbejdere i Psykiatrien |

8. Forebyggelsestilbud til borgere med psykiatriske lidelser

Projektets formål er at udvikle en ny model for forebyggelsestilbud til borgere med psykiatriske lidelser, der har behov for en særlig tilrettelagt tværsektoriel indsats.

Indsatsen er en del af sundhedsaftalen mellem Region Nordjylland og de nordjyske kommuner.

Fra januar 2017 blev der iværksat tre forebyggelsestilbud til mennesker med sindslidelser i et samarbejde mellem psykiatrien og tre nordjyske kommuner. Forebyggelsestilbuddene er gruppetilbud med fokus på mestring af hverdagen herunder livsstil, relations- og netværksdannelse. Målgruppen er ambulante psykiatriske patienter, som snitflademæssigt ligger i en gråzone mellem region og kommune i forhold til forebyggelse.

Efter 1 år evalueres forebyggelsestilbuddene, og der skal tages stilling til, om forebyggelsesmodellen skal udbredes til et samarbejde mellem Psykiatrien og samtlige 11 kommuner i regionen.

Læs mere:

www.rn.dk/Sundhed/Til-sundhedsfaglige-og-samarbejds-partnere/Sundhedsaftalen-2015-2018/Udviklingsindsatser/Forebyggelse/4-3-KRAM-Forebyggelsestilbud-til-borgere-med-psykiske-lidelser

9. Headspace – støtte til unge der mistrives

Formålet med Headspace er at rådgive børn og unge i en tidlig indsats til børn og unge, som mistrives. I et samarbejde med regionerne er fokus på at forebygge psykiatriske indlæggelser eller at visitere unge, der henvender sig i psykiatrien, som ikke er behandlingskrævende, men som har gavn af en anden form for støtte.

I Region Syddanmark har der siden 2014 været et udvidet samarbejde mellem headspace og Børne- og ungdomspsykiatrien.

Et samarbejde mellem børne- og ungepsykiatrien og en frivillig social forening

Samarbejdet indebærer, at der allokeres medarbejdere fra børne- og ungdomspsykiatrien til Headspace. Medarbejdernes tid bruges på de unge, som har eller måske kan få behov for hjælp i psykiatrien. Medarbejderen inddrages fx, hvis en ung har det psykisk dårligt, og der er tvivl om, hvorvidt der skal bygges bro til udredning i psykiatrien. I praksis udgør psykiatrimedarbejderens arbejde derfor en forbyggende og/eller meget tidlig "fremskudt" indsats. Det tætte samarbejde på tværs styrker mulighederne for at forebygge gennem ideen om 'det nære sundhedsvæsen'.

Gevinster ved arbejdet på tværs

Headspace hjælper mange unge, som ikke kan få hjælp i psykiatrien, men som stadig har behov for hjælp og rådgivning pga. psykisk utilpashed. Undersøgelser viser fx, at ni ud af ti oplever, at Headspace har gjort en forskel, og at det har hjulpet at komme i Headspace.

Headspace kan mindske behovet for psykiatrisk behandling. Erfaringen er, at Headspace kan virke fore-

byggende på akutte henvendelser og indlæggelser, fordi der er et sted at gå hen, når man er i krise. Erfaringer viser desuden, at unge, der er i Headspace, har kortere indlæggelsestid end andre tilsvarende unge.

I psykiatrien oplever medarbejderne henvendelser fra unge, som kæmper med psykiske problemer, og har det rigtig skidt, men hvor problemerne ikke har en karakter eller en tyngde, så de hører hjemme i psykiatrien. Det beskrives derfor at medarbejdere i psykiatrien er glade for at kunne henvise unge til Headspace.

Headspace fungerer som et netværksmæssigt knudepunkt, hvor der ud over den fremskudte medarbejder fra Regionerne også er en fremskudt medarbejder fra kommunen, ligesom en stor del af Headspaces arbejde går med at afdække og etablere samarbejde med alle de aktører og tilbud i lokalområdet, som kan bidrage til et godt ungdomsliv.

Resultater

En foreløbig undersøgelse af de unges brug af headspace viser, at:

- ni ud af ti oplever, at headspace har gjort en forskel, og at det har hjulpet at komme i headspace
- 95 procent mener, at headspace har været med til at gøre, at de nu har det bedre med dem selv
- otte ud af ti mener, at headspace har været med til at gøre deres hverdag bedre
- 96 procent, der kommer i headspace, har svaret, at de vil anbefale andre unge at gå i headspace.

