

HØRINGSUDGAVE

Psykiatriplan

*Bedre behandling og længere liv
til flere med psykisk sygdom*

Strategier for udviklingen i Region
Midtjyllands psykiatri 2013-2016

HØRINGSUDGAVE

Psykiatriplan

Strategier for udviklingen i Region
Midtjyllands psykiatri 2013-2016

September 2012

Kolofon

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	5
1. Formål med Psykiatriplan 2013-16	7
2. Hovedvision: "Bedre behandling og længere liv til flere med psykisk sygdom"	9
3. Udfordringer for fremtidens psykiatri	11
4. Den historiske udvikling	13
5. Organisation	15
5.1 Overblik over psykiatrien i Region Midtjylland	15
5.2 Specialeplanen – funktionsniveauopdeling	18
6. Aktivitet	19
BEDRE BEHANDLING	21
7. Hovedaktør i eget liv	22
7.1 Baggrund	22
7.2 Strategier og handleplaner for at patienten kan være hovedaktør i eget liv	26
8. Styrkelse af den faglige kvalitet	27
8.1 Baggrund	27
8.2 Strategier og handleplaner for den faglige kvalitet	31
9. Bedre sikkerhed for patienter, personale og samfund	33
9.1 Baggrund	33
9.2 Strategier og handleplaner for bedre sikkerhed for patienter, personale og samfund	35
10. Fortsat specialisering af psykiatriens ydelser	37
10.1 Baggrund	37
10.2 Strategier og handleplaner for fortsat udvikling i retning af en specialiseret psykiatri	39
11. Mere kliniknær forskning	41
11.1 Baggrund	41
11.2 Strategier og handleplaner for kliniknær forskning	46
LÆNGERE LIV	47
12. Nedbringelse af overdødeligheden blandt mennesker med psykisk sygdom	48
12.1 Baggrund	48
12.2 Strategier og handleplaner for nedbringelse af overdødeligheden blandt mennesker med psykisk sygdom	49
13. Forstærket integration og samarbejde mellem psykiatri og somatik	50
13.1 Baggrund	50

13.2 Strategier og handleplaner for forstærket integration og samarbejde mellem psykiatri og somatik.....	53
TIL FLERE MED PSYKISK SYGDOM.....	54
14. Psykiatrien i det hele og sammenhængende sundhedsvæsen.....	55
14.1 Baggrund	55
14.2 Strategier og handleplaner for psykiatrien i det hele og sammenhængende sundhedsvæsen	58
15. Øget produktivitet og effektivitet i psykiatrien	61
15.1 Baggrund	61
15.2 Strategier og handleplaner for øget produktivitet og effektivitet	64
TVÆRGÅENDE INITIATIVER.....	66
16. Innovation og anvendelse af ny teknologi i psykiatrien	67
16.1 Baggrund	67
16.2 Strategier og handleplaner for innovation og teknologi i psykiatrien ...	69
17. De fysiske rammer for fremtidens psykiatri	70
17.1 Baggrund	70
17.2 Strategier og handleplaner for de fysiske rammer for fremtidens psykiatri	71
18. Psykiatrien som attraktiv arbejdsplads	73
18.1 Baggrund	73
18.2 Strategier og handleplaner for psykiatrien som attraktiv arbejdsplads	74
19. Ordforklaring.....	76

1. Formål med Psykiatriplan 2013-16

Psykisk sygdom rammer hver 5. borger. Sygdommene kan være milde og kortvarige, for andre kan de være langvarige eller kroniske og i værste fald invaliderende.

Behandlingsindsatsen og organiseringen af voksenpsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien (herefter: psykiatrien) er inde i en rivende udvikling, men der er fortsat store udfordringer som skal løses, for at psykiatrien i fremtiden kan levere ydelser af høj kvalitet til det stigende antal borgere, som henvises til udredning og behandling. Blandt de udfordringer, der trænger sig på, kan nævnes: overdødelighed hos psykisk syge, forskellighed i diagnosticering samt stort pres på behandlingskapaciteten.

Region Midtjylland vedtog sin første psykiatriplan i 2008. Planen blev i 2011 opdateret med henblik på at tage højde for bl.a. Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning. Psykiatriplanen igangsatte inddelingen af psykiatrien i specialfunktioner, og udstak retningen for en lang række initiativer, der skal sikre borgere med psykisk sygdom behandling, støtte og omsorg på et højt internationalt niveau. Mange regionale tiltag er iværksat, og det er ambitionen, at de gode takter fra psykiatriplan 2008/11 skal fortsætte.

Denne psykiatriplan er således en videreudvikling af psykiatriplanen fra 2008, hvis overordnede principper fortsat er gældende. Af gennemførte tiltag, anbefalet i psykiatriplanen fra 2008, kan nævnes ensartning af aldersafgrænsning inden for børne- og ungdomspsykiatrien. Fra 1. januar 2009 er patienter, som på henvisningstidspunktet er under 18 år, blevet behandlet i børne- og ungdomspsykiatrien indtil patienten fylder 21 år, hvorefter ansvaret for behandlingen overgår til voksenpsykiatrien. Patienter, som på henvisningstidspunktet er fyldt 18 år, behandles i voksenpsykiatrien. Som anbefalet i psykiatriplanen fra 2008 er ansvaret for behandling af patienter med spiseforstyrrelse uanset alder fra 1. februar 2009 endvidere blevet samlet i Center for Spiseforstyrrelser under Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, AUH, Risskov (se figur 3). Endelig skal nævnes gennemførelse af en udredning af det gerontopsykiatriske område, som har mundet ud i en samling af behandlingen på to gerontopsykiatriske afdelinger i henholdsvis AUH, Risskov og Regionspsykiatrien Vest på regionsfunktionsniveau. Hertil kommer, at aldersafgrænsningen for gerontopsykiatrisk behandling fra 1. februar 2012 er ændret, så alle patienter fra 68 år og derover behandles i gerontopsykiatrien.

Kvalitetsudvikling har en afgørende rolle for at kunne sikre borgere med psykisk sygdom behandling, støtte og omsorg på et højt internationalt niveau. Danske Regioner har med oplægget "Kvalitet i sundhed" fra 2011 sat en ny kvalitetsdagsorden, der skal være fundamentet i den fremtidige udvikling af sundhedsvæsenet. Formålet er en sundhedspolitik, der satser på kvalitet.

"Kvalitet i sundhed" bygger på seks overordnede værdier for sundhedsvæsenet, der er udformet som en kvalitetsstyringsmodel. Disse værdier indgår også i nærværende psykiatriplan.

Effekt: Patienterne skal have den behandling, der virker bedst.

Omkostningseffektivitet: Samfundet skal have mest mulig sundhed for pengene.

Patientfokus: Patienten og de pårørende skal være i fokus og inddrages.

Patientsikkerhed: Behandlingen skal være sikker for patienterne.

Lighed: Der skal være lighed i pleje og behandling for alle borgere.

Rettidighed: Behandlingen skal foregå til rette tid.

Med afsæt i disse 6 overordnede værdier har Danske Regioner har lanceret oplægget "Kvalitet i psykiatrien – ny dagsorden for diagnostik og behandling". Med oplægget fokuseres der på fællesregionale indsatser, som med effektiv udnyttelse af ressourcerne vil sikre mennesker med psykisk sygdom behandlingstilbud af ensartet, høj kvalitet.

Udrulningen af kvalitetsoplæggets 10 anbefalinger vil ske i tæt samarbejde mellem regionerne med det fælles sigte, at sikre borgerne adgang til et helt sundhedsvæsen kendetegnet ved kvalitet, gode muligheder for inddragelse, mest mulig sundhed for pengene, samt ensartede behandlingstilbud.

Det tværregionale samarbejde vil bl.a. munde ud i fælles redskaber af høj kvalitet til at stille den korrekte diagnose, fælles retningslinjer for, hvordan de enkelte diagnoser skal behandles samt pakkeforløb, som vil sikre en effektiv udnyttelse af de ressourcer, der er til rådighed.

Psykiatrien er således godt på vej med arbejdet med at løfte kvaliteten og med at organisere arbejdet i psykiatrien bedst muligt.

Formålet med psykiatriplan 2013-2016 for Region Midtjylland er derfor at sætte yderligere fokus på initiativer, der kan styrke kvalitet, organisering, produktivitet og effektivitet og samarbejdsrelationerne med kommunerne og praksissektoren. Inddragelse af patienter og pårørende samt planer for psykiatrien i det hele sundhedsvæsen er ligeledes et omdrejningspunkt for denne plan. I næste kapitel præsenteres hovedvisionen for psykiatriplanen.

Psykiatriplan 2013-2016 for Region Midtjylland bygger videre på det hidtidige plangrundlag samt Danske Regioners kvalitetsoplæg. Planen bygger også på bidrag fra en omfattende inddragelsesproces, som blev igangsat primo 2012. Som input til arbejdet blev der i januar/februar 2012 afholdt døgnsseminar for det rådgivende udvalg vedrørende social- og psykiatriområdet. Der blev afholdt tre café-møder i hhv. Risskov, Viborg og Herning for en bred kreds af deltagere og samarbejdspartnere fra kommunerne, praksissektoren og bruger- og pårørendeorganisationer. Ved disse arrangementer blev hovedtemaerne for den kommende psykiatriplan præsenteret, og tilbagemeldingerne herfra er indarbejdet i psykiatriplanens hovedvisioner og indsatsområder.

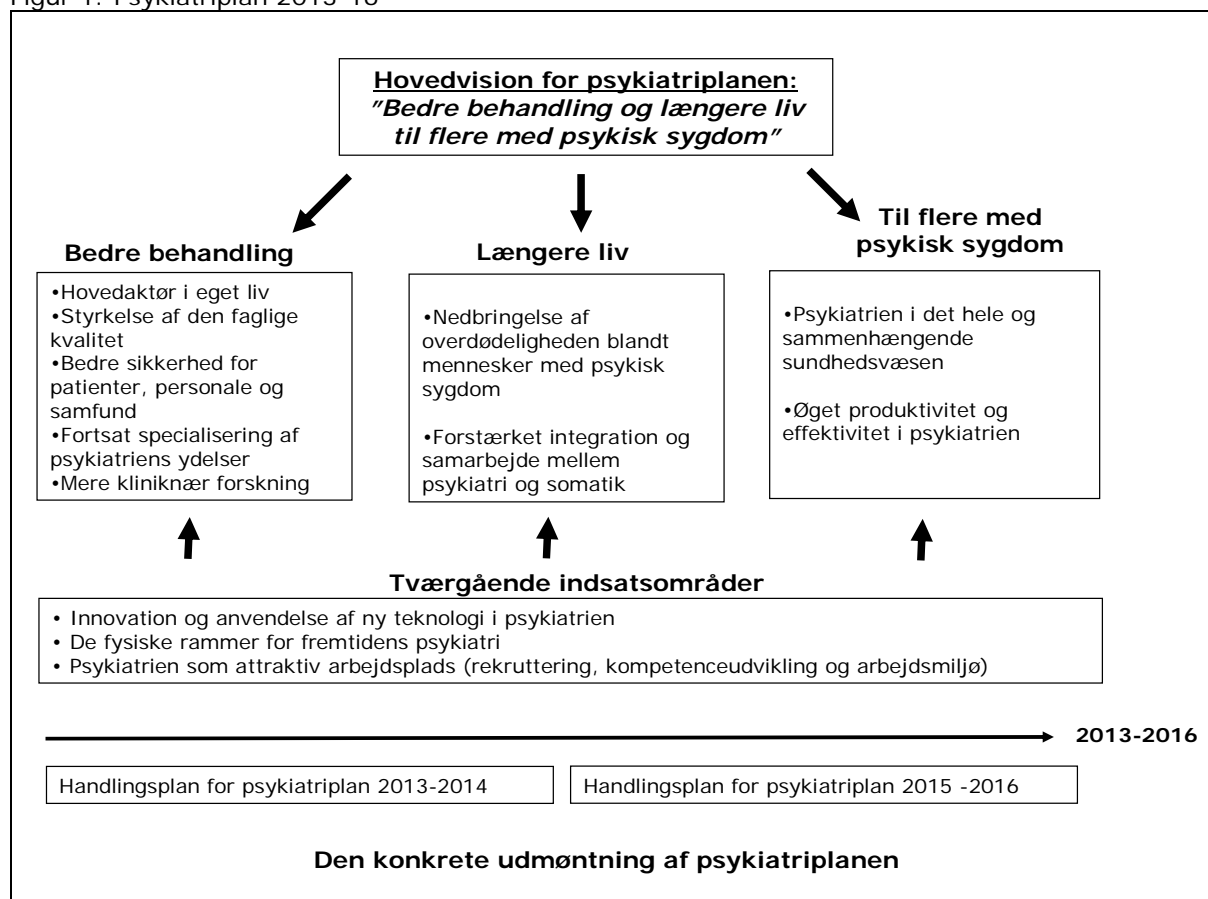
2. Hovedvision: "Bedre behandling og længere liv til flere med psykisk sygdom"

Psykiatriplan 2013-2016 for Region Midtjylland tager afsæt i en hovedvision om at bidrage til

Bedre behandling og længere liv til flere med psykisk sygdom.

Hovedvisionen er ambitiøs og udstikker retningerne for de kommende års videreudvikling af området. Psykiatrien skal levere høj faglig kvalitet i ydelserne og involvere patienter og pårørende heri. Samtidig skal der fokuseres på sikkerheden for patienter, personale og samfund. Der skal arbejdes systematisk på at nedbringe overdødeligheden blandt psykisk syge. Psykiatrien skal indgå i et tæt samarbejde med kommuner og praksissektoren om den rette behandlings- og støtteindsats til et stigende antal patienter. Og psykiatrien skal endelig – i lighed med somatikken – levere produktivetsforbedringer og arbejde på at opnå mest mulig sundhed for pengene.

