

Sundere liv i socialpsykiatrien

- **Effekt af intervention og imødekommelse af psykiatribrugeres behov**
- **Forskning i organisationens betydning for livsstilsændring ved interventionen Sundere liv i socialpsykiatrien**

Partnerskabsgruppen for *Sundere liv i socialpsykiatrien*

Botilbud, aktivitetstilbud, bostøtteordning
m.v. under socialpsykiatrien i:
Herning Kommune
Holstebro Kommune
Randers Kommune og
Syddjurs Kommuner

Regionale socialpsykiatriske botilbud i
Region Midtjylland:
Sct. Mikkel, Viborg
Blågård, Viborg
Tangkær, Ørsted
Sønderparken, Hornslyd

CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland

Lise Arnth Nielsen
Projektleder, Sundere liv i socialpsykiatrien, sygeplejerske

Lucette Meillier
Seniorforsker, cand.comm. ph.d

Viola Bureau
Lektor, politolog, ph.d

Ulla Væggemose
Seniorforsker, cand.pharm. et art., ph.d

Baggrund

Det er et slående faktum, at mennesker med langvarig psykisk sygdom har både flere livsstilssygdomme og højere motivation for livsstilsforandringer end resten af befolkningen. Det kan pege på, at den nuværende organisering af psykiatritilbud ikke formår at imødekomme behov for støtte i forhold til fysisk sundhed. Der er brug for tværsektorielt samarbejde mellem psykiatri og forebyggelsesområdet om støtte til sundhed og håndtering af fysisk sygdom. Gennem et stort interventionsprojekt - Sundere liv i socialpsykiatrien – har vi sammen med ledere, ansatte og brugere udviklet en række tilbud i forhold til psykiatribrugere, som hviler på litteratur om hvilke forebyggelsesstrategier som er vist effektive for sårbare grupper. Vi vil forske i hvordan de anvendte strategier virker i socialpsykiatrien med henblik på at og udbrede de mest etisk forsvarlige og effektive strategier til andre danske organisationer i kontakt med psykiatribrugere.

Multisygdom er udbredt blandt mennesker med langvarig psykisk sygdom og de har signifikant flere somatiske sygdomme end den øvrige befolkning. 78% vs. 64% har mindst én somatisk sygdom, 55% vs. 35% har to sygdomme eller mere (1). Overdødeligheden blandt mennesker med psykisk sygdom repræsenterer 20 mistede leveår for mænd og 15 for kvinder (2). Flest tabte leveår skyldes somatisk sygdom (3). Livsstilssygdomme har størst betydning. Diabetes og metabolisk syndrom er udbredt blandt mennesker med psykisk sygdom. Hjertekarsygdomme og apopleksi er fordoblet og det vurderes at disse sygdomme spiller den største rolle for overdødeligheden (4). Multisygdom er både belastende for psykiatribrugerne og dyrt for sundhedsvæsenet. Der er et påtrængende behov for at bremse udviklingen af livsstilsbetingede sygdomme blandt mennesker med psykisk sygdom.

European network for promoting the physical health of residents in psychiatric and social care facilities (HELPS) har undersøgt faktorer med betydning for udvikling af somatisk sygdom hos mennesker tilknyttet psykiatriske organisationer (5). HELPS fremlægger årsagerne til udviklingen af somatisk sygdom som et samspil mellem psykiatriens manglende fokus på fysiske symptomer og bivirkninger af medicinering, livsstil samt omgivende miljø (se figur 1).

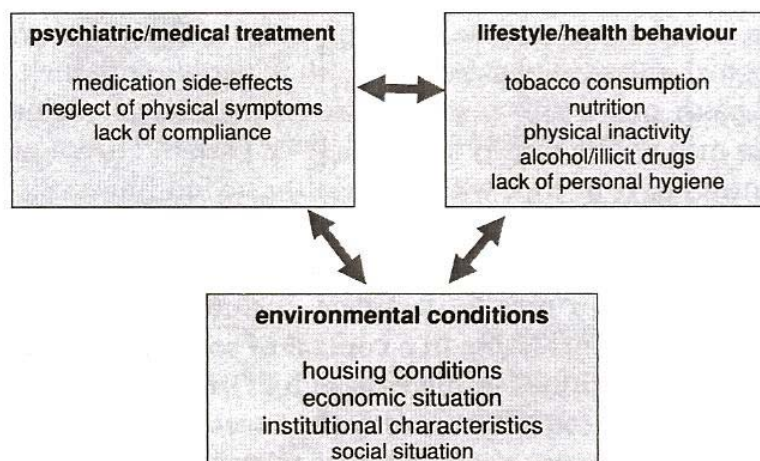


Figure 1
Potential causes of physical comorbidity in people with severe mental illness.

Kilde: Weiser et al. 2009 (5)

Livsstil er en væsentlig faktor for de somatiske sygdomme, men ved forebyggelse af somatisk sygdom er der behov for at imødegå årsagerne på flere niveauer.

Motivation for forandring

Mennesker med langvarig psykisk sygdom har en mere usund livsstil end de øvrige borgere i Region Midtjylland.

Usundt kostmønster: 20% = 8 procentpoint flere end i den øvrige befolkning

Svær overvægt: 28% = 13 procentpoint flere end i den øvrige befolkning

Regelmæssig motion: 39% = 15 procentpoint færre end den øvrige befolkning dyrker idræt eller regelmæssig motion i fritiden

Ryger dagligt: 41% = 20 procentpoint flere end i den øvrige befolkning (1).