Læs mere:

www.headspace.dk/

10. Mind My Mind – regional ekspertise tidligt i forløbet

Mind My Mind er et udviklings- og forskningsprojekt rettet mod børn og unge med følelses- og adfærdsmæssige vanskeligheder.

Formålet med projektet er at tilbyde børn og unge, med symptomer på angst, depression og adfærdsvanskeligheder et individuelt forløb med hjælp ved psykologer i de kommunale pædagogiske psykologiske rådgivninger (PPR). Projektet skal sikre, at flere børn og unge får tidlig og effektiv hjælp, når de har psykiske vanskeligheder samt forebygge udvikling af psykisk sygdom. Ligeledes skal projektet forebygge udvikling af sværere psykisk sygdom og mere komplekse psykosociale problemer blandt børn og unge med symptomer på emotionelle og/eller adfærdsmæssige vanskeligheder.

Projektet er finansieret af TrykFonden og drevet af Psykiatrifonden i samarbejde med Region Midtjylland og Region Sjælland, samt for nuværende kommunerne Randers, Herning, Slagelse og Vordingborg.

Mind My Mind er et udviklings- og forskningsprojekt rettet mod børn og unge med følelses- og adfærdsmæssige vanskeligheder i skolealderen.

Udvikling og afprøvning af model

Ud fra en "stepped care" model skal projektet sikre, at flere børn og unge får tidlig og effektiv hjælp, når de har psykiske vanskeligheder. Derudover skal der udvikles, afprøves og udbredes et bæredygtigt dansk koncept for behandling med vægt på psykoterapi for børn og unge i skolealderen med symptomer på emotionelle og/eller adfærdsmæssige vanskeligheder. Fokus i indsatsen er selv-rapporterede problemer og egne mål hos barn/familie for at sikre maksimal brugerindflydelse og relevans.

Mind My Mind kan opfattes som et indskudt led mellem den generelle forebyggende indsats i kommunerne og den specialiserede behandlingsindsats i regionerne. Mind My Mind vil styrke primærsektorens mulighed for at varetage en "stepped care" tilgang, hvor også ret tunge problemer så vidt muligt søges løst tæt på barnets og familiernes hverdag og dagligliv, og hvor mere specialiseret behandling først iværksættes, hvis der ikke opnås tilfredsstillende resultater på det første niveau.

Eksempler på indhold i Mind My Mind projektet

- Udvikling og afprøvning af en manual, der indeholder metoder og teknikker til behandling af symptomer på angst, depression og adfærdsvanskeligheder og mindre traumebelastninger hos børn i alderen 6 til 16 år.
- Uddannelse af kommunale psykologer i PPR-regi i manualen og varetagelse af træning af børn og forældre.
- Supervision af kommunale psykologer ved regionale supervisorere, der tillige uddannes i manualen.
- Udvikling af en robust IT-infrastruktur til opsamling af data på forløb med henblik på at sikre hurtige og velgennemførte forløb og sikre kvalitetssikring og -udvikling i den enkelte kommune og på tværs af kommuner.

De første erfaringer fra pilotstudiet

Pilotstudiet er i gang, og har påvist et meget stort og udækket behov for hjælp hos børn og forældre og en stor interesse fra professionel og kommunal side om at påtage sig denne krævende opgave. Det har været let at rekruttere børn/familier til at deltage i projektet. Det tyder på et stort og udækket behov for hjælp til børn og familier og understreger projektets relevans.

Læs mere:

www.trykfonden.dk/vi-stoetter/vores-projekter/mind-my-mind

11. Forebyggelse hos borgere med skizofreni

Forskningsprojektet undersøger problemstillingen om at flere faktorer bidrager til en markant overdødelighed blandt mennesker med skizofreni. Dette undersøges med epidemiologiske metoder, kvalitative studier, psykometriske tests, grundig anamnese optagelse og gennem et omfattende somatisk undersøgelsesprogram med henblik på at kunne påvise tidlige tegn til uerkendt åreforkalkningssygdom. Det samlede forskningsprojekt forventes at bibringe ny viden, som vil få betydning for fremtidige guidelines og behandlingsvejledninger såvel nationalt som internationalt.

Forskningsprojektet er forankret i Region Nordjylland.