Figur 1: Psykiatriplan 2013-16



Psykiatriplanen er opbygget efter hovedvisionen og tager udgangspunkt i 12 indsatsområder. For hvert indsatsområde er der udformet en eller flere strategier og handleplaner for implementeringen af indsatserne.

Handleplanerne er 2-årige, idet det er intentionen at ajourføre handleplanerne midt i den 4-årige planperiode. Formålet hermed er at sikre, at indsatsen løbende tilpasses udviklingen og kommende nationale initiativer, hvilket yderligere aktualiseres af at regeringen har nedsat et udvalg, der i løbet af 2013 skal komme med forslag til en langsigtet plan for den fremtidige indsats på det psykiatriske område.

Der er følgende 12 indsatsområder i Psykiatriplanen:

Under overskriften "**Bedre behandling**" behandles indsatsområderne:

- Hovedaktør i eget liv,
- Styrkelse af den faglige kvalitet,
- Bedre sikkerhed for patienter, personale og samfund,
- Fortsat specialisering af psykiatriens ydelser samt
- Mere kliniknær forskning.

Under overskriften "**Længere liv**" behandles indsatsområderne:

- Nedbringelse af overdødeligheden blandt mennesker med psykisk sygdom samt
- Forstærket integration og samarbejde mellem psykiatri og somatik.

Under overskriften "**Til flere med psykisk sygdom**" behandles indsatsområderne:

- Psykiatrien i det hele og sammenhængende sundhedsvæsen samt
- Øget produktivitet og effektivitet i psykiatrien.

Under overskriften "**Tværgående indsatsområder**" behandles følgende:

- Innovation og anvendelse af ny teknologi i psykiatrien,
- De fysiske rammer for fremtidens psykiatri samt
- Psykiatrien som attraktiv arbejdsplads.

3. Udfordringer for fremtidens psykiatri

Nogle af de mest fremtrædende aktuelle udfordringer, psykiatrien står med, er følgende:

Overdødelighed hos psykisk syge

Psykisk syge mennesker dør markant tidligere end andre, og lider af flere somatiske sygdomme end andre. Den forventede levetid er i dag 15-20 år mindre for mennesker med psykisk sygdom end for resten af befolkningen. Det skyldes flere forhold.

Ca. 40 % af overdødeligheden kan primært tilskrives selvmord, mens ca. 60 % kan tilskrives somatiske sygdomme/medicinske tilstande. Især livsstilen, hvor de såkaldte KRAM-faktorer (kost, rygning, alkohol og motion) sammen med indtagelse af medicin spiller en central rolle for udvikling af sygdom.

Overdødeligheden gælder for de fleste psykiatriske diagnosegrupper og er høj inden for følgende sygdomskategorier: Hjertekarsygdomme, diabetes, kræft, infektioner m.v.

Somatisk sygdom hos psykiatriske patienter overses ofte og bliver som følge deraf ikke diagnosticeret. Enten fordi den somatiske undersøgelse er utilstrækkelig, eller fordi fokus i forbindelse med udredning og undersøgelse af patienten ikke er rettet mod eventuelle somatiske symptomer hos patienten.

Mennesker med psykiske sygdomme kommer derfor ikke altid i behandling for deres somatiske sygdomme. Der er derfor behov for en øget opmærksomhed og redskaber, der kan sikre at såvel den primære som den sekundære sundhedssektor opfanger somatiske såvel som psykiske sygdomme.

Forskelle i diagnostik

Danske Regioners benchmarking fra januar 2011 har påvist relativt store og uforklarlige diagnostiske forskelle indenfor psykiatrien på tværs af regionerne. Regionale erfaringer viser ifølge rapporten, at der ligeledes er forskelle i diagnosefordelingen inden for den enkelte region. Sådanne forskelle er efter al sandsynlighed hverken udtryk for tilfældigheder eller reelle forskelle i borgernes sygelighed. Alt taler for, at der i højere grad er tale om forskellig diagnostisk tradition på tværs af landet og forskelle i snitflader mellem primærsektor og sekundærsektor.

Som for alle andre specialer skal det sikres, at diagnosticering af psykiatriske patienter sker på et fagligt evidenter grundlag. Målgruppebeskrivelser samt fælles nationale kliniske retningslinjer, der som en del af pakkeforløbene er under udarbejdelse, vil medvirke til at sikre ensartning af den diagnostiske proces.

Stigning i antallet af borgere, som henvises og behandles i psykiatrien samt lægemangel

Antallet af borgere, der modtager psykiatrisk behandling øges hvert år. Siden 2007 er antallet af patienter i børne- og ungdomspsykiatrien steget med 44 procent på landsplan. I voksenpsykiatrien er antallet af patienter i samme periode steget med 10 procent¹. Der er således et stort pres på udrednings- og behandlingskapaciteten. Psykiatrien er kendetegnet ved store rekrutterings-vanskeligheder på lægeområdet. Situationen er bedret inden for børne- og ungdomspsykiatrien, men der er fortsat udfordringer forbundet med rekruttering inden for voksenpsykiatrien.

Ifølge Sundhedsstyrelsens lægeprognose² vil der i perioden 2010-2020 ske et fald i antallet af speciallæger i psykiatri på 3 %, mens der i perioden 2020-2030 vil være tale om en markant stigning på 22 %. Inden for børne- og ungepsykiatrien tegner billedet sig væsentlig anderledes. Her forventes en stigning i antallet af speciallæger på 30 % i perioden 2010-2020.

Den hidtidige udvikling med et stigende antal henviste og mangel på speciallæger i psykiatri har resulteret i høje ventelister. Sammenholdt med en afdæmpet offentlig udgiftsstigning i de kommende år, er der derfor behov for at sætte fokus på initiativer, der kan bidrage til at flere kan behandles inden for de givne rammer, og dermed mest mulig sundhed for pengene. Dette behov aktualiseres yderligere af den aftale, der i 2012 er indgået om en udrednings- og behandlingsgaranti, som bl.a. skal sikre såvel patienter med somatiske sygdomme som patienter med psykiske sygdomme udredning inden for 1 måned. Garantien vil blive implementeret i somatikken først og i psykiatrien på et senere tidspunkt.

¹ Danske Regioners psykiatrioplæg marts 2012

² Sundhedsstyrelsens lægeprognose for udbuddet af læger i perioden 2010-2030, 2010

4. Den historiske udvikling

Psykisk sygdom har gennem tiderne været omgærdet af myter og usikkerhed om årsagsforhold og deraf mangel på effektive behandlingsmetoder.

De første psykiatriske hospitaler blev taget i brug i midten af 1800-tallet og blev ligesom de tidligere asyler, primært anvendt til opbevaring. Hospitaliseringen signalerede imidlertid, at samfundet ikke længere betragtede ansvaret for pleje og behandling af psykisk syge som udelukkende et privat anliggende for familien. Med dette tiltag tog man, mere eller mindre ubevidst, det første skridt til at sidestille psykisk sygdom med andre sygdomme.

De fysiske rammer forblev imidlertid stort set altid adskilte ud fra et ønske om at skærme somatiske og psykiatriske patienter fra hinanden. Antagelsen om at udredning og behandling af de somatiske og psykiatriske lidelser ikke kunne sammenlignes eller ikke havde fælles behov, har formentlig heller ikke bidraget til en større integration eller samarbejde mellem somatik og psykiatri.

Behandlingen af psykisk syge blev gradvist forbedret i form af samtaleterapi. I 1938 begyndte sindssygehospitalerne at bruge elektrochok og omkring samme tidspunkt blev "det hvide snit" introduceret. De første typer psykofarmaka – medicin mod psykiske sygdomme – kom imidlertid først til Danmark i 1954.

Fremkomsten af anvendelige behandlingsmetoder afspejler sig i udviklingen af indlæggelsestiderne. Frem til 1940'erne var patienterne typisk indlagt i årevis, og fra 1940 og frem til midten af 1950'erne var den gennemsnitlige liggetid for patienterne i hospitalernes senge på 500 – 700 dage. Fra midten af 1950'erne frem til midten af 1960'erne faldt den gennemsnitlige liggetid til ca. 90 dage. I vore dage indlægges kun patienter med de mest komplicerede psykiske lidelser. Indlæggelsestiden er gennemsnitligt omkring 19 dage.

Nedgangen i liggetiderne kan ikke udelukkende tilskrives bedre behandlingsmetoder, men er også et resultat af, at der sker en holdningsændring. Man bliver i stigende grad opmærksom på, at de lange hospitalsophold kan gøre det vanskeligere for patienterne at vende tilbage til en normal tilværelse.

I 1976 overgik ansvaret for administration af hospitalspsykiatrien fra staten til amtskommunerne, som dermed fik det behandlings- og driftsmæssige ansvar for både somatiske og psykiatriske sygdomme. Med denne decentralisering af det administrative og økonomiske ansvar for driften af hospitalspsykiatrien indledtes en udvikling af den psykiatriske behandling, der indebar afvikling af sengepladser til gengæld for udbygning af ambulante behandlingstilbud i regi af distriktspsykiatrien og gennem socialpsykiatriske tilbud.

Intentionerne bag etableringen og udbygningen af distriktspsykiatrien i 1980'erne var ønsket om at tilbyde patienter med psykiske sygdomme behandling i nærmiljøet. Den distriktspsykiatriske udvikling havde imidlertid også den ulempe, at behandlerne i distriktsteamene skulle dække alle psykiske sygdomme. Det var derfor vanskeligt at målrette behandlingen og afpasse indsatsen efter diagnose og lidelsens omfang. På tilsvarende vis var organiseringen i hospitalspsykiatrien indrettet med udgangspunkt i almenpsykiatriske afdelinger, hvilket også gjorde det vanskeligt at favne hele spekteret af viden og behandlingsmetoder om de enkelte sygdomme.

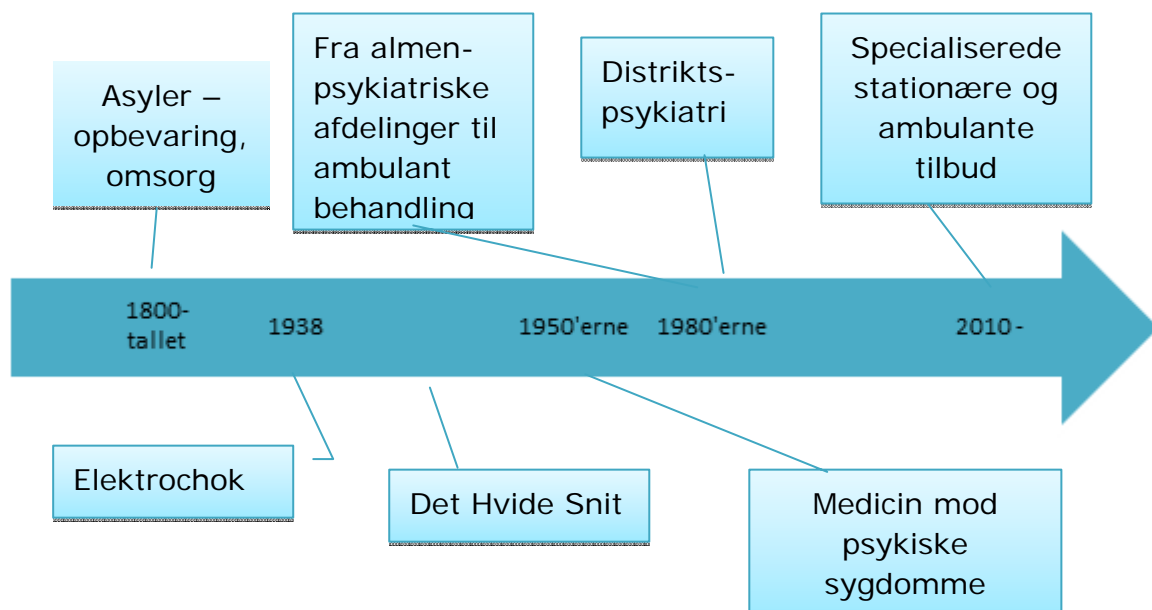
Den distriktspsykiatriske indsats er nu afløst af en udbygget og varieret palet af ambulante behandlingstilbud. Sengepladser er forbeholdt de mest komplicerede og behandlingskrævende patienter.

Med Sundhedsstyrelsens specialeplan, som implementeredes 1. januar 2011, er psykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien kommet endnu et skridt nærmere en specialisering af de to lægefaglige specialer, herunder et mere formaliseret samspil med de somatiske specialer og større grad af harmonisering af behandlingspsykiatrien på nationalt plan. Som en del af specialiseringen ændres de hidtidige decentrale, geografisk afgrænsede optageområder i retning af organisering baseret på diagnose og kompliceringsgrad.

Behandlingen af mennesker med psykiske lidelser er således fra 1850'erne til 2010'erne gået fra at være opbevaring, omsorg og pleje til fokus på diagnosticering og målrettet, specialiseret behandling.

Behandlingen og forskningen på området er gået fra tvivlsomme og risikofyldte indgreb og metoder til at være forsknings- og evidensbaseret med fokus på teknologiske landevindinger – ofte i samarbejde med andre somatiske specialer.