Motivation til forandring af livsstil, blandt mennesker med langvarig psykisk sygdom med usund livsstil, er højere end for den øvrige befolkning for tre ud af fire sundhedsvaner.

Motiveret til at ændre livsstil blandt de der spise usundt, har BMI >30, bevæger sig for lidt eller ryger	Øvrig befolkning	Mennesker med langvarig psykisk sygdom
Ønsker at spise sundere	56%	66%
Ønsker i høj grad at tabe sig (BMI >30)	57%	70%
Ønsker at være mere fysisk aktiv	68%	75%
Rygestop	74%	69%

Tabel 1: Ønske om ændring af livsstil blandt mennesker med langvarig psykisk sygdom med usund livsstil til sammenligning med den øvrige befolkning i Region Midtjylland. Hvordan har du det? 2010 (1).

Ønske om støtte til forandring højt

Upublicerede resultater fra *Hvordan har du det?* viser, at ønsket om støtte til rygeophør er højere blandt mennesker med en psykisk sygdom end for den øvrige befolkning. Blandt dagligrygere som er motiverede for rygeophør ønsker 65% støtte hertil mens det kun er 49% i den øvrige befolkning.

En upubliceret spørgeskemaundersøgelse blandt 449 psykiatribrugere i projektet *Sundere liv i socialpsykiatrien* viser tilsvarende tal:

- Blandt motiverede til rygestop ønsker 57% støtte og hjælp
- Blandt brugere som ønsker at ændre madvaner ønsker 57% støtte og hjælp
- Blandt brugere som vil være mere fysisk aktive ønsker 63% støtte og hjælp (6).

Barrierer for forandring

Det er således ikke motivationen til forandring blandt de der har usunde vaner, som mangler. Derimod mangler effektive indsatser, støtte og opbakning som imødekommer behovet blandt mennesker med psykisk sygdom. Selvom man er motiveret, kan der være mange forhindringer for at gennemføre forandringer i hverdagen. Det skal der tages højde for i sundhedsfremme- og forebyggelsesforløb for sårbare grupper.

Litteraturen om barrierer og motivation for ændring af livsstil blandt psykiatribrugere er gennemgået i Vidensråd for Forebyggelses rapport og konklusionerne peger på, at det er faktorer som ligger ved siden af livsstilsinterventionen som kan have betydning for udbyttet. F.eks. den psykiske sygdom i sig selv, manglende energi og initiativ, bivirkninger ved den medicinske behandling samt social isolation og vanskeligheder ved at skabe struktur. Personalets negative holdninger til livsstilsforandringer kan udgøre en barriere mens opbakning fra familie og venner vurderes betydningsfuldt (7).

Der rapporteres kun én dansk kvalitativ undersøgelse af barrierer for livsstilsforandring blandt unge med diagnosen skizofreni. I undersøgelsen, som er foretaget blandt syv unge, findes ambivalens og modstridende fordele og ulemper for at deltage i fysisk aktivitet. Inaktivitet stod i modsætning til energi ved fysisk aktivitet. Oplevelse af forvirring og psykotisk grundet manglende orienteringsevne stod overfor at opleve sig kropsligt samlet gennem bevægelse. Socialt samvær var på den ene side angstskabende og udbytterigt og en væsentlig barriere for at deltage var angst samtidig med at fysisk aktivitet oplevedes som en vej til følelse af ro (8).

Blandt ledere og medarbejdere fandt Socialstyrelsen i 2012 en række udfordringer ved implementering af sunde kost- og motionsvaner på bosteder. Kun 20% oplever at bostedet har succes med at integrere sund mad og 13% med at få deltagerne til at dyrke motion. Det er en udbredt holdning at beboerne ikke har lyst til at spise sundt eller deltage i bevægelse og 38% af medarbejderne angiver at de mangler redskaber til at motivere målgruppen (9).

Der er et massivt behov for tiltag, der imødegår de særlige belastninger og vanskeligheder, der knytter sig til forandring af livsstil, når man har en psykisk sygdom.

Forslag til effektive indsatser

Undersøgelsen *Psykisk sygdom og ændringer af livsstil* fra Vidensråd for Forebyggelse, gennemgik i 2012 litteraturen om effekterne af individuelle eller gruppebaserede livsstilsinterventioner for mennesker med psykisk sygdom – specifikt bipolare lidelser, skizofreni og depression. Der blev fundet nogen evidens for effekt af interventioner med fokus på kost og vægt, fysisk aktivitet og rygeophør, men rekruttering og fastholdelse af deltagere giver udfordringer. Effekter af livsstilsinterventioner varierer for typer af livsstil og for psykisk lidelse. (7).

I en litteraturgennemgang om effekter af interventioner blandt sårbare grupper blev der peget på, at forandring af rammer for sund mad og bevægelse har en selvstændig effekt, og at effekten kan forstærkes ved individuel rådgivning eller gruppeforløb (10). Formålet var at *identificere interventioner, der motiverer til adfærdsændringer for sund mad og fysisk aktivitet blandt mindre ressourcerstærke mennesker*. Litteraturgennemgangen leder os til følgende antagelser:

- Strukturel forebyggelse gennem praksisforandringer i de organisationer, som psykisk syge opholder sig i, er en af de mest effektive enkeltmetoder til at understøtte forandring af livsstil, der kan føre til kroniske livsstilsbetingede sygdomme
- Personale, lokalsamfund og organisationer, som psykisk syge er i kontakt med, spiller en væsentlig rolle for forandring ved siden af nære relationers støtte
- Individuel rådgivning og gruppeforløb med fokus på livsstil har begrænset virkning i sig selv, men forstærkes ved en multikomponentindsats i det omgivende miljø i form af strukturel forebyggelse og støtte fra netværkspersoner (10).