Projektbeskrivelse:

Flere faktorer bidrager til en markant overdødelighed blandt mennesker med skizofreni: Social ulighed, ukendte barrierer i forhold til at få tilbudt og modtage tilbud om somatisk undersøgelse og behandling, livsstilsfaktorer, antipsykotisk medicinering og muligvis genetiske faktorer.

Formål

Forskningsprojektet undersøger ovenstående problemstilling med epidemiologiske metoder, kvalitative studier, psykometriske tests, grundig anamnese optagelse inkl. Kostanamnese - og gennem et omfattende somatisk undersøgelsesprogram med henblik på at kunne påvise tidlige tegn til uerkendt åreforkalkningssygdom. Alle disse faktorer søges indplaceret i sundhedsøkonomiske beregninger.

400 forsøgspersoner tilbydes evidensbaseret videre undersøgelse og behandling ved fund af tegn på somatisk sygdom. Der planlægges genundersøgelse af samtlige forsøgspersoner efter 3-5 år.

Projektets status

Der er i projektet ansat tre projektsygeplejersker til varetagelse af rekruttering og til at varetage store dele af de psykometriske og kardiologiske undersøgelser. Til at gennemføre projektet er der ansat en relevant projektgruppe, og der er etableret videnskabeligt samarbejde med adskillige seniorforskere inden for de relevante specialer udgående fra 3 danske universiteter.

Det samlede forskningsprojekt forventes at bibringe ny viden, som vil få betydning for fremtidige guidelines og behandlingsvejledninger såvel nationalt som internationalt. Der er påbegyndt to Ph.d.-forløb og to forløb med forskningsårsstuderende. De første publikationer kommer i 2016.

Kontakt information:

[www.vbn.aau.dk/da/projects/aareforkalkning-som-aarsag-til-sygelighed-og-doedelighed-hos-patienter-med-skizofreni-epidemiologi-og-status-med-henblik-paa-forebyggelsestiltag-og-behandling\(e4921efa-e602-4e4a-9187-df17bee2b16\).html](http://www.vbn.aau.dk/da/projects/aareforkalkning-som-aarsag-til-sygelighed-og-doedelighed-hos-patienter-med-skizofreni-epidemiologi-og-status-med-henblik-paa-forebyggelsestiltag-og-behandling(e4921efa-e602-4e4a-9187-df17bee2b16).html)

12. Trivsel og psykisk sundhed på ungdomsuddannelser

Formålet med indsatsen er at øge trivslen blandt eleverne på ungdomsuddannelser, og som følge heraf mindske frafaldet på ungdomsuddannelserne. Indsatsen er en kombination af undervisning i psykisk sundhed og mestring til lærere og vejledere, og et kompetenceløft til lærere og vejledere i metoder til at hjælpe de unge.

Indsatsen havde opstart i 2013 i Region Syddanmark, og der er på baggrund af de gode erfaringer afsat midler til at forsætte indsatsen.

Fokus vil være på at give de unge redskaber til at mestre deres liv – også når det er svært. Derudover skal det give de voksne omkring de unge redskaber til at forebygge mistrivsel og hjælpe de unge, hvis de ikke trives.

Læs mere:

www.syddanskuddannelsesaftale.dk/unge-med-mistrivsel/trivsel-og-psykisk-sundhed

På tværs af uddannelsesområdet og psykiatrien er der et samarbejde om at øge trivslen blandt elever på ungdomsuddannelser. En del unge har vanskeligt ved at starte eller gennemføre en ungdomsuddannelse. En stor del af dem mistrives. Derfor skal der gøres noget ved trivslen, hvis målet, om at 95 % af de unge skal gennemføre en ungdomsuddannelse, skal nås.

Fremgang

Indsatsen er en kombination af undervisning i psykisk sundhed og mestring til elever, lærere og forældre og et kompetenceløft til lærere og studievejledere i metoder til at hjælpe de unge.

Udmøntningen af indsatserne vil ske i et samarbejde mellem uddannelsesinstitutionerne, kommunerne og projektet.

13. Familieiværksætterne – en tidlig indsats for hele familien

Formålet med Familieiværksætterne er at give information, råd og inspiration samt mulighed for refleksion om en god start på livet som familie. Det vil sige fokus på alle i familien - mor, far og det nye barn.