Figur 2: Den historiske udvikling inden for psykiatrien fra 1800-tallet til i dag: Udvikling i organisering og behandlingsformer



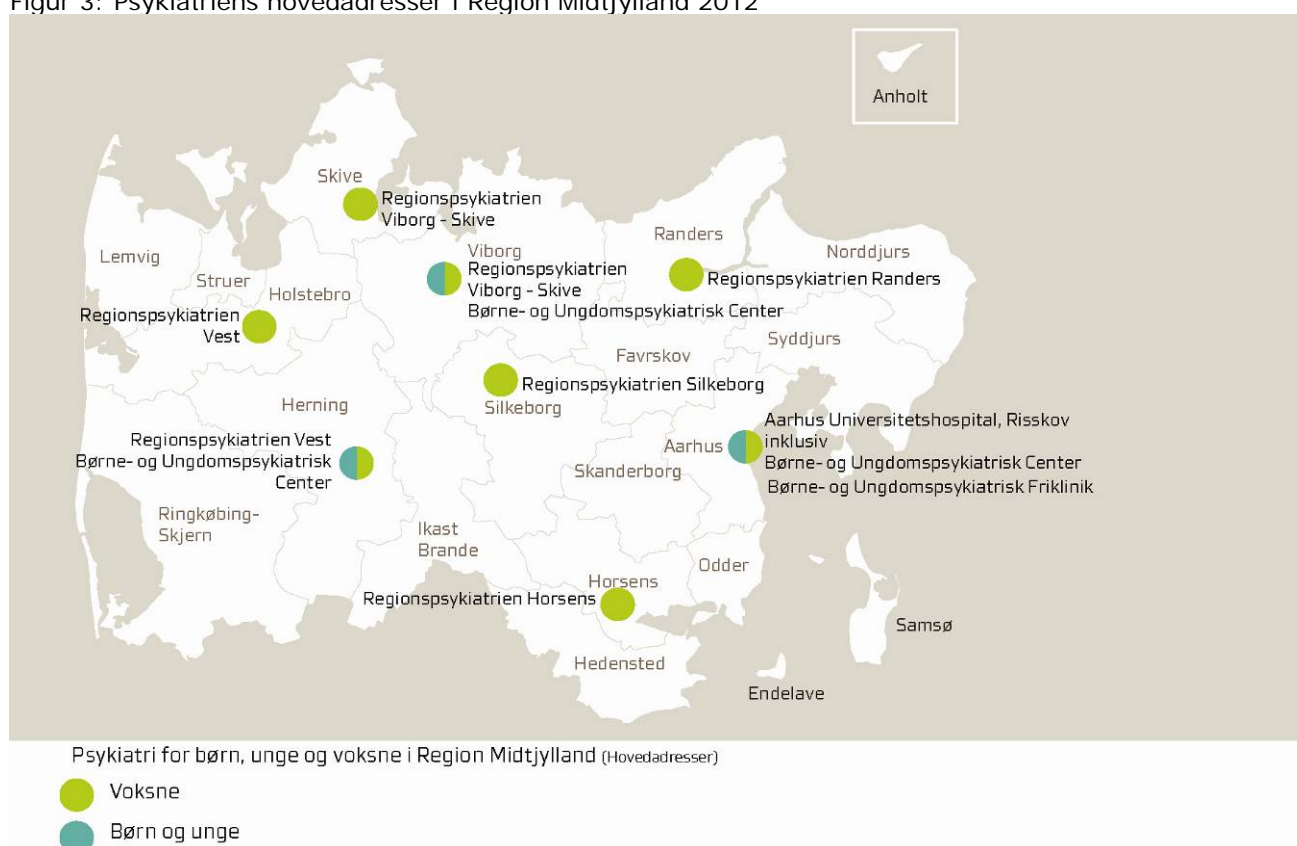
5. Organisation

Psykiatrien har ansvaret for regionens opgaver inden for psykiatriområdet, der dækker voksenpsykiatri og børne- og ungdomspsykiatri. Psykiatrien omfatter tilbud efter sundhedslovgivningen. Disse tilbud spænder fra indlæggelse, dagbehandling eller ambulante behandling på psykiatriske afdelinger til dagbehandling eller ambulante behandling lokalt.

5.1 Overblik over psykiatrien i Region Midtjylland

Neden for ses kort med angivelse af matrikler, hvor der udføres psykiatrisk behandling i Region Midtjylland.

Figur 3: Psykiatriens hovedadresser i Region Midtjylland 2012



Psykiatriens afdelinger

Psykiatrien i Region Midtjylland er ét hospital med én hospitalsledelse, men beliggende på forskellige matrikler rundt i regionen. Der er 11 kliniske afdelinger fordelt på 8 matrikler. Flere af de kliniske afdelinger har specialiserede funktioner, som dækker større geografiske områder. Afdelingerne har udover sengeaktivitet også omfattende ambulante aktivitet. Akutte indlæggelser sker via de visiterede psykiatriske modtagelser.

Børne- og ungdomspsykiatrien i Region Midtjylland

- **BUC - Børne- og ungdomspsykiatrisk Center** (Aarhus Universitetshospital, Risskov)

BUC har ansvar for den sygehusbaserede indsats i Region Midtjylland for børn og unge med psykiatriske problemstillinger, herunder retspsykiatriske patienter samt behandlingen af alle med spiseforstyrrelser uanset alder. BUC er ét center med adresser i Risskov, Viborg og Herning (figur 3). Enhederne på matriklen i Risskov er en del af Aarhus Universitetshospital samarbejdet.

- **Børne- og ungdomspsykiatrisk Friklinik**

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Friklinik blev oprettet i efteråret 2010, og er en ambulans klinik til behandling på hovedfunktionsniveau. Friklinikken er oprettet for at øge kapaciteten i børne- og ungdomspsykiatrien, og derved medvirke til at nedbringe ventelisten til børne- og ungdomspsykiatrien i Region Midtjylland. Friklinikken er placeret i lokaler på matriklen i Risskov.

Voksenpsykiatrien i Region Midtjylland

Aarhus Universitetshospital, Risskov består af tre diagnoseopdelte afdelinger, en retspsykiatrisk afdeling og et forskningscenter. Afdelingerne i Risskov har behandling på hoved-, regions- og højt specialiseret funktionsniveau, og er en del af Aarhus Universitetshospital samarbejdet.

- **Afd. L – Center for Psykiatrisk Forskning** (Aarhus Universitetshospital, Risskov)
Afdeling L varetager grundvidenskabelig forskning og klinisk psykiatrisk forskning og understøtter den kliniske forskning i de øvrige afdelinger.
- **Afd. M - Afdeling for organiske psykiske lidelser og akutmodtagelse** (Aarhus Universitetshospital, Risskov)
Afdeling M beskæftiger sig med behandling af psykiske sygdomme hos personer over 68 år samt organiske psykiske sygdomme³, herunder patienter med demens uanset alder. Desuden udreder og behandler Afd. M patienter med rusmiddelpsykiatriske problemstillinger, patienter med udviklingshæmning og samtidig psykisk sygdom, ADHD samt andre udviklingsforstyrrelser. Desuden varetager afdelingen den fælles psykiatriske modtagelse for alle afdelinger på Aarhus Universitetshospital, Risskov samt Regionspsykiatrien Randers.
- **Afd. P - Afdeling for psykoser** (Aarhus Universitetshospital, Risskov)
Afdeling P beskæftiger sig med udredning og behandling af patienter med skizofreni og andre sygdomme inden for de skizofrene og psykotiske områder.
- **Afd. Q - Afdeling for depression og angst** (Aarhus Universitetshospital, Risskov)

³ En organisk psykisk sygdom er en psykisk sygdom i hjernen, og årsagen er en biologisk fejlfunktion/forstyrrelse. Organiske psykiske sygdomme forekommer hyppigt i forbindelse med alvorlig legemlig sygdom.

Afdeling Q beskæftiger sig med affektive sygdomme (mani og depression), nervøse og stressrelaterede sygdomme (angst- og tvangstilstande), patienter som udviser adfærdsændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer (herunder seksuelle forstyrrelser) samt personlighedsforstyrrelser (vedvarende adfærdsmønstre og oplevelsesmåder, som afviger fra det forventede).

- **Afd. R – Afdeling for retspsykiatri** (Aarhus Universitetshospital, Risskov)
Afdeling R varetager i samarbejde med Enhed for retspsykiatri i Regionspsykiatrien Viborg-Skive den specialiserede retspsykiatriske funktion i regionen. Afdelingen modtager patienter før dom med kendelse om varetægtssurrogat eller mentalundersøgelse samt patienter med dom til behandling eller dom til anbringelse. Afdelingen har ansvaret for at udarbejde mentalundersøgelser efter aftale med Justitsministeriet. Efter aftale med Grønlands Selvstyre driver afdelingen yderligere et sengeafsnit forbeholdt retspsykiatriske patienter fra Grønland.

De øvrige psykiatriske afdelinger i regionen varetager behandlingen af alle psykiatriske diagnoser. Der er internt i afdelingerne en organisering på diagnosespecifikke ambulante teams og sengeafsnit.

- **Regionspsykiatrien Horsens**
Regionspsykiatri Horsens behandler patienter med alle psykiatriske sygdomme, som skizofreni, mani-depressive psykoser, svære personlighedsforstyrrelser, ældrepsykiatri, OPUS og ikke-psykotiske tilstande på hovedfunktionsniveau.
- **Regionspsykiatrien Randers**
Regionspsykiatrien Randers behandler patienter med alle psykiatriske sygdomme som skizofreni, mani-depressive psykoser, svære personlighedsforstyrrelser, samt ikke-psykotiske tilstande på hovedfunktionsniveau.
- **Regionspsykiatrien Silkeborg**
Regionspsykiatrien Silkeborg behandler patienter med alle psykiatriske sygdomme, som skizofreni, mani-depressive psykoser, svære personlighedsforstyrrelser og ikke-psykotiske tilstande på hovedfunktionsniveau. Psykiatrien i Silkeborg har til huse i Psykiatriens Hus, der som et nyt og banebrydende samarbejde mellem Region Midtjylland og Silkeborg Kommune, blev indviet juni 2012. Psykiatriens Hus tilbyder dagbehandling og døgn-dækkende hjemmebehandling med mulighed for overnatning. Patienter med behov for indlæggelse i sengeafsnit indlægges i en af de øvrige regionspsykiatrier.
- **Regionspsykiatrien Vest**
Regionspsykiatrien Vest er indtil videre fordelt på to matrikler beliggende i Herning og Holstebro. Regionspsykiatrien Vest behandler patienter med alle psykiatriske sygdomme som skizofreni, mani-depressive psykoser, svære personlighedsforstyrrelser og ikke-psykotiske tilstande på hovedfunktions- og regionsfunktionsniveau.

- **Regionspsykiatrien Viborg-Skive**

Regionspsykiatrien Viborg-Skive har til huse på to matrikler i henholdsvis Viborg og Skive. Regionspsykiatrien Viborg-Skive behandler patienter med alle psykiatriske sygdomme som skizofreni, mani-depressive psykoser, svære personlighedsforstyrrelser og ikke-psykotiske tilstande på hovedfunktionsniveau. Desuden har Regionspsykiatrien Viborg-Skive regionsfunktion for retspsykiatriske patienter. Afdelingen har kun sengeafsnit i Viborg.

5.2 Specialeplanen – funktionsniveauopdeling

Specialeplanlægning

Specialeplanlægning drejer sig om planlægning af sundhedsvæsenet, herunder opgavefordelingen mellem de forskellige specialiseringsniveauer; hovedfunktionsniveau, regionsfunktionsniveau og højt specialiseret niveau. Formålet med specialeplanlægning er at sikre høj faglig kvalitet i behandlingen, helhed i patientforløbene og den bedste udnyttelse af ressourcerne. Behandlingen i psykiatrien i Region Midtjylland er i henhold til Sundhedsstyrelsens specialeplan fra 2010 delt op på hovedfunktionsniveau, regionsfunktionsniveau og højt specialiseret funktionsniveau.

Hovedfunktionsniveau

På hovedfunktionsniveau varetages de mest basale opgaver. Behandling på hovedfunktionsniveau for alle psykiatriske diagnoser varetages på samtlige behandlingspsykiatriske matrikler i regionen.

Regionsfunktionsniveau

Regionsfunktioner har en vis kompleksitet, forekommer relativt sjældent, og kræver en del ressourcer, herunder f.eks. samarbejde med flere andre specialer.

I børne- og ungdomspsykiatrien varetager Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Aarhus Universitetshospital, Risskov alle regionsfunktioner. Enkelte regionsfunktioner varetages også af Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Herning og Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Viborg.

I voksenpsykiatrien varetager Aarhus Universitetshospital, Risskov alle regionsfunktioner. En række regionsfunktioner varetages også af Regionspsykiatrien Vest, ligesom Regionspsykiatrien Viborg-Skive varetager en enkelt regionsfunktion.

Højt specialiseret funktionsniveau

Højt specialiserede funktioner har stor kompleksitet, forekommer sjældent, og kræver mange ressourcer f.eks. samarbejde med flere andre specialer.