Individuel rådgivning, gruppeforløb og igangsætning af f.eks. mad- og bevægelsesaktiviteter kræver mange personaleressourcer, og er ikke effektive når de står alene. Strukturel forebyggelse gennem politikker, sunde rammer og understøttende regler er forholdsmæssigt billigere og har længerevarende virkninger. Projektet *Sundere liv i socialpsykiatrien* indeholder livsstilsinterventioner og strukturel forebyggelse, baseret på ovenstående principper.

Interventionsprojektet - *Sundere liv i socialpsykiatrien*

Sundere liv i socialpsykiatrien har til mål at forebygge somatisk sygdom blandt dens brugere. Interventionsprojektet gennemføres i perioden 1.3.2012-28.2.2015 og er en omfattende indsats, som tager udgangspunkt i HELPS årsagstrekant for fysisk sygdom (figur 1). Både strukturelle forhold i organisationerne, personaletilgange, individuelle livsstilsfaktorer og medicin sættes i spil med inddragelse af ledelse og brugere. Gennem kurser og kompetenceudvikling designer og implementerer personalet selv alle aktiviteter. Af tabel 2 fremgår hvilke organisationer som indgår i interventionen.

Botilbud, aktivitetstilbud, bostøtteordning m.v. under socialpsykiatrien	Socialpsykiatriske botilbud under Region Midtjylland
• Herning Kommune • Holstebro Kommune • Randers Kommune og • Syddjurs Kommuner	• Sct. Mikkel, Viborg • Blåkærgård, Viborg • Tangkær, Ørsted • Sønderparken, Hornsyld

Tabel 2: Involverede organisationer i interventionen Sundere liv i socialpsykiatrien.

Målgruppen for interventionen er organisation, personale og i sidste ende brugere af socialpsykiatrien. 24 socialpsykiatriske tilbud er omfattet af interventionen og det skønnes, at tilbuddene omfatter 1.500 brugere. Alle bør være berørt af strukturelle forandringer og arbejdet med individuelle handleplaner om sundhed, men ikke alle vil være direkte berørt af aktiviteter under projektet.

Brugere af socialpsykiatrien er involveret i inspirationsgrupper som har født ideer til ledelse og personale i organisationerne.

Ledere og personale har udarbejdet og gennemfører sundhedspakker om mad, bevægelse, rygebegrænsning eller medicinforbrug ud fra organisationernes egne oplevede behov for at øge sundhedsfremme og somatisk sundhed. En sundhedspakke består af organisationens overvejelser og indsats ved en række fastsatte strategier:

- 1 Udformning af organisationens politik for mad, bevægelse, rygning eller medicinforbrug
- 2 Forbedring af fysiske rammer for sundhed
- 3 Etablering af regler om f.eks. mad, rygning, bevægelse og for støtteforanstaltninger
- 4 Aktiviteter om sundhed der underbygger gennemførte politik, etablerede sunde rammer og regler

170 ansatte fordelt på seks hold deltager i kompetenceudviklingskurser over 1½ år. Mellem kursusdagene arbejdes på at implementere udvalgte dele af sundhedspakkerne i dagligdagen. Der foregår mange aktiviteter i hver organisation som kan skabe synergi og all-round-støtte til brugerne. Der er ind til dato registreret 79 forskellige politikker, strukturelle forandringer og aktiviteter.

Aktiviteter om forandring af livsstil kan understøttes af individuel eller gruppebaseret rådgivning af specialudannet psykiatripersonale og sundhedskonsulenter fra Randers Kommunes sundhedscenter. 33 personaler uddannes til livsstilsvejledere på et fem modul langt kursus på tværs af organisationer.

De socialpsykiatriske organisationer har flere tiltag som involverer samarbejde med de kommunale sundhedscentre. Det sker i alle de involverede kommuner. I Holstebro Kommune og i den regionale socialpsykiatri arbejdes der i flere tiltag på at forstærke samarbejdet med de praktiserende læger for at fremme sundhed hos psykisk syge.

Brugere i socialpsykiatrien udfærdiger handleplaner sammen med deres støtte-kontaktperson. Under projektet har de deltagende organisationer forpligtet sig til at medtage sundhedsmål i de obligatoriske handleplaner. Handleplanemner om sundhed er implementeret forskelligt i kommunerne og kan have forskelligt indhold i hver organisation. Nogle har faste spørgsmål om trivsel, sundhedsvaner og har registreret somatiske sygdomme samt mål for forandring. Andre organisationer har registreret BMI, sundhedsvaner og ønsker til deltagelse i aktiviteter. Handleplanerne følges op en gang årligt, og fortsætter som praksis efter interventionen.