Familieiværksætterne er en tidlig, forebyggende indsats, for alle 1. gangs forældre med det formål, at styrke forældreskabet gennem et tværgående og familierettet fokus. Det handler både om at give førstegangsførelse kompetencer gennem dialog-baseret forløb og om at etablere netværk blandt førstegangsførelse. Det hele til gavn for familiens sammenhængskraft og for barnets sproglige, motoriske og personlige udvikling.

Familieiværksætterne findes på nuværende tidspunkt i 25 kommuner landet over og er på vej i endnu tre kommuner. Regionerne samarbejder ved at henvise kommende mødre og deres familier til tilbuddet.

Med Familieiværksætterne viser kommuner, regioner, det private erhvervsliv og de frivillige samt Fonden for Socialt Ansvar, at samarbejdet mellem sektorerne skaber mere social værdi for pengene.

Familieiværksætterne er et gratis tilbud til alle nye forældre. Det er et forløb, som begynder i sidste del af graviditeten og varer 1 til 1½ år. Familieiværksætterne tager udgangspunkt i en helhedsorienteret, tværfaglig og tværsektoriel indsats mellem forskellige faggrupper og professioner fra region, kommune og den private sektor. På den led bliver alle væsentlige aspekter af økonomiske, juridiske, sociale, sundhedsfaglige, børnepsykologiske og familiemæssige forhold dækket ind. Forældre får og arbejder med en samlet og integreret viden om de forhold, de, som familie med værdi, kan forholde sig og agere i forhold til. Herunder forskellige tilbud og de muligheder, der er for støtte i de sårbare og tidlige stadier af familielivet.

Det handler om at give forældre handlekompetencer, der kan hjælpe til kvalitet og tryk i forældreskabet og parforholdet og som, vigtigst af alt, bidrager til barnets sunde udvikling og trivsel.

Det sker gennem en nytænkende velfærdsløsning med tre centrale fokusområder:

- Tidlig forebyggende indsats med fokus på at kunne sætte særligt ind, der hvor familien er udfordret eller i en udsat livssituation.
- Et helhedsorienteret og tværsektorielt tilbud med fokus på både økonomiske, juridiske, sociale, sundhedsfaglige, børnepsykologiske, parforholds- og familiemæssige forhold.
- En kommunal investering i forebyggelse og dermed færre udgifter på behandling. Flere kommuner forankrer FIV i driften gennem økonomisk prioritering og omlægning af arbejds gange.

Resultater

Familieiværksætterne er baseret på en svensk model. På baggrund af de bedst tilgængelige estimater og konservative antagelser konkluderer en undersøgelse af det samfundsøkonomiske potentiale ved at overføre modellen til Danmark, at indsatsen med stor sandsynlighed vil være forbundet med betydelige samfundsøkonomiske gevinster. Helt konkret opgør analysen, at det samfundsøkonomiske potentiale på landsplan er 1,1 mia. kr. Aktuelt er et forskningsprojekt tilknyttet indsatsen. Projektet har til formål at undersøge, om deltagelse i Familieiværksætterne har betydning for børn og familiers trivsel frem til skolealderen. Helt konkret undersøges det, om den information, inspiration og støtte som parret får igennem forløbet på halvandet år, øger deres oplevelse af mestring og kompetence i forhold til rollen som forældre. Derudover forventer forskerne et positivt udbytte på mål for forældres involvering i og relation til barnet og til hinanden som forældre.

Læs mere:

familieivaerksaetterne.dk/

14. Via Family – familier ramt af psykisk sygdom

Formålet med interventionen er at tilbyde familier, hvor den ene forælder lider af psykisk sygdom, en koordinerende kontaktperson, som har overblik over tilbud og muligheder for hjælp for hele familien. Interventionen varetages af et tværfagligt team bestående af bl.a. speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri, børnepsykolog og en kommunal familierådgiver.

Interventionen bygger på et tværsektorielt samarbejde i Region Hovedstaden mellem bl.a. Børne og Ungdomspsykiatrisk center, Voksenpsykiatri i København og Frederiksberg samt Frederiksberg Kommune.

Via Family er en integreret, specialiseret, ikke-stigmatiserende, fleksibel og individuelt tilpasset intervention for familier ramt af alvorlig psykisk sygdom.