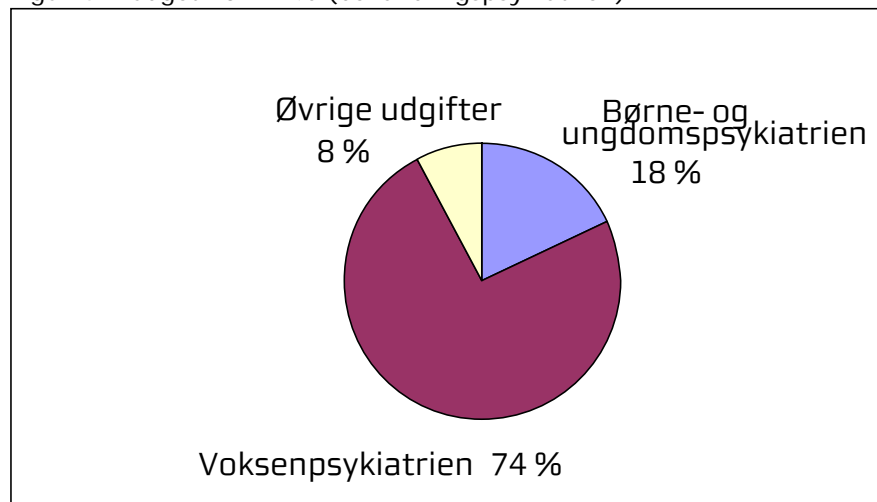
Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Risskov og de voksenpsykiatriske afdelinger på Aarhus Universitetshospital, Risskov fungerer som højt specialiserede videnscentre for den øvrige regionspsykiatri. De udreder, diagnosticerer og behandler de patienter, der har de mest komplicerede psykiatriske tilstande, samt understøtter hovedfunktionerne og regionsfunktionerne heri. De højt specialiserede funktioner varetager endvidere undersøgelse og behandling af patienter fra andre regioner, hvor der foreligger en formaliseret samarbejdsaftale.

6. Aktivitet

Budget

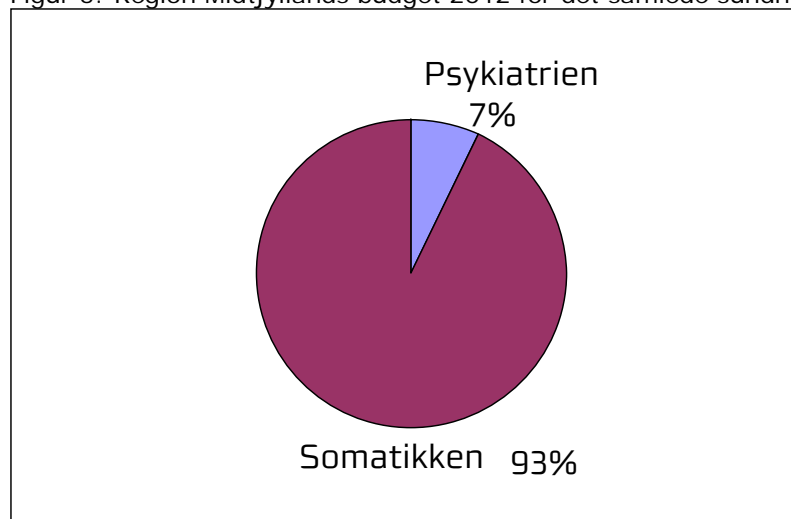
Det oprindelige budget (nettodriftsudgifter) for behandlingspsykiatrien er i 2012 på 1.520,8 mio. kr. Heraf udgør voksenpsykiatrien 1.130,3 mio. kr. og børne- og ungdomspsykiatrien 274,3 mio. kr., mens den resterende del af budgettet går til "Andre sundhedsudgifter" og "Ikke-fordelte udgifter" (puljer til behandlingspsykiatri og administration).

Figur 4: Budget 2012 i % (behandlingspsykiatrien)



Region Midtjyllands samlede sundhedsområde (somatikken) inkl. det præhospitale område, praksissektoren og området for tilskudsmedicin har i 2012 et budget på 20.691,3 mia. kr., hvoraf psykiatrien udgør 1.520,8 mio. kr. Dette forhold er illustreret i figur 5 nedenfor.

Figur 5: Region Midtjyllands budget 2012 for det samlede sundhedsområde



Personale

I 2012 omfatter behandlingspsykiatrien 2.728 gennemsnitlige helårsstillinger. Heraf omfatter voksenpsykiatrien 2.041 gennemsnitlige helårsstillinger og børne- og ungdomspsykiatrien 445 gennemsnitlige helårsstillinger.

Aktivitet

Behandlingspsykiatrien i Region Midtjylland omfatter 11 behandlingspsykiatriske afdelinger og 521 senge fordelt på 472 senge i voksenpsykiatrien og 49 senge i børne- og ungdomspsykiatrien. Der forudsættes en gennemsnitlig belægningsprocent på 90.

Antal sengedage

Behandlingspsykiatrien forventes at omfatte 171.148 sengedage i 2012, fordelt på 155.052 sengedage i voksenpsykiatrien og 16.096 sengedage i børne- og ungdomspsykiatrien.

Antal besøg (eksklusive satspuljeprojekter)

Behandlingspsykiatrien forventes at omfatte 191.158 besøg, fordelt på 155.658 besøg i voksenpsykiatrien og 35.500 besøg i børne- og ungdomspsykiatrien.

Antal personer i kontakt

Behandlingspsykiatrien forventes at være i kontakt med 25.745 unikke CPR-numre, fordelt på 20.645 CPR-numre i voksenpsykiatrien og 5.100 CPR-numre i børne- og ungdomspsykiatrien

BEDRE BEHANDLING

7. Hovedaktør i eget liv

7.1 Baggrund

Patienter og pårørende til patienter i psykiatrien inddrages i dag i langt større omfang end tidligere i behandlingen og i planlægning, der vedrører behandlingen. Patienten er med til at drøfte de forskellige muligheder for behandling, og er med til at træffe beslutninger om behandlingen, der bliver skrevet ind i behandlingsplanen, som patienten giver sit samtykke til. Patienten er informeret om fordele og ulemper, forbundet med de forskellige behandlingsmuligheder, og er involveret i sit behandlingsforløb. Der er således fokus på mobilisering af patientens egne ressourcer, patientens netværk og dermed patientens evne til at udøve egenomsorg (patient empowerment).

Nye muligheder for egenomsorg og patientinddragelse

Denne evne til og mulighed for at udøve egenomsorg skal styrkes og udvikles, så patienten i endnu højere grad og på nye måder inddrages i planlægning og beslutningstagning (shared decision making), der vedrører patientens egen behandling, ligesom patientens viden, ressourcer og handlekompetencer i forhold til eget liv og sygdom skal opdyrkes og understøttes yderligere⁴. På baggrund af en konkret og løbende vurdering af den enkelte patients sygdoms- og ressourcesituation skal patienten tage aktivt del i- og ansvar for sin egen sundhed og behandling – og så vidt muligt være hovedaktør i eget liv. Psykiatrien vil naturligvis fortsat stå for den faglige ekspertise og vil fortsat have ansvaret for den faglige del, herunder ansvaret for at styrke patientens evne til egenomsorg.

Mange patienter med psykisk sygdom vil være i stand til at omsætte de udvidede muligheder for involvering, inddragelse og ansvar, og vil i varierende omfang kunne tage vare på egen sundhed. I enkelte situationer kan en patient være så alvorligt syg, at vedkommende midlertidigt vil være ude af stand til at tage vare på eget liv, for eksempel under et psykotisk sammenbrud. I sådanne situationer vil psykiatrien være nødsaget til midlertidigt at tage ansvaret for patientens liv, og elementet af patientinvolvering vil dermed i en afgrænset periode være reduceret.

Mulighederne for patientinvolvering skal således kunne tilpasses den enkelte patients sygdomssituation, ressourcer, overskud samt digitale kompetencer, herunder med opmærksomhed i forhold til pårørendes og øvrigt netværks ressourcer og overskud.

⁴ "Shared decision making" er en form for patientinddragelse og som sådan en tilgang til behandling, hvor klinikere/behandlere og patienter på baggrund af god information om behandlingsmuligheder, deres fordele samt ulemper, i fællesskab træffer beslutninger, der vedrører behandlingsforløbet, bl.a. om medicin.

Patientcase: Midlertidig reduktion af patientinvolvering

En 40-årig mand, der lider af skizofreni og samtidigt misbrug (alkohol, narko, medicin), har grundet sin sygdom mistet al kontakt til pårørende. Patienten kan ikke erkende sin sygdom, og det har flere gange været nødvendigt at tvangstilbageholde og tvangsbehandle ham. Patienten bruger al sin tid og alle sine penge på at skaffe stoffer, der i nogen grad kan dulme skizofreniens symptomer. For at forblive i behandling og i sin bolig, har han brug for massiv hjælp til at tage vare på sig selv (spise, personlig hygiejne o. lign.). Han kan ikke inddrages i sin behandling, da han ikke er i stand til at indgå aftaler, og er meget selvdestruktiv.

Udviklingsmuligheder

Et eksempel på, hvordan patienten i mere udstrakt grad og på ny vis kan involveres i egen behandling er, at der systematisk og fortløbende skal arbejdes på at inddrage patienten gennem fælles beslutningstagning, herunder i forhold til kost, motion, valg af konkrete behandlingstiltag og indgreb samt medicinering.

Et andet eksempel er, at patientens muligheder for at bidrage med viden om tidligere behandlingsforløb, medicinering, særlige forhold, pårørende-inddragelse mv. skal styrkes, herunder muligheder for, at ventetiden imellem forskellige behandlingstiltag kan udnyttes konstruktivt i relation til det konkrete behandlingsforløb. Patienten vil i højere grad få mulighed for at få ansvar for selv at levere data og informationer af relevans for det konkrete behandlingsforløb, ligesom patienten igennem hele forløbet – uanset om det er et ambulans forløb eller et indlæggelsesforløb – løbende vil blive informeret om, hvad næste skridt i forløbet er, og hvorfor. På den måde vil patienten i mere udbygget omfang kunne få indflydelse og medbestemmelse, og dermed vil psykiatrien også kunne trække på patientens egne ressourcer.

Et tredje eksempel er, at der på tværs af sektorerne bliver implementeret tiltag, som styrker og understøtter patientens engagement i egen behandling og evne til at overskue, monitorere og håndtere egen sygdom, blandt andet psykoedukation (undervisning af patienter eller pårørende i, hvordan man bedst kan forholde sig til sygdommen) i flere og nye afskygninger. Der vil dog fortsat være områder, hvor det fulde behandlingsansvar fastholdes i psykiatrien, herunder for eksempel medicinering. Hertil kommer børne- og ungdomspsykiatrien, der på grund af patienternes alder og det store omfang af forældreinddragelse, naturligvis er et særligt område. I henhold til sundhedsloven⁵ skal en patient, der er fyldt 15 år, selv give informeret samtykke til behandling, hvis den unge er i stand til at forstå konsekvenserne af sin stillingtagen. Forældremyndighedens indehaver skal informeres og inddrages i den mindreåriges stillingtagen og kan give informeret samtykke til behandling i de tilfælde, hvor en mindreårig ikke selv er i stand hertil.

⁵ Lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010.

Patientcase: Stor grad af patientinvolvering igennem hele behandlingsforløbet

En 30-årig kvinde, der lider af tvangstanker og tvangshandlinger/OCD, gør uafbrudt rent i sit hjem og vasker sig selv flere gang dagligt. Alt, der berøres, skal ligeledes vaskes. Forud for kontakt til psykiatrien, har kvinden selv indhentet oplysninger om sin sygdom på internettet. Hun har erkendt, at hun har en psykisk sygdom, og vil gerne behandles for denne. Da hun kommer i behandling, kan hun med det samme inddrages i behandlingen. Hun er i stand til at indgå i aftaler om at bruge de redskaber, hun har fået i behandlingen og lave øvelser derhjemme, hvor hun udsætter sig selv for belastninger/påvirkninger, der "provokerer" hendes OCD. Derved kan hun selv være medvirkende til at overvinde sygdommen.

Helhedsorienteret og velkoordineret indsats

Når mennesker rammes af psykisk sygdom, afstedkommer det ofte flere følger for ikke alene den enkelte patient, men også patientens nærmeste pårørende og øvrigt netværk, herunder patientens uddannelse eller job. Hertil kommer, at det kan vise sig vanskeligt at bevare relationer til familie og netværk, samt tilknytning til uddannelse eller arbejdsmarked, når man samtidig er i behandling for psykisk sygdom.

Det kan for patienten med psykisk sygdom have en forstærkende positiv effekt på et igangværende behandlingsforløb – såvel ambulante som indlæggelsesforløb – at patienten fastholdes i helt almindelige hverdagsaktiviteter, arbejde, uddannelse eller øvrig beskæftigelse.

Indsatser, der kan forhindre at patienter, som er i behandling for psykisk sygdom, mister forbindelsen til uddannelse eller arbejdsmarked, fungerer bedst og mest effektivt, når de tilrettelægges på tværs af sektorer. Der vil derfor blive udviklet nye muligheder for aktiv inddragelse af patienter i planlægning af behandlingsforløb, som går på tværs af sektorer, og som omfatter en eventuel samtidig kommunal indsats. I den sammenhæng er udskrivnings- og koordinationsplaner vigtige redskaber, og disse vil ligeledes blive udviklet med henblik på skærpede muligheder for inddragelse af patienternes viden, ressourcer og netværk, samt styrket samarbejde mellem psykiatri, kommunal instans og praktiserende læge.

Fakta om gennembrudsmetoden

Gennembrudsmetoden består i praksis nær afprøvning af nye tiltag i lille skala med henblik på efterfølgende at udbrede succesfulde tiltag, så der opnås markante forbedringer i større skala. Metoden underbygger aktiviteter og læring hos fagpersoner, der er i direkte kontakt med patienterne.

Gennembrudsmetode-case:

"Første opsøgende kontakt til pårørende" blev i 2008-9 gennemført på døgnafsnit E 2 i Regionspsykiatrien Vest, Herning, som en del af et nationalt kvalitetsudviklingsprojekt. Siden er "Første opsøgende kontakt" taget i brug på flere afsnit i Regionspsykiatrien.