Se uddybet projektbeskrivelse her:

<http://www.cfk.rm.dk/projekter/multisygdom/forebyggelse+af+multisygdom+-+psykisk+syge>

Hvordan psykiatribrugere modtager forebyggelsestiltag er ikke undersøgt i psykiatrien. Barrierer, fordele og ambivalens ved konkrete livsstilsinterventioner bør undersøges yderligere i danske psykiatriske kontekster.

Fastholdelse af effekt

Strukturel forebyggelse i den form som er anvendt, er designet til fastholdelse. Gennem en ramme om udformning af politikker, ændring af fysiske rammer og ved indlejring i organisationer med ændring af mødestrukturer, regler og langvarig uddannelse af det ansatte personale overflødiggøres ekstern konsulentbistand med tiden. Det styrker fastholdelse af effekten at det er lederne, personalet og brugerne selv som definerer retning for interventionen indenfor de givne rammer og får indført praktikker i en normal hverdagspraksis frem for et energikrævende projekt. F.eks. glider det at gå tur og tale i stedet for at sidde og drikke kaffe, spise kage og tale osv. ind i en hverdagspraksis.

Der pågår et langvarigt kulturarbejde indenfor hver organisation gennem et tre-årigt projekt, hvor deltagerne selv driver de indsatser som skal gennemføres. Det forudsætter vi fastholdt gennem påmindelser fra de strukturer de selv har etableret.

Under interventionen har vi forsøgt at forstærke og fastholde effekten gennem deling af erfaringer og ekstern formidling. Der sker deling via personaleuddannelser på tværs, gennem inspirationsmøder og –seminarer.

Vi vil naturligvis også gerne sprede de virksomme strategier til andre kommuner i Danmark. Der frigives en større satspulje med fokus på sundhed og implementering af virksomme strategier indenfor psykiatrien. Den planlægger vi at ansøge i 2014, så de gode modeller fra aktive organisationer i *Sundere liv i socialpsykiatrien* kan implementeres i alle regioner i Danmark. I første omgang formidler vi bedste virkemidler og resultater fra interventionen.

Formidling fra projektet *Sundere liv i socialpsykiatrien* generelt

Der er planlagt formidling af projekt *Sundere liv i socialpsykiatrien* på følgende måde:

Resultatseminar

Projektet afsluttes med et resultatseminar med deltagelse af fagprofessionelle og brugere. Resultatseminaret præsenterer aktiviteter, ideer og resultater fra interventionsperioden, og målet er at sprede de gode erfaringer til interesserede kommuner og organisationer i Danmark.

Inspirationskatalog

Der udgives inspirationskatalog med de mest succesfulde og effektive praksisændringer i forbindelse med resultatseminaret. Inspirationskataloget vil indeholde gennemgang af de fem bedst vurderede tiltag eller indsatser, med forslag til implementering af praksisforandringer med sundhedsfremmende og forebyggende sigte om mad, bevægelse og rygning i læserens organisation. Inspirationskataloget vil blive tilgængeligt elektronisk via kommunernes hjemmeside og skal medvirke til at sprede den gode og velafprøvede praksis på området.

Forskning knyttet til interventionen *Sundere liv i socialpsykiatrien*

Sundere liv i socialpsykiatrien er en kompleks og ressourcekrævende intervention. Det er derfor vigtigt at undersøge og dokumentere interventionens implementering og virkninger.. Det planlægges derfor at knytte et tværvidenskabeligt forskningsprojekt til *Sundere liv i socialpsykiatrien*. Dette følgeforskningsprojekt er væsentligt, dels med henblik på at undersøge effekterne af interventionen, dels med henblik på at skabe viden om hvordan der fremadrettet kan arbejdes Med strukturel forebyggelse i socialpsykiatrien. Således vil forskningsprojektet kunne bidrage til den begrænsede dokumentation på dette område. Forskningsprojektet rummer både proces- og effektevaluering og inkluderer undersøgelser af psykiatribrugere, interventionen, organisationer og effekt på trivsel og livsstil.

Der gennemføres to forskningsprojekter, som beskrives separat i ansøgningen:

- 1. Virkning af intervention og imødekommelse af psykiatribrugeres behov**
- 2. Organisationens betydning for livsstilsændring**

Projekterne er praksisnære og anvendelsesorienterede, og der vil ud over den videnskabelige formidling løbende blive givet tilbagemeldinger af resultater til de deltagende kommuner/institutioner. Forskningsprojekterne retter sig begge mod implementeringsbarrierer, og understøtter hinanden gennem hhv bruger- og personale-/ledelsesfokus på de centrale strategier.

1. Forskning i virkning af intervention og imødekommelse af psykiatri-brugeres behov

Formålet er:

at udvikle sundhedsfremme- og forebyggelsesstrategier i socialpsykiatrien, som imødekommer brugernes behov, forbedrer sundheden og hermed forebygger somatisk sygdom blandt mennesker med langvarig psykisk sygdom. Dette kan være model for fremtidige interventioner.

Forskningens mål er:

at pege på tiltag og kombinationer af strategier, som vil kunne imødekomme brugernes behov og optimere forebyggelse af livsstilsbetinget somatisk sygdom i socialpsykiatrien.

Forskningsspørgsmål:

1. Hvordan sætter livsstilsinterventionen *Sundere liv i socialpsykiatrien* sig spor i brugernes handleplaner og sundhedsmål?
2. Hvordan forholder psykiatribrugere sig til interventionen *Sundere liv i socialpsykiatrien*? Hvilke barrierer, fordele og ulemper oplever brugerne for selv at deltage?
3. I hvilket omfang imødekommer de anvendte strategier i interventionen *Sundere liv i socialpsykiatrien* brugernes behov? Hvilke fremmende og hæmmende faktorer for implementering kan identificeres?