Formål

Formålet med interventionen er at tilbyde familier, hvor den ene forælder lider af psykisk sygdom en koordinerende kontaktperson, som har overblik over tilbud og muligheder for hjælp for hele familien. Derudover skal indsatsen bl.a. sikre, at familien får hjælp til at tale med børnene om psykisk sygdom samt sikre adgang til tidlig/forebyggende børnepsykiatrisk indsats.

Interventionen varetages af et tværfagligt team bestående af bl.a. speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri, børnepsykolog og en kommunal familierådgiver. Hver familie er tilknyttet én kontaktperson fra teamet, som koordinerer alle indsatser.

Kontakt:

www.psykiatri-regionh.dk/Forskningsenheden-boerne-og-ungdomspsykiatri/Medarbejdere/Sider/Anne-A.-E.-Thorup.aspx

15. Sårbare gravide med sociale og psykiske udfordringer

Formålet med Projekt Sårbare Gravide er at tilbyde sårbare gravide en tidlig koordineret indsats, herunder en forbedret overgang mellem region og kommune.

De gravide henvises til projektet via jordemødrene fra Team for sårbare gravide og den almindelige jordemoderkonsultation. Efter henvisning til sundhedsplejen tildeles den gravide og partner en sundhedsplejerske fra projektet. Sundhedsplejersken aflægger et hjemmebesøg, og ved hjælp af et nyt værktøj "familiehjulet" afdækkes den gravide og partners ressourcer og udfordringer. Den tidlige indsats skal styrke den nye families robusthed, så barnets trivsel og udvikling sikres, og forældrene bliver trygge i den nye rolle.

Projektet er et samarbejde mellem Aarhus Kommune, AUH og Mødrehjælpen.

Aarhus kommune har for satspuljemidler sammen med AUH, afdelingen for kvindesygdomme og fødsler, og Mødrehjælpen sat et projekt i gang, som har sårbare gravide med sociale og psykiske udfordringer i målgruppen. Der er lavet en fælles tværsektoriel samarbejdsmodel.

En indsatspakke til hele familien

Projektet tilbyder en særlig indsatspakke til de sårbare gravide, der strækker sig fra graviditetens 12.-19. uge, til den nye familie er blevet selvhjulpent eller tilbudt relevant hjælp og vejledning. Indsatspakken indeholder flere besøg af sundhedsplejersken.

De gravide henvises til projektet via jordemødrene fra Team for sårbare gravide og den almindelige jordemoderkonsultation. De gravide inkluderes, hvis de tilhører niveau 3 (Sundhedsstyrelsens Svangreomsorg), eller hvis de ved jordemoderkonsultationen i 28. graviditetsuge scorer 12 eller derover på Edinburgh Postnatal

Depressions Scale. Efter henvisning til sundhedsplejen, tildeles den gravide og partner en sundhedsplejerske fra projektet. Sundhedsplejersken aflægger et hjemmebesøg, og ved hjælp af et nyt værktøj "familiehjulet" afdækkes den gravide og partners ressourcer og udfordringer. Efterfølgende aftales det, hvilket tilbud den enkelte har. Det kan være tætte besøg af sundhedsplejersken, og/eller besøg af sundhedsplejerske med specialviden inden for fødselsdepression. Det kan også være kontakt til socialrådgiver fra mødrehjælpen, som går ind i vejledning og hjælp til de enkelte. I forbindelse med fødslen kontakter sundhedsplejersken familien på barselsafdelingen/patienthotellet. Der er mulighed for, at familien besøges på Skejby Sygehus. Sundhedsplejerskerne har i forbindelse med besøg på barselsafdelingen/patienthotellet mulighed for at drøfte udfordringer med både familierne og personalet. Familien tilbydes tæt kontakt med sundhedsplejersken. De overgår til distriktssundhedsplejersken 28 dage efter fødslen.

Den tidlige indsats skal styrke den nye families robusthed, så barnets trivsel og udvikling sikres, og forældrene bliver trygge i den nye rolle. Dette sikres gennem det tætte tværsektorielle samarbejde, som understøtter, at en målrettet og tilpasset indsats til den enkelte gravide og hendes partner.

Udbredelse af indsatsen

Efter projektperioden tænkes indsatsen, som en integreret del af de tilbud, de sårbare gravide tilbydes i både region og kommune. De gravide tilbydes specielt tilbud i Team for sårbare gravide hos jordemoderen, fortsat tilbud om EPDS screening i den almindelige jordemoderkonsultation, besøg af sundhedsplejersken i graviditeten og derudover Aarhus Kommunes sundhedsplejetilbud, som for sårbare familier indeholder barselsbesøg, etableringsbesøg og trivselsbesøg.