Blandt erfaringerne er:

- Patienterne er glade for, at der også tages hånd om deres pårørende
- Samtalen er forholdsvis kort, men er afsætt for et konstruktivt samarbejde
- Kontakten udgør ofte starten på et positivt og inddragende forløb for både patient og pårørende

"Første opsøgende kontakt til pårørende" består blandt andet af en konkret og praktisk vejledning til medarbejderne i at etablere kontakt til pårørende inden for 1-2 dage efter indlæggelse. Målgruppen er pårørende til patienter, indlagt i døgnafsnit.

Første opsøgende kontakt har fokus på:

- hvordan den pårørende har det - ikke hvordan patienten har det
- de pårørendes forventninger og behov i forbindelse med forløbet
- at skabe tryghed hos patienten til faktisk at kunne give tilsagn om kontakt, fordi fokus netop er på de pårørende selv
- pårørende som en ressource i forløbet

Inddragelse af pårørende og øvrigt netværk

De pårørende ligger inde med viden om patientens liv og sygdom, som er vigtig i forbindelse med tilrettelæggelsen af behandlingsindsatsen, ligesom de er vigtige støtter for patienten. Undersøgelser har vist, at inddragelse af de pårørende reducerer omfanget af genindlæggelser, giver mindre tilbagefald samt en øget vilje til samarbejde hos patienterne.

Inddragelse og engagement fra de pårørendes side vil blive udviklet i en retning, hvor det tilstræbes, at der trækkes på de pårørendes ressourcer i sammenhænge og

Fakta om psykoedukation

Psykoedukation er undervisning af patienter og deres pårørende. Formålet er at forøge deres viden om psykiske sygdomme, specielt med henblik på at fremme bevidste problemløsningsstrategier (Goldmann, 1988)

situationer, hvor det giver mening for de pårørende og patienten. Hensigten er samtidig at sikre, at de regionale og kommunale instanser, der er ansvarlige for koordinering og opsamling på beslutninger, truffet i relation til behandlingsforløbet, får styrkede muligheder for denne koordinering og opsamling.

Patient- og pårørende uddannelse (psykoedukation)

Et vigtigt redskab til at få udnyttet såvel patienternes som de pårørendes ressourcer bedst muligt er psykoedukation, som over en årrække har været anvendt i Region Midtjyllands psykiatri. Brugen heraf vil i de kommende år blive udviklet med det sigte, at patienter i Region Midtjyllands psykiatri rustes bedst muligt til at (for)blive hovedaktører i eget liv. Samtidig vil brugen af psykoedukation i forhold til pårørende og øvrigt netværk blive udviklet med henblik på, at de pårørende får den rette støtte til på bedst mulige og relevante vis at kunne støtte patienterne.

Mange af disse tiltag kræver, at der sættes ind både i forhold til uddannelse og efteruddannelse af sundhedspersonalet, at organisation og ledelse udvikles så den i endnu højere grad og på flere måder understøtter patientinddragelse, at patienterne har adgang til egne data og endelig, at konkrete værktøjer til patientinddragelse og fælles beslutningstagning udvikles, evalueres og at de gode eksempler udbredes i stor skala.

Patientcase: Psykoedukationsforløb

En 12-årig pige med spiseforstyrrelse indlægges. Under indlæggelsen påbegynder hun sammen med sine forældre et psykoedukationsforløb, som fortsættes efter udskrivelse. I psykoedukationsforløbet modtager både pigen og forældrene oplysninger om udvikling, behandling osv. vedr. spiseforstyrrelsen. Herved får såvel pigen som hendes pårørende en større indsigt i- og forståelse for, hvad det vil sige at have netop denne sygdom. De kan samarbejde om behandlingen, og de har mulighed for at søge tilbage i den information, de tidligere har modtaget.

7.2 Strategier og handleplaner for at patienten kan være hovedaktør i eget liv

Strategier og handleplaner for hovedaktør i eget liv

Strategi

Der skal arbejdes på at styrke patienten og de pårørendes evne til at mestre patientens psykiske sygdom. Patienten og de pårørende skal støttes, så patienten bliver hovedaktør i eget liv

Handleplaner

- Der skal ske en videreudvikling i metoder til inddragelse af patienten, de pårørende samt frivillige med henblik på at bedre patientens mestring af sin psykiske sygdom
- Der skal ske en videreudvikling og regionsdækkende implementering af erfaringer fra projekter og udviklingstiltag, der fokuserer på, hvordan patientens egne ressourcer kan indgå i behandlingen, f.eks. vedrørende:
 - Indlæggelsessamtaler
 - Behandlingsplaner, udskrivelse
 - Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner
- Der skal udvikles og implementeres teknologiske redskaber, herunder webbaserede løsninger, til brug for patienten og de pårørende, så de understøttes i
 - at patienten kan mestre sin psykiske sygdom
 - at patienten kan monitorere sin sygdoms udvikling
 - at patienten kan tage ansvar for indtagelse af medicin
 - at patienten og de pårørende kan identificere, når der er et nyt udbrud af sygdommen på vej
 - at patienten og de pårørende kan vide, hvad de kan gøre i kritiske situationer (kriseplan)
- Medarbejderne skal uddannes i aktivt at inddrage og understøtte patienten og de pårørende, så patienten lærer at mestre sin psykiske sygdom. Det kan for eksempel være uddannelse af medarbejdere i metoder til at hjælpe patienten med at tage beslutninger.
- Det skal fastlægges, hvordan psykiatrien på hospitalsniveau vil samarbejde med patienter og pårørende med henblik på at opsamle viden om deres erfaringer, ønsker og behov, så indsatsen kvalificeres, og de får reel indflydelse på udviklingen af de fremtidige psykiatriske behandlingstilbud
- Dialogen med patient- og pårørendeorganisationer og andre interesseorganisationer skal styrkes med henblik på at undersøge hvordan frivillige og civilsamfundet kan inddrages i den psykiatriske indsats, både som supplement til behandlingen og for at støtte i overgangene

Strategi

Der skal arbejdes på at styrke afstigmatisering af psykisk sygdom

Handleplan

- I fortsat samarbejde med kommunerne skal der etableres arrangementer til afstigmatisering af psykisk sygdom som led i landskampagnen "En af os", eksempelvis offentlige temaaftener og arrangementer på arbejdspladser og uddannelsesinstitutioner

8. Styrkelse af den faglige kvalitet

8.1 Baggrund

Kvalitet er en af hjørnestenene i det sundhedsfaglige arbejde.

Kvalitet handler om bedre behandling med henblik på at sikre mest mulig sundhed for pengene.

Kvalitet er fokus på, om og hvor indsatsen virker. Det handler om at prioritere, at lave færre fejl, at reducere spild, og at gøre det rigtige i rette tid første gang. Kvalitet er også faglig kvalitet i diagnostik og behandling, sammenhæng i patientforløbet og patienternes oplevelse af indsatsen.

Uforklarlige regionale forskelle i hvilke psykiatriske diagnoser der stilles, øget forekomst af somatiske sygdomme hos patienter med psykiske lidelser samt en gennemsnitlig 20 år kortere middellevetid for patienter med psykiske sygdomme indikerer, at der er behov for en systematisk og kontinuerlig kvalitetsindsats.

God kvalitet koster ikke nødvendigvis ekstra. Det gør dårlig kvalitet derimod.

Kvalitetsudvikling er således også et vigtigt redskab i bestræbelserne på at løse en række af de økonomiske udfordringer som sundhedsvæsenet står over for.

Danske Regioner har med oplægget "Kvalitet i sundhed" sat en ny dagsorden, hvor kvalitet skal være fundamentet i den fremtidige udvikling af sundhedsvæsenet. Denne overordnede kvalitetsdagsorden er beskrevet i indledningen til denne plan.

Såvel i regi af Danske Regioner som i Region Midtjylland er der udarbejdet oplæg og visioner for det strategiske arbejde med at udvikle kvaliteten, som udspringer af den overordnede kvalitetsdagsorden.

Danske Regioners forslag til kvalitetsudvikling i psykiatrien

Danske Regioners forslag til kvalitetsudvikling i psykiatrien "Kvalitet i psykiatrien" blev fremlagt ultimo 2011. Formålet med oplægget er at redegøre for initiativer, der kan sikre en bedre diagnostik, skabe ensartethed og rettidighed i udredning og behandling samt øge middellevetiden for patienter med psykiske lidelser. Oplæggets anbefalinger er følgende:

Øget middellevetid

Såfremt middellevetiden for mennesker med psykiske sygdomme skal bedres, er der behov for at tilbyde en bedre somatisk udredning og behandling. Samtidig skal der sættes ind med forebyggelse af de livsstilsrelaterede sygdomme, som mange mennesker med psykisk sygdom lever med. Det anbefales derfor at samarbejdet mellem psykiatrien og somatikken styrkes i form af gensidige tilsyn og undervisning. Der foreslås endvidere indførelse af regelmæssige helbredstjek til patienter med langvarig psykisk sygdom.

Lige adgang til psykiatrien

Det foreslås, at der udarbejdes fælles henvisningskriterier, der kan sikre høj og ensartet kvalitet i henvisningerne fra primærsektoren og sikre lige adgang til psykiatrien uanset patientens bopæl.

Bedre diagnostik

Den rette diagnose er en forudsætning for, at patienterne får den korrekte behandling og dermed en væsentlig forudsætning for at kunne sikre behandling af høj kvalitet.

Benchmarkundersøgelsen fra 2011 indikerer, at der kan være en forskellighed med hensyn til, hvilken diagnose patienter med psykiske lidelser får. Der er derfor behov for, at psykiatrien bliver væsentlig bedre til at udrede og stille den korrekte diagnose. Det foreslås derfor, at der sker en styrkelse af de diagnostiske færdigheder gennem uddannelse og efteruddannelse. Det foreslås endvidere, at de redskaber, der anvendes til at diagnosticere psykiske lidelser, forbedres.

Bedre udredning og behandling - kvalitativt som organisatorisk

Med den nye udrednings- og behandlingsgaranti gives alle henviste patienter ret til hurtig afklaring af sygdom. I forbindelse med udredningen skal der endvidere foretages en vurdering og differentiering af patienterne, så det sikres, at de mest syge patienter bliver behandlet først. Implementering af denne garanti vil medføre gennemgribende ændringer af den nuværende organisering af behandlings- og udredningsindsatsen, herunder i forhold til forbrug af ressourcer og fordeling i ambulans og stationær behandling.

Et vigtigt styringsredskab, når det skal sikres, at ressourcerne anvendes bedst muligt, og at man opnår den bedst mulige kvalitet, er pakkeforløb, som indeholder standarder for sundhedsfagligt indhold, tidsangivelser, patientinformation, kvalitetsindikatorer mm..

Den 1. januar 2013 træder 9 pakkeforløb (1 udredningspakke og 8 behandlingspakker) på hovedfunktionsniveau i kraft i hele landet. Samtlige pakker indeholder systematisk screening for KRAM-faktorer (kost, rygning, alkohol og motion) og en række somatiske sygdomme (se endvidere faktaboks om pakkeforløb side 32).

Som led i indsatsen med at ensarte og standardisere udredning, diagnostik og behandling, så patienterne med pakkeforløbene kan tilbydes den bedste behandling, er der i regi af Danske Regioner et arbejde i gang med udarbejdelse af fælles nationale kliniske retningslinjer, ligesom der i takt med implementering af pakkeforløbene vil blive udarbejdet fælles nationale henvisningskriterier.

For at sikre, at patienterne, uanset bopæl i regionen, gives ensartede muligheder og vilkår for behandling, træder en central visitationsenhed i kraft pr. 1. januar 2013. Således sikres det, at patienterne visiteres til den afdeling, hvor der først er ledig kapacitet, og at patienterne får samme behandling tilbudt ved samme behov.

Der er i stigende grad fokus på patienter med dobbeltdiagnoser (samtidigt misbrug og psykisk sygdom). Det er vigtigt, at man i indsatsen over for denne gruppe patienter

styrker den regionale misbrugsbehandling, og samtidig mobiliserer og udviser et styrket fælles regionalt-kommunalt samarbejde med henblik på forbedring af indsatsen i forbindelse med udskrivning og ambulante forløb.

Kvalitet handler endvidere om, om man får den nødvendige og rette dosis medicin, og at opmærksomheden til stadighed er rettet mod begrænsning af polyfarmaci (samtidigt forbrug af mange forskellige slags medicin).

Måling af kvaliteten

Der foreslås en systematisk måling af de initiativer, der iværksættes med henblik på, at det løbende kan vurderes, om de ønskede resultater nås. Dokumentation er en integreret og væsentligt del af såvel det daglige arbejde i psykiatrien som arbejdet med at udvikle patientbehandlingen, og det er derfor vigtigt, at måle på, om igangsatte initiativer har den ønskede effekt. Før igangsætning af kvalitetsmålingsinitiativer skal det imidlertid vurderes, om det enkelte kvalitetsmålingstiltag er nødvendigt, og om det er et projekt, der giver mening samt viden, som vil kunne omsættes og anvendes i den daglige behandlingspraksis. Løbende forbedringer af IT-systemerne ventes ydermere at få en understøttende funktion i forhold til de konkrete målingsindsatser.

Pakkeforløb

Pakkeforløb er et af de styringsredskaber man kan anvende, når det skal sikres, at man får mest mulig sundhed for de penge, der er til rådighed. Ved at organisere mere ensartet udredning og behandling af høj kvalitet i pakkeforløb, sammenkædes styring af produktivitet, service og høj kvalitet i det enkelte behandlingsforløb. På den måde sikres samtidig større gennemsigtighed i behandlingsforløbet for patienter og pårørende.