Succeskriterier

75% af de undersøgte handleplaner har indført sundhedsmål.

50% af de psykiatribrugere der har indført sundhedsmål har arbejdet med ønskede planer og evalueret herpå.

25% af de der har indført sundhedsmål har opnået et eller flere af deres egne angivne mål.

Gennemsnitligt for alle med angivne før og efter vægt har opnået vægtstop.

5% har tabt vægt og reduceret livvidde.

10% færre er fysisk inaktive.

10% flere er fysisk aktive 30 minutter om dagen.

Der tilvejebringes konkrete bud på hvordan man kan imødekomme psykiatribrugernes behov for støtte til forandring af livsstil.

Psykiatribrugerne føler sig imødekommet og aktiveret ved interventionen.

Der kan angives en række principper for bedste måde at imødekomme psykiatribrugeres behov for livsstilsændringer.

Forskningen giver feedback på strategi-elementer som kan afstedkomme justeringer og opstramning af fremtidige implementering.

Materiale og metode

Forskningen gennemføres ved:

1. Gennemgang af 500 blandt 1.500 psykiatribrugernes handleplaner fra alle organisationer
2. Interview med 15 brugere fra fem organisationer som har gennemført omfattende kombinationer af sundhedspolitik, ændring i rammer og miljø, regler for personalesupporteret støtte til livsstilsændring, tilbud af kurser, tilgang i medicingennemgang eller politikerstøttet strukturændring
3. Sammenligning af interview, udvikling i de interviewedes handleplaner og ønsker i projektperioden 2012-2015.

Kvantitativ / kvalitativ metode

Gennemgang af 500/1.500 handleplaner i de fire kommuner og fire socialpsykiatriske botilbud.

Ud fra gennemgang af handleplanerne dannes kategorier af indsamlede sundhedsdata

sundhedsmål. Handleplanerne for 2012 og 2014 sammenlignes, og der søges ud fra de danne-

de kategorier at tegne en progression i psykiatrigruernes planer på sundhedsvaner og på udvikling af ønsker fra start til slut.

- o Hvad er der ifølge handlingsplanerne gjort? – og hvorfor?
- o Kvantificering af data på BMI, rygning, bevægelse og mad, motivation og ønske til støtte.

Kvalitativ metode

15 psykiatrigruere rekrutteres fra forskellige typer af socialpsykiatriske organisationer der har gennemført de af os vurderede mest gennemgribende komplekse interventioner. Informanterne interviewes ud fra en semistruktureret interviewguide tre gange i løbet af et år. Interviewene arrangeres i samarbejde med deltagerens støtte- kontaktperson.

1. interviewrunde: Ønsker og muligheder for ændring af livsstil (barrierer, fordele og ulemper)
2. interviewrunde: Vurdering af egen handlingsplan og indsats for sundhed og hvordan organisationen imødekommer ønsker for ændring af livsstil
3. interviewrunde: Udvikling af egen handleplan og vurdering af hvordan organisationen imødekommer ønsker for ændring af livsstil.

Der rekrutteres tre informanter fra hver af nedenstående organisationer:

- Bo- og aktivitetstilbuddet Skiftesporer i Herning Kommune
- Bostøtten i Randers Kommune
- Aktivitetstilbuddet Midtpunktet i Syddjurs kommune
- Det socialpsykiatriske botilbud Sønderparken i Region Midtjylland
- Det socialpsykiatriske botilbud Tangkær i Region Midtjylland

Alle interview optages på bånd og transskriberes i deres fulde ordlyd.

Indsatser vedrørende mad, bevægelse, rygning, vægt, medicin m.v. fra de involverede organisationer kategoriseres i strategi-hierarkier. Aktiviteterne vurderes ud fra opnåelse af best practices som angivet i litteraturen om sundhedsstrategier til sårbare grupper. Best practices indebærer kombinationer af sundhedspolitikker, miljøændring, regeldannelser og tilgængelighed af tilbud, personalets støtte til forandring og involvering af brugere og pårørende i aktiviteter.

Analysestrategi

1. Kvantitative data fra handlingsplaner: Kvantificerbare data om BMI, sundhedsvaner og motivation til forandring indtastes i database ved start og ved opfølgning. Dataene bearbejdes og analyseres ved brug af programpakken Stata.
2. Kvalitative data fra handlingsplaner: Der dannes kategorier af udviklingstræk i handlingsplanerne. Forskelle og ligheder i udvikling af handlingsplaner fra start til slut fremanalyseres.
3. Kvalitative data interview: De transskriberede interviewdata analyseres i NVivo. Der foretages analyse på tværs af de enkelte interview med udgangspunkt i temaer fra interviewguide samt opståede temaer under interviewene
4. Triangulering: Fund fra analysen af interview holdes op mod informanternes handleplaner. Der identificeres ligheder og forskelle i fremsatte ønsker ved interview og udvikling i de individuelle handleplaner.
5. Triangulering: Fund fra analysen af interview og analysen af de 500 handleplaner holdes op imod opnåelse af best practices i gennemførte aktiviteter i de involverede organisationer. Best practice vurderes ud fra forskningsprojekt 2: *Organisationens betydning for livsstilsændring ved interventionen Sundere liv i socialpsykiatrien*(se nedenfor).