Læs mere om projektet:

www.aarhus.dk/da/omkommunen/nyheder/2016/Juni/Nu-faar-boern-hjaelp-foer-de-bliver-foedt.aspx

16. Systematisk forebyggelse ved patientkontakter på sygehus

Formålet er at sikre, at patienter med sundhedsmæssig risiko inden for kost/madvarer, rygning, alkohol, fysisk aktivitet og stof/medicinmisbrug med væsentlig betydning for sygdom og behandling identificeres, tilbydes intervention, rådgivning og vejledning om relevante forebyggende og sundhedsfremmende tilbud.

Personale, der er involveret i behandling af ambulante og indlagte patienter, skal vurdere og varetage forebyggelsesopgaven i det enkelte patientforløb. Der screenes for sundhedsmæssig risiko ved at patienten udspørges om sin aktuelle livsstil. Herudfra vurderes behovet for en forebyggelsesintervention.

Indsatsen er for patienter indlagt på et sygehus i Region Sjælland.

Målgruppen er alle patienter, der er indlagt på et sygehus i Region Sjælland og som har en livsstil, der kan skade deres helbred. Når den sundhedsprofessionelle vurderer, at livsstilsfaktorer udgør en betydelig risiko for patientens generelle helbred, vejleder den sundhedsprofessionelle om forebyggelsesmuligheder.

Forebyggelsesopgaven skal vurderes og varetages i det enkelte patientforløb, af sundhedsprofessionelt personale i alle enheder, der er involveret i behandling af ambulante og indlagte patienter. Sygehuset har ansvaret for, at identificere risikopatienter, informere, motivere, og eventuelt henvise til deltagelse i et forebyggelsestilbud i hjemkommunen eller i et specialiseret tilbud på sygehuset. Hvilke patienter der i den givne situation skal tilbydes intervention, samt om den skal tilbydes på sygehuset eller i hjemkommunen, afgrænses af sundhedsaftale og forløbsprogrammer.

Patienten spørges om sin aktuelle livsstil. Der skal som minimum indhentes oplysninger om tobaks-, alkoholvaner og stof-/medicinmisbrug hos alle patienter (afgrænsning i forhold til alder (børn/unge), og evt. øvre grænse for screening for stofmisbrug, kan foretages af de enkelte afdelingsledelser) samt BMI/madvaner og fysisk aktivitet hos patienter, der vurderes at have betydelig helbredsrisiko som følge af usund livsstil på disse områder.

Interventioner ved sundhedsmæssig risiko

Livsstilsfaktorer med betydelig risiko for patientens generelle helbred:

Patienten informeres om sin sundhedsmæssige risiko nu og i fremtiden. Patienter rådgives og vejledes om forebyggelsesmuligheder, herunder kommunernes sundhedstilbud. Patienten kan eventuelt anbefales at tale med egen læge, hvis det vurderes relevant, set i forhold til kompleksiteten i patientens problemstilling. Ved anbefaling af kommunernes sundhedstilbud vurderes om patienten har behov for støtte til at opøge tilbuddet. Hvis patienten har uhensigtsmæssig livsstil på flere områder, kan en eventuel prioritering af indsatsområde drøftes med patienten, så der tages udgangspunkt i patientens egen vurdering. Hvis patienten ikke ønsker hjælp eller støtte til intervention skal det dokumenteres, at risikoprofil er identificeret og at patienten selv ikke ønsker intervention.

Projekt i drift

Indsatsen er overgået til drift ved årsskiftet 2015/16 og er en del af kvalitetsarbejdet. Der forventes en opfølgning på hvor meget henvisningsformularer mm benyttes. Det forventes at alle med et behov for forebyggelses- eller rehabiliteringsbehov henvises til et kommunalt tilbud.

17. Forstærket indsats over for storrygere

Formålet er at reducere tobaksrygning og bidrage til at reducere social ulighed i sundhed.