I Danske Regioners rapport "Kvalitet i psykiatrien" fra 2011 anbefales det, at der i 2012 udarbejdes fælles nationale pakkeforløb for udredning og behandling for både voksenpsykiatri og børne- og ungdomspsykiatri.

I 2012 er der i regi af Danske Regioner udarbejdet 8 ambulante behandlingspakkeforløb og 1 udredningspakkeforløb for voksenpsykiatrien på hovedfunktionsniveau. Disse 9 pakkeforløb implementeres løbende i efteråret 2012 mhp. at træde i kraft den 1. januar 2013. Herefter følger udarbejdelse og implementering af pakkeforløb for børne- og ungdomspsykiatrien samt de resterende ambulante pakkeforløb for det ikke-psykotiske område. Endelig udarbejdes ambulante pakkeforløb for de psykotiske områder, herunder skizofreni.

Pakkeforløb i psykiatrien er udviklet og tilpasset psykiatriens særlige udfordringer. På den måde danner pakkeforløbene baggrund for en individuel behandlingsplan, som skal tage udgangspunkt i den enkelte patients situation, herunder alder, sårbarhed, evt. komorbiditet (når man har mere end én sygdom) samt individuelle komplikationer. Hermed er det ligeledes muligt at tage højde for særlige støttebehov ved evt. komorbiditet og/eller misbrug.

Pakkeforløb er afsluttede forløb, og patienten afsluttes som hovedregel til praktiserende læge med relevant dokumentation. Vurderes patienten at have behov for behandling på specialiseret niveau, kan patienten når som helst i forløbet viderehenvises til behandling i disse funktioner.

Kvalitet på flere områder

Kvalitet relaterer sig til den faglige kvalitet, den patientoplevede og den organisatoriske kvalitet. Indsatsen i Region Midtjylland for den faglige kvalitet fremgår af nærværende kapitel. Øvrige kvalitetsindsatser fremgår af kapitlerne vedrørende patientsikkerhed, Bedre sammenhæng mellem somatik og psykiatri samt Psykiatrien i det nære sundhedsvæsen.

Region Midtjyllands kvalitetsstrategi 2010- 2013

Region Midtjyllands kvalitetsstrategi på sundhedsområdet 2010–2013, har 4 strategispør:

1. Akkreditering gennem arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel I
2. Implementering af det sammenhængende dataunderstøttende patientforløb i samarbejdet mellem praksisområdet, hospital og kommune
3. Patienten som partner
4. Opfølgning, resultatopgørelse og rapportering

Region Midtjylland har i forhold til budget 2013-16 udvalgt 10 kvalitetsmål, som vil blive indfaset løbende. Vurderingen er, at man ved at højne kvaliteten på de udvalgte områder, vil kunne reducere omkostninger og spild. Udvalgte kvalitetsmål for psykiatrien er skizofreni, epikriser, tryksår og forebyggelige genindlæggelser.

Herudover er fokus i Koncernledelsens arbejdsgrundlag fra primo 2012 bl.a. rettet mod udbredelse af initiativer, der forbedrer kvaliteten, samt nye måder at gøre tingene på.

Den aktuelle kvalitetsindsats i psykiatrien i Region Midtjylland

Arbejdet med kvalitet prioriteres højt, og Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) er omdrejningspunkt for kvalitetsudviklingen i Region Midtjylland. DDKM er et fælles kvalitetsudviklings- og akkrediteringssystem for hele det danske sundhedsvæsen. Modellen fokuserer på patientforløb på tværs af sundhedsvæsenets sektorer, mellem institutioner og internt i institutionerne. Psykiatrien opnåede i november 2011 akkreditering uden bemærkninger i forhold til de for hospitalspsykiatri 83 relevante standarder i DDKM.

Arbejdet med at blive akkrediteret har været en omstændelig og lærerig proces, som har løftet det daglige arbejde med kvalitet til et højt og seriøst niveau til gavn for både patienter, medarbejdere og ledelse. På systematisk vis er opmærksomheden blevet rettet mod områder, der skal udvikles, evt. ensartes samt arbejdes videre med. Arbejdet med kvalitet og DDKM er dermed en fortløbende proces i konstant forandring. Anden version af DDKM (DDKM 2) for sygehuse er offentliggjort medio 2012. Efter offentliggørelse vil det være denne version, Region Midtjyllands kvalitetsarbejde indrettes efter.

I regi af Det Nationale Indikatorprojekt (NIP) er der udviklet indikatorer til måling af kvaliteten i udredningen, behandlingen og plejen af mennesker med henholdsvis skizofreni og depression. Der har siden 2009 været målt på skizofreni, mens måling på depression er påbegyndt i 2011.

Herudover er der løbende opfølgning inden for følgende kvalitetsområder:
Nedbringelse af brugen af tvang, patientsikkerhed, den brugeroplevede kvalitet i form af patienttilfredshedsundersøgelser, samarbejde med primærsektoren og de somatiske hospitaler omkring patientforløbene.

Strategier

Strategien for det videre arbejde med den faglige kvalitet i psykiatrien tager afsæt i Danske Regioners kvalitetsoplæg for psykiatrien og Region Midtjyllands kvalitetsstrategi og ledelsesgrundlag.

Der fokuseres på flere områder dels internt i behandlingspsykiatrien dels eksternt i forhold til samarbejdet med kommuner, praksissektoren og de somatiske hospitaler.

8.2 Strategier og handleplaner for den faglige kvalitet

Strategier og handleplaner for den faglige kvalitet

Strategi

Den faglige kvalitet i sundhedsydelserne i psykiatrien skal kontinuerligt forbedres således, at patienter med psykiske sygdomme, ud fra viden om hvad der virker, får den bedste behandling, og dermed de bedste muligheder for helbredelse.

Der skal i de kommende år fokuseres på følgende områder:

- Der skal sikres lige muligheder for henvisning til psykiatrisk behandling uanset bopæl
- Udredning, diagnostik og behandling skal være standardiseret, af høj kvalitet og organiseres effektivt.

Handleplaner

- Fælles nationale henvisningskriterier skal implementeres som grundlag for visitationen i den centrale visitationsenhed både til hovedfunktionsniveau og til de specialiserede niveauer
- Nationale retningslinjer vedrørende udredning, diagnostik og behandling skal implementeres
- Nationale udrednings- og behandlingspakker skal implementeres, jf. handleplan i kapitel 9
- Den kommende udrednings- og behandlingsgaranti skal implementeres.
- Den Danske Kvalitetsmodel 2 (DDKM 2) skal implementeres, herunder
 - Dokumentsamlingen skal revideres
 - Det skal sikres, at der er sammenhæng mellem udrednings- og behandlingspakker, kliniske retningslinjer og SFI'er (standarder for sundhedsfagligt indhold)

Strategi

Der skal sikres relevante og lettilgængelige sundhedsdata som grundlag for beslutninger og dokumentation

Handleplaner

- Der skal udarbejdes en overordnet monitoreringsplan for psykiatrien med henblik på systematisk kvalitetsarbejde på afdelingsniveau
- Med henblik på at understøtte arbejdet i psykiatrien skal der arbejdes på at udvikle muligheder for adgang til kvalitetsdata på henholdsvis sygehus-, afdelings- og afsnitsniveau

Strategi

Der skal til stadighed være fokus på justering af- og korrekt medicinering samt begrænsning af polyfarmaci (brug af mange medikamenter på samme tid, hvorved risikoen for bivirkninger øges)

Handleplaner

- Der skal udarbejdes ny status for området, idet den seneste status er fra 2009
- Der skal indgås fælles regionale aftaler med kliniske farmaceuter både i forhold til generel medicinvejledning, medicinpakker og i forhold til patienter med særligt komplekse medicinske behov eller patienter, som er behandlingsresistente
- Der skal udarbejdes og implementeres retningslinjer for medicingennemgang for definerede risikogrupper

Strategi

Behandlingen af patienter med misbrug og anden psykisk sygdom skal styrkes

Handleplaner

- Der skal udarbejdes fællesregionale kliniske retningslinjer for misbrugsbehandling af indlagte patienter med samtidigt misbrug og psykisk sygdom
- Der skal udvikles en it-plattform, som kan bruges som koordinationsredskab til en sammenhængende indsats for mennesker med samtidig misbrug og psykisk sygdom

9. Bedre sikkerhed for patienter, personale og samfund

9.1 Baggrund

Sikkerhed i psykiatrien handler om sikkerhed for såvel patient og personale som sikkerhed i forhold til omgivelserne, og det handler om sikkerhed inden for såvel børne- og ungdomspsykiatrien som inden for voksenpsykiatrien. Patientsikkerhed handler også om rapportering og opfølgning på utilsigtede hændelser, jf. kap. 61 i sundhedsloven.

Sikkerhed i psykiatrien er en særlig relevant problemstilling i forhold til følgende centrale risikoområder:

- overdødelighed blandt psykiatriske patienter,
- selvmord og selvmordsforsøg,
- medicinering,
- tvang,
- sikkerhed for personalet,
- vold mellem patienter og
- rømninger

Patientsikkerhed

Psykiatriske patienter dør i gennemsnit mellem 15 og 20 år tidligere end gennemsnittet for den danske befolkning i øvrigt. Overdødeligheden skyldes for ca. 40 pct. af dødsfaldene hovedsagelig selvmord. Psykiatriske patienter står for langt størstedelen af antallet af selvmord og selvmordsforsøg i Danmark⁶. Mange selvmord og selvmordsforsøg begås, mens patienten er i behandling – enten ambulantly eller indlagt. I den seneste opgørelse (2011) over rapporterede utilsigtede hændelser⁷ i psykiatrien i Region Midtjylland tegner selvmord og selvmordsforsøg sig for 44 pct. af hændelserne inden for kategorierne "moderat" og "alvorlig/dødelig".⁸

De hyppigste utilsigtede hændelser i psykiatrien er knyttet til den medicinske behandling. Det gælder hele medicineringsprocessen fra ordination over dispensering og til administration af medicin. Medicinering står for ca. en tredjedel af alle indberettede utilsigtede hændelser i Region Midtjylland. Langt de fleste utilsigtede hændelser forvolder ingen eller kun mild skade, men bør alligevel undgås.

⁶ "Vurdering og visitation af selvmordstruede", Sundhedsstyrelsen 2007.

⁷ Utilsigtede hændelser kan defineres som en ikke tilstræbt begivenhed, der medfører risiko for skade på personer som følge af sundhedsvæsenets handlinger eller mangel på samme. Utilsigtede hændelser er hændelser, som principielt kunne undgås, eller som kan reduceres eller minimeres ved øget opmærksomhed på omstændigheder omkring pågældende hændelse.

⁸ Statusrapport 2011 – patientsikkerhed i psykiatrien, maj 2012.

Fakta om patientsikkerhed

Kontinuerlig og systematisk screening, vurdering og dokumentation af patienternes selvmordsrisiko er et kerneområde i forebyggelsen af selvmord og selvmordsforsøg i psykiatrien. Med psykiatriens retningslinje for vurdering af selvmordsrisiko er der skabt en fælles platform, som giver medarbejderne en bedre mulighed for at vurdere patienternes risiko og kvalificere den forebyggende indsats. Fokus er på fortsat udbredelse af indsatsen omkring risikovurdering med forskellige metoder, fx udvikling af e-læringsprogrammer.

Patientcase: Patientsikkerhed

En 28-årig mand er indlagt med depression, og han screenes for selvmordsrisiko. Patienten afviser at have selvmordstanker eller selvmordsplaner. Ved screening identificeres det til trods tilstedeværelsen af forskellige risikofaktorer, og patienten vurderes at være i øget risiko for selvmord. Patienten sættes under observation med henblik på forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg. Under et toiletbesøg forsøger patienten at strangulere sig selv. Forsøget afværger af personale, som fører tilsyn og følger op på patientens toiletbesøg.

Udøvelse af tvang kan i visse situationer være en nødvendig foranstaltning for at drage omsorg for patienten, når den pågældende ikke er i stand til at tage vare på sig selv eller er farlig for sine omgivelser. Udøvelse af tvang bør derfor opfattes som et tegn på omsorg. Alligevel bør tvangsansendelse i psykiatrien i videst muligt omfang undgås og kun anvendes, når det er uomstrideligt nødvendigt og mindre indgribende foranstaltninger ikke rækker. Anvendelsen af tvang bør foretages så skånsomt som muligt og under hensyntagen til patientens integritet og værdighed.

Regionernes løbende kvalitetsarbejde i psykiatrien viser, at tvang kan reduceres. Regionerne har således fastsat som mål at reducere antallet af fikseringer og fastholdelse samt den samlede længde af fikseringer med 20 pct. over tre år.⁹

Sikkerhed for personalet

Sikkerhed i forhold til personalet drejer sig hovedsagelig om beskyttelse af personalet mod vold fra patienter. Det skal være trygt at arbejde med patienter med psykisk sygdom, hvad enten det er på afdelingerne eller institutionerne, når patienten er i ambulans behandling eller i forbindelse med udgang.

⁹ "Mindre tvang i psykiatrien", Danske Regioner, 2010.

Fakta om personalesikkerhed

Fysiske rammer, indretning af sengeafsnit og samtalerum, samt placering af patienter og personale i afsnittet eller enheden er væsentlige faktorer, når det handler om at sikre personalets sikkerhed.

Patientcase: Personalesikkerhed

En 18-årig mand med ADHD og personlighedsforstyrrelse er indlagt og ønsker medicin. Da patienten får afslag på dette, bliver han meget vred, og smadrer al inventar på stuen og slår store huller i døren. Patienten genfremsætter svære trusler mod personalet, og personalet må låse sig inde på kontoret i afsnittet. Politiet tilkaldes. Der sættes efterfølgende fokus på, hvordan sikkerheden i afsnittet kan optimeres, så personalet ikke udsættes for risiko.