På baggrund af analyserne fremhæves fordele og ulemper ved kombinationer af strategier i de fem organisationer. Der peges på tiltag og kombinationer af strategier, som vil kunne imødekomme brugernes behov og optimere forebyggelse af livsstilsbetinget somatisk sygdom i socialpsykiatrien.

Formidling af forskning om virkning af intervention og brugerbehov

I Danmark formidles undersøgelsens resultater til relevante målgrupper via oplæg og artikler i faglige tidsskrifter.

Internationalt søges undersøgelsens resultater publiceret i internationale peer-reviewed tidsskrifter ud fra temaerne:

1. Brugerens ønsker, barrierer, fordele og ulemper ved livsstilsintervention i socialpsykiatrien
2. Brug af handleplaner som støtte til forandring af livsstil i socialpsykiatrien
3. Betingelser for virkning af komplekse brugerunderstøttende forebyggelsesstrategier i socialpsykiatrien.

Resultater søges formidlet på internationale konferencer med abstract.

Godkendelser og etik

De indhentes informeret samtykke til deltagelse blandt interviewpersonerne. Alle informanter anonymiseres ved formidlingen af resultater. Projektet tilmeldes datatilsynet.

2. Forskning i organisationens betydning for livsstilsændring ved interventionen *Sundere liv i socialpsykiatrien*

Formålet er:

at udpege de vigtigste organisatoriske forudsætninger for at implementere og drive komplekse interventioner for sundhedsfremme og forebyggelse blandt mennesker med langvarig psykisk sygdom i socialpsykiatrien. Dette kan være model for fremtidige interventioner.

Forskningens mål er:

at undersøge hvilken betydning lokale kontekster og organisatoriske forandringer i interventionen *Sundere liv i socialpsykiatrien* har for ansatte såvel som psykiatribrugere,

Forsknings spørgsmål:

1. Hvilke organisatoriske strukturer under interventionen *Sundere liv i socialpsykiatrien*, fremmer og hæmmer et udvidet fokus på somatisk sundhed og livsstil?
2. Hvad er omfanget og karakteren af igangsatte forandringer under interventionen – politik, fysiske rammer, regler og aktiviteter?
3. Hvilke ledelsesmæssige og organisatoriske forudsætninger er der for at arbejde med politikker, fysiske rammer, regler og aktiviteter om sundhed?

Baggrund

Betydningen af konteksten for implementeringen af komplekse interventioner

Nyere sundhedstjenesteforskning om komplekse interventioner fremhæver betydningen af den kontekst som interventioner implementeres i (11,12). Konteksten har således afgørende betydning for interventioners modtagelse, implementering og effekter. Her defineres kontekst som alle de faktorer, som omgiver og påvirker en kompleks intervention uden at være del af selve interventionen (13,14). Mere specifikt skelner litteraturen mellem indre og ydre kontekster, nemlig kontekst faktorer som findes dels indenfor organisationen fx ledelser, organisationsstruktur, og dels udenfor organisationen fx kommunernes/regionens/stat (15,16).

Analysen af kontekst fremhæver betingelserne for implementeringen af organisatorisk forandring og i sidste ende for en kompleks interventions succes eller fiasko (13-17). Analysen kan danne grundlag for forskellige former for tilpasning af interventionen. Ovretveit (13) nævner hvordan analyser af kontekst kan hjælpe med at oversætte organisatorisk forandring til forskellige kontekster som del af læring på tværs af organisationer eller lande. Wensing m.fl. (17) sætter fokus på at skræddersy udviklingen af interventioner baseret på en analyse af barrierer i og omkring de implementerende organisationer.

Succeskriterier

Der dokumenteres organisatoriske strukturer som beforder eller hæmmer fokus på somatisk sundhed – som kan omsættes til råd for fremtidige interventioner.

Der tilvejebringes dokumentation for principper i virksomme og implementerbare forandringer af rammer, regler eller aktiviteter, ligesom for uvirksomme arbejdskrævende aktiviteter som bør undgås i fremtidige interventioner.

75% af organisationerne har eller har udarbejdet sundhedspolitik for bevægelse, mad, rygning eller et andet område.

50% af organisationer har gennemført fysiske ændringer af rammer for bevægelse, mad eller rygebegrænsning.

50% af organisationerne har gennemført regeldannelser om ansattes deltagelse i sundhedsaktiviteter for brugere.

50% af organisationerne har gennemført regeldannelser om f.eks. ret til støtte til fysisk aktivitet, tilgængelighed af slik og sodavand, fedt i maden, anretning af mad eller rygning.

Der dokumenteres ledelsesprincipper og organisatoriske forudsætninger som hæmmer eller fremmer arbejdet med strukturel forebyggelse, som kan anvendes ved rådgivning i fremtidige interventioner.