Projektet går helt enkelt ud på systematisk at tilbyde alle rygere i kontakt med almen praksis og hospitalet at blive henvist til hjælp til rygestop i kommunen. Det tager ca. 30 sekunder at tilbyde patienten henvisning ved hjælp af en enkel og veldokumenteret metode, der hedder Very Brief Advice (VBA). Henvisningsmetoden er pilotafprøvet og under udrulning i Hospitalsenheden Vest og i Regionspsykiatrien Vest i Region Midtjylland.

Projektet er tværsektorielt på tværs af hospitaler, psykiatri, kommuner og almen praksis i vestklyngen i Region Midtjylland

Kan 30 sekunder ændre social ulighed i sundhed?

Rygning har stor sammenhæng til social ulighed i sundhed. I Vestklyngen i Region Midtjylland ryger 19 % af borgerne mellem 25 og 79 år dagligt, og 10 % er storrygere. Blandt borgere med ingen eller kort uddannelse er der imidlertid hele 27 %, der ryger dagligt og 16 %, der er storrygere (Sundhedsprofilen 2013).

Med en forstærket rygestopindsats 2015 har ca. 2000 borgere indtil videre deltaget i rygestopforløb. Midtvejsevalueringen fra 2016 viste, at omkring 86 % procent af de borgere, der har gennemført et rygestopforløb, har ingen eller en kort uddannelse under tre år. Samme resultater gør sig gældende på tværs af landet, når de i alt ni storrygerpuljeprojekter sammenstilles. Det vil sige, at et styrket samarbejdet om at tilbyde rygestop formår at reducere social ulighed i sundhed.

Hvad sker der, når henvisningen er sendt til kommunen?

Når kommunen modtager en elektronisk henvisning fra hospital eller praktiserende læge, så tager en rygestoprådgiver kontakt til borgeren og tilbyder en samtale, hvor motivation, rygevaner mv. afklares. På baggrund heraf tilbydes et individuelt tilpasset rygestopforløb. I projektperioden er der i øvrigt tilbud om særlig støtte til storrygere (+15 cigaretter dagligt) i form af gratis rygestopmedicin i kombination med rådgivning.

Resultater

Projektet monitoreres tæt, og har vist gode resultater. Lidt under halvdelen er røgfri et halvt år efter henvisning til kommunalt rygestopforløb. Det viser, at systematiske tilbud til borgere, der ryger - og som ønsker hjælp til at holde op - er effektivt. Både hospitalsklinikere og kommunernes rygestoprådgivere opfatter samarbejdet som enkelt og meningsfuldt, og borgerne har generelt en positiv oplevelse af at blive henvist. Flere finder det endda motiverende, at det er kommunen, der efterfølgende indleder kontakten.

I perioden 1. januar 2015 til 30. marts 2017 er der foretaget ½ års opfølgning på cirka 600 borgere, som har gennemført et rygestopforløb. Resultatet er, at 46 % af deltagerne stadig er røgfri et halvt år efter rygestopet. Den seneste opgørelse fra Rygestopbasen viser, at stopraten på landsplan er 43 %.

Læs mere:

www.rm.dk/om-os/aktuelt/news-2016/september/ka-30-sekunder-andre-ulighed-i-sundhed/

18. Helbredsprofilen.dk

Formålet med Helbredsprofilen.dk er blandt andet at få mere fokus på korrekt og tilgængelig information om sundhed og bidrage til at øge viden om de livsstilsfaktorer, som kan forværre sygdom.

Helbredsprofilen er en indsats i Region Sjælland.

På helbredsprofilen kan borgere og patienter finde kvalitetssikret video-materiale om sygdomme og behandling, formidlet på hverdags-dansk. Filmene forklarer for eksempel, hvordan undersøgelser for KOL foregår hos den praktiserende læge, hvilken type hjælp og støtte der findes i kommunen. Patienters erfaringer med livet trods sygdom, både i familien, på arbejdspladsen og med hensyn til det psykiske velbefindende. Undersøgelsen "IT- anvendelse i befolkningen" (Danmarks statistik 2013) viste, at 57% af dem, der havde brugt Internettet inden for de seneste tre måneder, havde søgt efter information om sundhed.

Forhindre udvikling eller forværring af sygdom

Indsatsen henvender sig til borgere med længerevarende sygdom, eller borgere som er i risiko for at udvikle sygdom, der har behov for at få større viden om deres sygdom, for bedre at kunne leve livet inden for de nye rammer, sygdom naturligt skaber. Helbredsprofilen formidler desuden hvilke muligheder, der er for hjælp og viser hvordan man med lidt mere viden fra fagpersoner eller erfaringer fra andre i samme situation som en selv, kan håndtere sin aktuelle livssituation. På denne måde kan de også medvirke til at forebygge forværring.