Sikkerhed i forhold til omgivelserne

En central problemstilling i forbindelse med rømninger er at sikre, at den psykisk syge patient forbliver på hospitalet, så der kan iværksættes en kvalificeret psykiatrisk behandling. Der skal være flugtsikring samtidig med, at der er et venligt og behandlingsfremmende miljø.

Omgivelsernes sikkerhed kan også være truet, når der sker rømninger fra hospitalerne. Rømninger bør derfor i videst muligt omfang undgås – både af hensyn til borgeren, men også – og især - af hensyn til patienten selv.

Retspsykiatriske problemstillinger har i de seneste år været genstand for stor opmærksomhed. Region Midtjylland har således i de senere år arbejdet på at løse de faglige og sikkerhedsmæssige retspsykiatriske udfordringer, der blev rejst i forbindelse med et udvalgsarbejde i regi af Danske Regioner.¹⁰

9.2 Strategier og handleplaner for bedre sikkerhed for patienter, personale og samfund

Strategier og handleplaner for bedre sikkerhed for patienter, personale og samfund

Strategi

Der skal være et fortsat fokus på at fastholde og styrke sikkerheden for patienterne i psykiatrien. Der skal arbejdes med særligt fokus på udvalgte risikoområder i forhold til patienternes sikkerhed i psykiatrien

¹⁰ Udvalgsarbejdet mundede ud i rapporten "Retspsykiatri – kvalitet og sikkerhed", Danske Regioner 2011.

Handleplaner

- Der skal iværksættes innovationsprojekter med henblik på at udvikle metoder, der er med til at sikre, at patienten bliver i det igangsatte behandlingsforløb, og at patienten følger den ordinerede medicinske behandling (compliance)
- Der skal arbejdes på at sikre bedre overgange for patienten, for eksempel
 - Sikring af, at væsentlig information videregives
 - Sikring af, at det nye tilbud er tilstrækkeligt i forhold til patientens behov
- Der skal videreudvikles metoder til henholdsvis risikovurdering og til forebyggelse af en patients risiko for selvskadende adfærd
- Utilsigtede hændelser vedrørende medicinering skal reduceres, blandt andet ved hjælp af årlige aggregerede analyser af rapporterede hændelser vedrørende medicinering i psykiatrien
- Der skal fortsat arbejdes med en proaktiv risikostyring samt fastholdelse og fremme af patientsikkerhedskultur i psykiatrien, for eksempel ved årlige patientsikkerhedsrunder på psykiatriens afdelinger

Strategi

Der skal være et fortsat fokus på arbejdet med sikkerhed i psykiatrien i forhold til personale

Handleplaner

- Medarbejderne skal fortløbende uddannes i sikkerhedsprocedurer og konflikthåndtering
- Patienterne skal risikovurderes
- Sikkerheden for medarbejdere skal forbedres i overgange mellem tilbud, for eksempel ved sikring af, at væsentlig information om patientens farlighed, medicin mv. videregives
- Der besluttet løbende forbedringer af praksis for at tilgodese og styrke personalets sikkerhed. Forbedringerne skal implementeres, og der skal løbende følges op på effekten af ændringerne
- Når der bygges eller indrettes nye lokaler til brug for psykiatrien, for eksempel i Det Ny Universitetshospital (DNU) og det Nye Hospital i Vest (DNV), skal der i indretning af lokalerne tages størst muligt hensyn til medarbejdernes sikkerhed

Strategi

Der skal være et fortsat fokus på at nedbringe/forebygge rømninger fra retspsykiatriske afdelinger

Handleplaner

- Viden om forebyggelse af rømninger skal systematisk implementeres i de relevante afdelinger
- Det skal løbende vurderes om sikkerhedsniveauet (både den dynamiske og den statiske sikkerhed) i retspsykiatri svarer til risikovurderingerne for de indlagte patienter

Strategi

Der skal være et fortsat fokus på at reducere anvendelsen af tvang i psykiatrien

Handleplaner

- Der skal fortsat være en målrettet indsats for at nå det fælles regionale mål fra 2010 om over en treårig periode at nedbringe:
 - antallet af tvangsfikseringer og fastholdelser med 20 % og
 - den samlede længde af fikseringer med 20 %.
- Der skal ske en løbende monitorering og opfølgning på anvendelsen af tvang i psykiatrien

10. Fortsat specialisering af psykiatriens ydelser

10.1 Baggrund

En af de centrale opgaver for sundhedsvæsenet er at sikre, at patienterne tilbydes udredning og behandling, der bygger på evidens og erfaring med det, der virker. Psykiske sygdomme er forskellige, både hvad angår de faktorer, som udløser sygdommen og de behandlingsmetoder og indsatser, der skal iværksættes. Væksten i den samlede viden om udredning og behandling af sygdomme gør det vanskeligt for den enkelte behandler at opnå rutine og viden til at dække alle lidelser inden for et speciale. Som for et hvert andet fag gælder at "øvelse gør mester". Det handler om at sikre, at der er et vist befolkningsunderlag og dermed også en vis volumen knyttet til de enkelte funktioner. Dette princip er også den grundlæggende tanke bag Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning. Herved skal forstås, at der overordnet skal være en sammenhæng mellem kvalitet, sundhedsfaglig erfaring og volumen.

I specialeplanlægningen godkender Sundhedsstyrelsen såvel psykiatriske som somatiske hospitaler til at varetage funktioner på forskellige specialiseringsniveauer:

- Hovedfunktionsniveau, hvor ydelserne er af begrænset kompleksitet, hvor såvel sygdom som ydelser er hyppigt forekommende, og hvor ressourceforbruget ikke giver anledning til en samling af ydelserne

- Specialfunktionsniveau, der indeholder:

Regionsfunktioner, hvor ydelserne er af nogen kompleksitet, hvor sygdom eller sundhedsvæsenets ydelser er relativt sjældent forekommende, og/eller hvor ressourceforbruget giver anledning til en vis samling af ydelserne

Højt specialiserede funktioner, hvor ydelserne er af betydelig kompleksitet og forudsætter tilstedeværelse af mange tværgående funktioner/samarbejdspartnere, hvor sygdom eller sundhedsvæsenets ydelser er meget sjældent forekommende og derfor skaber behov for samling af erfaring, og eller hvor ressourceforbruget er betydeligt.

Sygehuse, der varetager en specialfunktion, skal have tilstrækkelig aktivitet til at opnå, vedligeholde og udvikle erfaring inden for alle faggrupper.

Ud over disse krav, har Sundhedsstyrelsen også andre sundhedsfaglige krav til varetagelse af specialfunktioner. Bl.a. skal sygehuse, der varetager en given specialfunktion, have tilstrækkelig kapacitet og robusthed til at varetage funktionen, ligesom der eksempelvis stilles krav til personalets kompetencer.

Indenfor somatikken er der gennem årtier sket en specialisering inden for de enkelte specialer. For at kunne opretholde et højt fagligt niveau i udredning og behandling er det nødvendigt, at psykiatrien i lighed med det somatiske sundhedsvæsen organiserer sig i funktionsniveauer.

Omlægning i retning af øget specialisering betyder en ændring i organiseringen af den samlede psykiatri fra at være geografisk forankret almenpsykiatri til diagnoseopdelt behandling på forskellige niveauer af kompleksitet.

Region Midtjyllands psykiatriplan I fra 2008 igangsatte denne proces. Efterfølgende har Masterplanen for Aarhus universitetshospital, Risskov, der blev godkendt af regionsrådet i 2010, udstukket rammerne for en omlægning fra almenpsykiatriske afdelinger til specialiserede afdelinger.

Psykiatrien bevæger sig hen imod en opdeling, hvor hovedfunktions-niveauet varetages i samtlige regionspsykiatriske afdelinger i regionen, regionsfunktionerne varetages i Risskov, Vest samt Viborg, og de højt specialiserede funktioner alene varetages i Risskov.

Omstillingen er således igangsat, men er langt fra gennemført. Nærværende psykiatriplan skal derfor fremlægge strategien for den videre implementering af specialiseringen.

Formålet med specialiseringen er at sikre, at patienter med psykiske sygdomme får lige adgang til behandling af høj faglig kvalitet i forhold til den konkrete sygdom.

Specialiseringen rummer imidlertid også en række dilemmaer.

Den diagnoseopdelte behandling rummer eksempelvis risikoen for, at patienter bliver tabt mellem de specialiserede tilbud, fordi de har uklare symptomer, der ikke umiddelbart kan henføres til en bestemt diagnose.

Der er ligeledes risiko for, at patienter som har mere end én psykisk lidelse ikke opnår et tilstrækkeligt behandlingstilbud. Der skal derfor fremlægges en plan for, hvorledes der skal tages højde for disse udfordringer.

Mennesker med psykisk sygdom er sidestillet med mennesker med somatisk sygdom, når det gælder transport til og fra hospitalet i forbindelse med behandling. Reglerne siger, at man som patient som hovedregel selv skal sørge for transporten – uanset om man har adgang til privat eller offentlig transport eller ej. Kun i særlige tilfælde kan man få et tilskud til sine kørselsudgifter, eller blive kørt med Region Midtjyllands Taxaordning.

Patientcase: Afstand til behandlingsstedet

En 35-årig kvinde med bipolar lidelse, som tidligere har haft svære manier og depressioner, bliver syg, når hun holder op med at tage den forebyggende medicin. Nu er hun imidlertid gravid og det overvejes, om medicineringen skal indstilles, eller om hun skal medicineres i andre doser. Der er ikke viden/mulighed for at rådgive og behandle lokalt, og kvinden er bosat med stor afstand til specialafdelingen. Det besluttet, at kvinden skal til én ambulans samtale på Universitetshospitalet. Ved denne samtale får kvinden og den lokale behandler råd og vejledning om den fortsatte behandling. Efterfølgende bliver der behov for to videomøder med speciallægen, men ellers kan kvinden behandles lokalt.

Funktionsopdeling medfører endvidere, at udredning og behandling i nogle tilfælde vil blive samlet på færre afdelinger. Patienterne vil dermed, ligesom de somatiske patienter, opleve, at der kan blive længere til behandlingsstedet. Færre og kortere indlæggelser for den enkelte patient i form af øget brug af ambulans behandling og nye behandlingsredskaber som internet og telemedicin vil bidrage til, at patienten kun mærker den længere geografiske afstand til behandlingsstedet, når det er absolut nødvendigt.

10.2 Strategier og handleplaner for fortsat udvikling i retning af en specialiseret psykiatri

Strategier og handleplaner for fortsat udvikling i retning af en specialiseret psykiatri

Strategi

Borgere med psykiske lidelser skal tilbydes ensartet evidensbaseret udredning og behandling på højt fagligt niveau, uanset om de behandles på hovedfunktions- eller specialfunktionsniveau. Det betyder, at psykiatrien skal fortsætte udviklingen fra hovedfunktionsniveau hen imod specialiserede afdelinger, der tilbyder ensartet diagnoseopdelt behandling på forskellige kompleksitetsniveauer på tværs af regionen

Handleplaner

- De nationale udrednings- og behandlingsskaber på hovedfunktionsniveau skal løbende implementeres i takt med, at de bliver udarbejdet
- I forlængelse af Specialeplanens anbefalinger og tildelte specialfunktioner udarbejdes og implementeres yderligere præciseringer af målgrupperne for de enkelte specialiseringsniveauer
- Antallet af overflytninger mellem specialiseringsniveauerne overvåges løbende med henblik på
 - at følge, at der sker overflytninger med afsæt i de måltal, der er meldt ud fra Sundhedsstyrelsen og
 - at kunne tilpasse kapaciteten fremadrettet
- Der etableres en registreringspraksis, der dokumenterer, hvordan og hvor meget regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner understøtter hovedfunktionerne i de tilfælde, hvor behandlingsansvaret fortsat er hos hovedfunktionen

Strategi

Patienter i behandlingspsykiatrien skal tilbydes det rigtige behandlingstilbud første gang og rettidigt. Behandlingstilbuddet skal matche den enkelte patient og kompleksiteten af dennes sygdom

Handleplaner

- Der skal foretages regelmæssig audit af visitationspraksis i den centrale visitationsenhed med henblik på at sikre ensartet visitationspraksis, så patienter med samme symptomer, diagnose og kompleksitet får samme behandlingstilbud. I opstartsfasen gennemføres audit hver måned
- Patienter, som ikke umiddelbart kan visiteres til en behandlingspakke skal have tildelt en udredningspakke. Relevante klinikere fra de specialiserede funktioner inddrages i udredningsforløbet virtuelt

Strategi

Personalet i behandlingspsykiatrien skal have de nødvendige kompetencer for at sikre en ensartet evidensbaseret udredning og behandling på højt fagligt niveau i forhold til de forskellige diagnosegrupper og de kompleksitets-niveauer, der er defineret i Specialeplanen

Handleplaner

- Der skal udarbejdes kompetenceprofiler for alle enheder i psykiatrien, som sikrer, at de nødvendige kompetencer er til stede set i forhold til enhedens opgave og specialiseringsniveau
- Psykiatriens efter- og videreuddannelsesstilbud skal sikre, at medarbejderne kan erhverve sig de besluttede kompetencer

Strategi

Udfordringerne omkring den geografiske afstand til behandlings-stederne skal løses med øget brug af telemedicin, internetpsykiatri, ambulante tilbud og mobile teams

Handleplaner

- Der skal sikres tilgængelighed til psykiatriske tilbud i de eksisterende sundhedshuse, enten gennem fysisk tilstedeværelse eller virtuelt
- Det skal hvert år sikres, at der er den nødvendige kapacitet i de udadgående teams målrettet
 - de mest syge patienter, som har svært ved selv at opsøge ambulante behandling samt
 - de patienter, som er i størst risiko for behandlingsophør

11. Mere klinisknær forskning

11.1 Baggrund

Det overordnede mål for psykiatrien i Region Midtjylland er at tilbyde psykisk syge borgere i hele regionen behandling og støtte på højt internationalt niveau. Heri spiller forskning en afgørende rolle. Behandling og støtte på højt internationalt niveau forudsætter blandt andet, at behandlingen er baseret på den nyeste forskning, at den psykiatriske forskning styrkes og fremmes, samt at såvel national som international forskningsbaseret viden implementeres og anvendes i klinikken.