Materiale og metode

Forskningen gennemføres ved:

1. Kortlægning af 79 registrerede interventions-tiltag (vedrørende politik, forbedrede rammer, regeldannelser eller aktiviteter) under i *Sundere liv i Socialpsykiatrien*, ved gennemgang af indleverede månedsrapporter for hvert tiltag. Kortlægning af øvrige ikke-registrerede tiltag i organisationen gennemføres via telefoninterview med centrale aktører (for at kortlægge diversiteten) efterfulgt af et spørgeskema (for at kortlægge omfanget af øvrige ikke-registrerede tiltag).
2. Procesevaluering af implementering gennem analyse af månedsrapporter af 79 registrerede tiltag.
3. Spørgeskemaundersøgelse blandt de ansatte og de brugere som var involverede i de registrerede aktiviteter (om graden af involvering og holdninger til interventionen).
4. Case-studie af de sundhedsfremmende aktiviteter i 2-3 botilbud ved gennemgang af det samlede materiale fra kortlægning, procesevaluering, spørgeskemaundersøgelse samt organisationsdokumenter, mødereferater, interview med medarbejdere og ledere i organisationen samt forvaltningspersoner i kommunen/regionen.

Kortlægning og procesevaluering

Kortlægning af tiltag i forbindelse med *Sundere liv i Socialpsykiatrien* giver et indblik i interventionens variation i de enkelte kommuner/regionale botilbud. Organiseringen af og implementeringsprocessen kortlægges i forbindelse med interventionen i de deltagende kommuner/regionale botilbud, aktivitetstilbud og bostøtteordninger.

For at synliggøre og dokumentere implementeringsprocessen lokalt, udarbejder interventions-teamet på hvert af de deltagende tilbud en procesevaluering hver anden måned. I månedsrapporterne evalueres arbejdet med at implementere elementer af den lokale Sundhedspakke og teamet beskriver de konkrete forandringstiltag samt læring og barrierer for processen i den pågældende periode. Procesevalueringerne vil blive suppleret med en spørgeskemaundersøgelse for at fuldende kortlægningen.

Kvalitativt casestudie

Den kvalitative undersøgelse har til formål at øge indsigten i de organisatoriske betingelser og processer knyttet til implementering af interventionen og herigennem bidrage med en analyse af hvorfor og hvordan implementeringen og driften af interventionen er sket som tilfældet i det aktuelle tilbud. Fokus vil således være på hvad, der fremmer/hæmmer implementering/driften af *Sundere liv i Socialpsykiatrien*. Undersøgelse vil fortrinsvis bestå af kvalitative interviews.

Med baggrund i den kvantitative undersøgelse samt indledende kvalitative interviews med centrale personer i de deltagende kommuner/regionale botilbud vil der blive gennemført casestudier i 2-3 udvalgte botilbud. Udvælgelsesstrategien vil tage udgangspunkt i maksimal variation, for her igennem at afdække og give indblik i hvad der er betydende for en kompleks interventions større eller mindre grad af succes.

Datamaterialet i casestudiet vil, for de 2-3 udvalgte cases, udgøres af det kvantitative materiale samt af kvalitative interviews med udvalgte aktører i såvel den indre som den ydre kontekst for de pågældende organisationer. Dokumenter i form af politikker, mødereferater, sundhedsplaner og handlingsplaner m.m. vil også indgå i casestudiets materialegrundlag.

Forventet udbytte

Projektets resultater forventes at bidrage med ny viden om hvad der i den lokale kontekst er vigtigt i forhold at opnå succes med praksisforandringer i forbindelse med komplekse livsstils-

interventioner som *Sundere liv i Socialpsykiatrien*. Med projektet forventer vi at kunne pege på organisatoriske faktorer (fx strukturer/strukturelle tiltag, ledelsesprincipper og medarbejders kompetencer og holdninger), der fremmer/hæmmer praksisforandringer. Formidlingen af resultaterne forventes at bidrage til udviklingen af mere effektive indsatser i socialpsykiatrien. Det gælder både i forhold til socialpsykiatriske organisationer/regionale botilbud indenfor den enkelte organisation og udenfor i de kommunalt/regionalt givne rammer for socialpsykiatrien i Danmark.

Formidling

På Dansk vil resultaterne blive omsat til en guide i organisationsopbygning, som skal understøtte udviklingen og implementeringen af effektive livsstilsinterventioner. De gode eksempler og virkningsfulde strukturer søges desuden formidlet via fagblade og faglige møder.

Forskningsresultaterne blive publiceret i mindst to videnskabelige artikler samt ved konferencepræsentationer med abstract.

Organisation og økonomi for forskningsdel 1 og 2

Intervention under *Sundere liv i socialpsykiatrien* sker i et samarbejde mellem CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, de nævnte kommuner og psykiatri og social i Region Midtjylland.

Der er bevilget 4,5 mio. kr. til interventionen af Satspuljen i perioden 1.3.2012-28.2.2015.

Af Det Obelske Familiefond er der bevilget midler som følger:

Forskningsprojekt 1. Psykiatribrugeres behov:	kr. 1.140.637
Forskningsprojekt 2. Organisationens betydning:	kr. 1.094.348

Der er nedsat en styregruppe for *Sundere liv i socialpsykiatrien* bestående af:

- o Lise Arnth Nielsen, Projektleder CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland,
- o Heinz Jacob, områdeleder, Specialområde Socialpsykiatri Voksne, Region Midtjylland,
- o Lars Bording, afdelingsleder, Bostedet Blåkærgård, Region Midtjylland,
- o Lene Bruhn Christensen, Områdeleder, De Matrikelløse, Randers Kommune,
- o Ulla Frederiksen, Teamleder, Syddjurs Kommune,
- o Lene Hjort Povlsen, Afdelingsleder og Birthe Holm Pedersen, Trivselskonsulent, Sønderparken/Sct. Mikkel, Region Midtjylland,
- o Anne Mikkelsen, Afdelingsleder og Susanne Bakmann, Klinisk diætist, Tangkær, Region Midtjylland,
- o Dorte Påskesen, Forstander, Skovlyset, Herning Kommune,
- o Janne Jørgensen, Sektionsleder, Psykiatri, Holstebro Kommune,
- o Svend Ebbesen, Sektionsleder, Social, Holstebro Kommune,
- o Lucette Meillier, Seniorforsker, CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland.