Der er materiale om meget mere end den snævert set medicinske problemstilling, som f.eks. KOL og behandlingen. Helbredsprofilens understøttende temaer handler om livsstilsfaktorer, kost, rygning, alkohol og motion. Der findes ligeledes information om undersøgelser og behandlingsmuligheder i regionen, kommunen og almen praksis. Formålet er at støtte fagpersoner i at have det bedste samarbejde med patienten. For mennesker, der har andet modersmål end dansk, er der mange situationer hvor tolk ikke er en mulighed, her kan filmene afspilles på et af de fem øvrige sprog, som størstedelen af materialet er oversat til.

Forventet effekt af indsatsen

Der er planlagt en større evaluering af sitet og effekten med udgivelse primo 2018

Det forventes at de borgere der har brug for en minimal indsats og kan klare sig med informativ støtte, men som har svært ved at læse sig til kvalitetssikret information, kan finde materiale målrettet deres udfordringer. Helbredsprofilen understøtter patienter, der "vil vide mere for at kunne gøre mere" og håber, at borgere kan bruge Helbredsprofilen til at finde de gode råd, de har behov for på hjemmesiden, uden at de har behov for at kontakte sundhedsvæsnet.

Læs mere:

helbredsprofilen.dk/

19. Det digitale sundhedscenter – sundhed tæt på borgeren

Formålet med det digitale sundhedscenter er at nytænke de kommunale sundhedscentres tilrettelæggelse af tilbud ved at udvikle og integrere digitale løsninger i tilbuddene - herunder tilbud til borgere med kronisk sygdom.

Et partnerskab bestående af Region Syddanmark, Varde Kommune, Faaborg-Midtfyn, Kolding Kommune, Diabetesforeningen og Hjerteforeningen står bag visionen "Det digitale sundhedscenter".

Det digitale sundhedscenter skal medvirke til at løse nogle af de problemer, som kommunerne oplever i forbindelse med det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde. Det er bl.a. fravalg af tilbud om patientuddannelse, som kan skyldes flere ting. Det kan skyldes manglende tilgængelighed og fleksibilitet i tilbuddene, herunder geografiske afstande mellem borgerne og de kommunale sundhedscentre, begrænsede åbningstider, og det kan skyldes i forvejen fastlagte holdforløb, som kan betyde ventetid før en motiveret borger kan starte op på et tilbud.

En systematisk anvendelse af digitale løsninger skal samlet føre til:

- Øget fleksibilitet og tilgængelighed af tilbuddene
- Fastholdelse af livsstilsændringer ved mere differentierede indsatser og større motivation hos borgerne
- Ressourceoptimering dels ved at sundhedsprofessionelle håndterer borgere på tværs af kommunegrænser, dels via tilbud med fokus på hjælp til selvhjælp, så en række borgere kan klare det meste selv, og borgerne med størst behov for støtte gives et udvidet tilbud.

Digital patientuddannelse

Som et mål under det digitale sundhedscenter vil partnerne udvikle et tilbud om digital patientuddannelse til borgere over 18 år. Formålet med tilbuddet om Digital Patientuddannelse er, at borgerne opnår og fastholder et godt liv med deres kroniske sygdom, og at borgerne lever et liv med stor grad af mental sundhed.

Partnerskabet vil benytte allerede eksisterende teknologier til at gennemføre digitale patientuddannelsesforløb. Eksisterende hjemmesider, webinarer, individuelle onlinesamtaler og e-læring via kendte applikationer vil være udgangspunktet for digital patientuddannelse. Desuden ønsker partnerskabet at eksperimentere med brugen af lukkede grupperum på sociale medier, eksempelvis Facebook, som en del af tilbuddet i digital patientuddannelse.

Selvom udgangspunktet er eksisterende teknologier, ønsker partnerskabet løbende at afdække, hvilke nye løsninger, der kunne have et potentiale og hvilke behov, der ikke bliver løst af de eksisterende løsninger.

Syddansk Sundhedsinnovation står for projektledelsen af projektet.

Læs mere:

www.syddansksundhedsinnovation.dk/projekter/det-digitale-sundhedscenter-et-partnerskabsprojekt-1/