Der etableres en forskningsfølgegruppe bestående af projektleder, regions- og kommunerepræsentanter fra styregruppen samt deltagende forskere fra forskningsprojekterne. Forskningsfølgegruppen har til formål at inspirere, være kontaktpunkt til organisationer som indgår i dataindsamlingen, give input til praktiske forhold og endelig støtte med formidling. Deltagere ud over repræsentanter fra styregruppen er en udpeget repræsentant fra Det Obelske Familiefond, lektor, seniorforsker Viola Bureau; seniorforsker, Ulla Væggemose, lektor og ansat forskningsassistent. Gruppen mødes 2-3 gange årligt. Hyppigst i opstarts- og afrapporteringsfasen.

Tidsplan

Forskningen planlægges for alle projekter at forløbe over en 2 års periode i tiden 1.10.2014-30.9.2016

Referencer

1. Larsen F.B. & Nielsen A.L.. *Psykisk syges sundhed i Region Midtjylland. En analyse baseret på Hvordan har du det? 2006 og 2010*. CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland 2012.
2. Wahlbeck K., Westman J., Nordentoft M., et al.. *Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders*. British Journal of psychiatry 2011;199:453-458.
3. Laursen T.M., Nordentoft M.. *Heart disease treatment and mortality in schizophrenia and bipolar disorder – Changes in the danish population between 1994 and 2006*. Journal of Psychiatric Research 2011;45:29-35.
4. Laursen T.M., Munk-Olsen T., Nordentoft M. and Mortensen P.B.. *Inreased mortality among patients admited with major psychiatric disorders. A register-based study comparing mortality in unipolar depressive disorder, bipolar affective disorder, schizoaffective disorder, and schizophrenia*. Journal of Clinical Psychiatry 2007;68:899-907.
5. Weiser P., Becker T., Losert C. et al. *European network for promoting the physical health of residents in psychiatric and social care facilities (HELPS): background, aims and methods*. BMC Public Health 2009;9:315.
6. Poulsen S.A. *Sundere liv i socialpsykiatrien. Resultater fra første spørgeskemaundersøgelse om sundhed og trivsel blandt brugere tilknyttet socialpsykiatriske tilbud i Randers, Syddjurs, Herning og Holstebro kommuner og udvalgte tilbud i Region Midtjylland*. (Upubliceret materiale). CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland 2012.
7. Nordentoft M., Krogh J., Lange P. og Moltke A. *Psykisk sygdom og ændringer i livsstil*. Vidensråd for Forebyggelse 2012.
8. Moltke A. *Kroppens ambivalens*. Copenhagen: Frydenlund 2010.
9. Gullacksen og Hovind L. *Sund livsstil som en integreret del af botilbud i faghæftet Det gør en forskel – om livsstilsændringer i socialpsykiatrien*. Videnscenter for Handicap, Hjælpe midler og Socialpsykiatri, Socialstyrelsen, 2013:18-22
10. Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden. *Udredningsopgave. Sund livsstil – hvad skaber forandring?* Fødevareministeriet 2010.
11. Craig, P., Dieppe, P., McIntyre, S., Michie, S., Nazareth, I. and Petticrew, M.. *Developing and evaluating complex interventions: new guidance*, London: Medical Research Council 2008.
12. Damschroder, L.J., Aron D.C., Keith, R.E., Kirsh, S.R., Alexander, J.A. and Lowery, J.C.. *Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science*, Implementation Science 2009;4:50.
13. Øvretveit, J.. *A framework for quality improvement translation: understanding the conditionality of interventions*, Journal on Quality and Safety, Global Supplement 2004:15-24.
14. Øvretveit, J. *Understanding the conditions for improvement: research to discover which context influences affect improvement successes*, BMJ Quality and Safety, 2010;20(Supplement 1):i18-i23.
15. Mendel P, Meredith LS, Schoenbaum M et al. *Interventions in Organizational and Community Context: A Framework for Building Evidence on Dissemination and Implementation in Health Services Research*. Adm Policy Ment Health 2008;35(1-2):21–37.
16. Tomoaia-Cotisel, A., Scammon, D.L., Waitzman, N.J. et al.. *Context Matters: The Experience of 14 Research Teams in Systematically Reporting Contextual Factors Important for Practice Change*. Ann Fam Med, 2013; 11(Suppl 1):S115–S123.
17. Wensing, M., Bosch M. and Grol R. *Developing and selecting interventions for translating knowledge into action*, Canadian Medical Association Journal 2010;181(2):E85-8.
18. CFK-Folkesundhed og Kvalitetsudvikling. *MoEva – Monitorering og evaluering af patientuddannelser. Manual*. Region Midtjylland 2013.
19. Sundhedsstyrelsen. *Den nationale sundhedsprofil 2010 – Hvordan har du det?* Sundhedsstyrelsen 2010.