Psykiatrien i Region Midtjylland har en lang tradition for at bidrage væsentligt til den psykiatriske forskning både nationalt og internationalt. Regionen har en særlig styrke og tradition i forhold til grundforskningen, og den kliniske forskning er under udbygning. Region Midtjylland skal fastholde og udbygge forskningsindsatsen i de kommende år. Arbejdet hermed sker med udgangspunkt i forskningsstrategien for behandlingspsykiatrien i Region Midtjylland.

Psykiatrien undergår en øget specialisering af den kliniske behandling i enheder, som koncentrerer indsatsen om specifikke sygdomsgrupper (jf. kapitel 9). Denne specialisering skaber et fundament for etablering af fokuserede forskningsmiljøer. Eksempelvis danner etableringen af en enhed med behandling af affektive lidelser på såvel hovedfunktionsniveau, regionsfunktionsniveau som højt specialiseret niveau grundlag for et sygdomsgruppefokuseret forskningsmiljø. I den nye forskningsstrategi er der større fokus på den kliniske forskning. Blandt andet skal de kliniske afdelinger i Aarhus Universitetshospital, Risskov og Regionspsykiatri Vest have tilknyttet hver sin professor.

Forskningssamarbejdet med Aarhus Universitet og andre uddannelsesinstitutioner

Den psykiatriske forskning i Region Midtjylland sker i tæt samarbejde med især Aarhus Universitet. Region Midtjylland og Aarhus Universitet indgik i starten af 2012 et nyt aftalekompleks for samarbejdet på sundhedsområdet. Aftalen medfører blandt andet, at samarbejdet mellem regionshospitalerne i Region Midtjylland og Aarhus Universitet intensiveres. Indtil nu har samarbejdet om den kliniske forskning hovedsageligt centreret sig om Aarhus Universitetshospital. Med inklusionen af alle hospitaler i samarbejdet, understøtter aftalekomplekset således udviklingen af et sammenhængende og samarbejdende sundhedsvæsen, hvor alle borgere i regionen sikres adgang til forskningsbaseret behandling på højt internationalt niveau.

Psykiatriens samarbejde med Aarhus Universitet centrerer sig omkring Health (det tidligere Sundhedsvidenskabelige Fakultet). Eksempelvis har Institut for Klinisk Medicin under Health ansvaret for al forskning ved regionshospitalerne, inkl. regionspsykiatrien, Præhospitalet og Aarhus Universitetshospital. Dette tætte samarbejde med Health, Aarhus Universitet udbygges og intensiveres med beslutningen om ny organisering, truffet i september 2012. Med beslutningen sikres en tidssvarende organisering og en harmonisering af psykiatriområdet i forhold til de somatiske dele af AUH og resten af

sygehussektoren. Center for Psykiatrisk Forskning nedlægges som organisatorisk enhed. Centrets nuværende aktiviteter vil fremover blive udført ved Aarhus Universitet, og der skabes en endnu stærkere integration af grundforskning, klinisk forskning og klinisk behandling, herunder med udnævnelse af en koordinerende klinisk lærestolsprofessor samt et antal kliniske lærestolsprofessorer. Herudover oprettes en CORE-funktion (ressource/hjælpefunktion) for hele den psykiatriske forskning, som vil løse opgaverne i samarbejde med Forskningsstøtteenheden, AUH.

Som nævnt skal den psykiatriske forskning fremover i større grad inddrage viden og metoder fra andre discipliner mhp. bl.a. sundhedstjenesteforskning. Derfor er det også vigtigt at udbygge samarbejdet med andre hovedområder ved Aarhus Universitet end Health. Eksempelvis skal der arbejdes på at udvikle psykiatriens samarbejde med Business and Social Sciences (det tidligere samfundsvidenskabelige fakultet). For at opnå forskningsstrategiens mål om at udvikle ny viden om psykiske sygdommes behandling, årsager og udvikling og sikre et sammenhængende sundhedsvæsen er det desuden vigtigt, at den psykiatriske forskning generelt inddrager flere samarbejdspartnere og faggrupper i forskningsaktiviteterne end hidtil. Blandt andet ved også at involvere kommunerne og primær sundhed, herunder også de praktiserende læger/ speciallæger. Det er derfor væsentligt, at der også etableres tætte forskningsbaserede relationer til professionsbacheloruddannelserne, fx VIA University College.

Rekordstor bevilling til grundforskning: Årsagerne til psykisk sygdom skal kortlægges

Danske forskere får 121 mio. kr. over tre år fra Lundbeckfonden til at granske årsagerne til psykiske sygdomme.

Forskningsprojektet, der er forankret ved bl.a. Aarhus Universitet og Aarhus Universitetshospital i Region Midtjylland, undersøger fem sindslidelser: Skizofreni, manio-depressivitet, depression, autisme og ADHD. Fællesnævneren for disse sygdomme er, at de alle har store menneskelige og samfundsmæssige omkostninger verden over.

Det nye er, at forskerne gransker sygdommene fra vinkler, der spænder fra gener og celler til befolkningsundersøgelser, fra fostertilværelse til voksen patient – fra årsag til symptom. Og at de kobler deres viden på kryds og tværs.

”Vi vil undersøge, hvorfor man bliver psykisk syg, afdække de biologiske sygdomsmekanismer og skabe grundlaget for en bedre behandling og forebyggelse”, siger projektets videnskabelige leder, professor i medicinsk genetik ved Aarhus Universitet, Anders Børghlum.

(Kilde: Aarhus Universitet, <http://health.au.dk/aktuelt/nyhed/artikel/rekordstor-bevilling-aarsagerne-til-psykiske-sygdomme-skal-kortlaegges/>)

Forskningsmæssige indsatsområder

Målet med den psykiatriske forskning er at øge kvaliteten i den psykiatriske behandling og øge viden om de psykiske sygdommes årsagsforhold, udvikling, hyppighed, udbredelse, sociale konsekvenser, forebyggelsesmuligheder og omkostninger.

Klinisk forskning og translationel forskning

Hidtil har både voksenpsykiatrien og børne- og ungepsykiatrien i Region Midtjylland markeret sig stærkt inden for den psykiatriske grundforskning og i mindre grad inden for

klinisk forskning og translational forskning. Et vigtigt element i psykiatriens forskningsstrategi for 2011 – 2015 er derfor at styrke såvel den kliniske forskning som den translationelle forskning.

Mens den kliniske forskning beskæftiger sig med afprøvningen af nye behandlingsformer og undersøgelser, omhandler translational forskning interaktionen mellem grundforskning og klinisk forskning. Interaktionen mellem de to forskningsformer er vigtig, idet samspillet muliggør, at vigtige gennembrud inden for grundforskningen hurtigt kan afprøves i klinikken, ligesom kliniske problemstillinger og spørgsmål omvendt hurtigt kan testes i laboratoriet. Netop for at styrke denne interaktion og derved frembringe ny viden om de psykiske sygdommes årsager, udvikling og behandling, skal regionens psykiatriske forskningsenheder fremover knyttes tættere til de kliniske afdelinger. Psykiatriens forskningsstrategi indebærer derfor, at der knyttes en klinisk professor til hver af de kliniske voksenpsykiatriske afdelinger såvel som Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center under Aarhus Universitetshospital, Risskov og i Regionspsykiatri Vest. Fire kliniske afdelinger har tilknyttet en professor, mens Retspsykiatrisk afdeling og Regionspsykiatri Vest mangler at få tilknyttet en professor. Derudover er der ansat en professor, som alene varetager opgaver i forhold til psykiatrisk grundforskning.

Samspillet mellem psykiatriske og somatiske sygdomme

Psykiatriske patienter har ofte en eller flere behandlingskrævende somatiske sygdomme. Som resultat heraf ses en forøget dødelighed blandt personer med psykiske sygdomme. Med henblik på behandling og forebyggelse af somatiske sygdomme, der fører til tidlig død hos psykiatriske patienter, er der derfor behov for mere forskning i samspillet mellem somatiske og psykiske lidelser.

Nyt forskningsprojekt: Indsats mod tidlig død af somatiske årsager blandt mennesker med psykisk sygdom

Personer med skizofreni og personer med misbrugssygdomme har i særlig grad risiko for at udvikle en række somatiske sygdomme, der fører til tidlig død. Eksempelvis har langtidssyge med skizofreni risiko for at udvikle overvægt og hjerte-kar-sygdomme.

Et nyt forskningsprojekt skal derfor undersøge mulighederne for behandling og forebyggelse af de livsstilsfaktorer og behandlingsbivirkninger, der forøger de to patientgruppers risiko for at udvikle somatiske sygdomme.

Det er planen, at forskningsprojektet udføres i samarbejde med relevante somatiske afdelinger i Region Midtjylland. Hovedsageligt kardiologisk afdeling, endokrinologisk afdeling, klinisk biokemisk afdeling, infektionsmedicinsk afdeling.

Det sammenhængende sundhedsvæsen

Også på det forskningsmæssige område skal psykiatrien ses som en integreret del af det sammenhængende sundhedsvæsen. Det er derfor centralt, at der ikke alene forskes i sygdommenes årsager og opståen (grundforskningen), men i alle områder af psykisk syge personers møde med psykiatrien. Det være sig i behandlingen (den kliniske forskning), patientens integration i nærmiljøet, og ved tidlig opsporing og forebyggelsen af psykiske lidelse (sundhedstjenesteforskningen). Sundhedstjenesteforskning er

desuden vigtig i forhold til at sætte fokus på overgange og grænseflader mellem sektorerne samt forbedringspotentialer ved sundhedsvæsenets organisatoriske strukturer. Da flere centrale opgaver i den samlede undersøgelses- og behandlingsindsats ved psykiske lidelser også varetages af psykologer, er der endvidere behov for i højere grad at inddrage psykologer i den psykiatriske forskning.

Internationalisering

Psykiatrien i Region Midtjylland er internationalt anerkendt for sin forskning. For at understøtte strategien for forskningsområdet og dermed den fortsatte udvikling af psykiatrien, er det centralt, at psykiatrien fastholder en stærk international profil.

En styrket synlighed og stærk profil udadtil øger mulighederne for at tiltrække udenlandske forskere til psykiatrien. Disse bibringer både ny viden, og medvirker til at fremme psykiatriens rekruttering og fastholdelse af læger. En stærk forskningsprofil øger endvidere mulighederne for at tiltrække både europæiske og internationale forskningsmidler, hvilket åbner for en yderligere forskningsmæssig opgradering i psykiatrien. Psykiatrien skal derfor fremme arbejdet omkring fundraising.

Det er derfor væsentligt, at de nye forskningsmiljøer, som etableres i de kliniske afdelinger i Risskov og i Regionspsykiatri Vest, orienterer sig mod udlandet. Der skal skabes såvel fagligt som økonomisk grundlag for, at udenlandske gæsteforskere i kortere perioder kan deltage i forskningsmiljøet i psykiatrien, og for at forskere fra Region Midtjylland kan tage på studieophold i udlandet.

Klinisk forskning i ECT-behandling: Skræmmende, men skånsom behandling

Mange mennesker føler en instinktiv modvilje mod ECT-behandling – også kendt som elektrochok. Ganske forståeligt kan strømstød og kramper virke som en skræmmende og ubehagelig behandlingsform.

Men i tilfælde af fx svære depressioner eller psykotiske depressioner, hvor patienterne ofte er meget forpinte og selvmordstruede, er ECT imidlertid en særdeles effektiv og til tider livreddende behandling. Blandt andet fordi effekten af behandlingen indtræder hurtigere end ved psykoterapeutisk behandling og indebærer færre bivirkninger end behandling med antidepressiv medicin.

Alligevel modtager mange patienter kun nødtvungent behandlingen. Det skyldes, at der eksisterer mange myter om og fordomme mod ECT. Blandt andet frygter mange patienter, at ECT-behandling medfører hjerneskader.

Forskning viser dog, at det ikke er tilfældet. Forskere har i en lang række studier undersøgt, hvorvidt ECT-behandlingen medfører hjerneskade. Ingen af undersøgelserne har kunnet påvise nogen skadevirkning på hjernen.

(Kilde: Poul Videbech, <http://www.videbech.com/page4/page7/page7.html> tilbud til patienter med angst, der ikke tør forlade hjemmet)

Styrket forskning i regionspsykiatrien

Som beskrevet ovenfor er et centralt element i det nye aftalekompleks for samarbejdet på sundhedsområdet mellem Region Midtjylland og Aarhus Universitet, at forskningen på regionshospitalet, inkl. Præhospitalet og regionspsykiatrien, intensiveres og styrkes. Formålet med at styrke forskningsindsatsen i regionspsykiatrien er blandt andet at højne kvaliteten i patientbehandlingen og fremme psykiatriens muligheder for rekruttering og fastholdelse af personale. Som et led i denne styrkelse har regionspsykiatrien udarbejdet en forskningsprofil, der beskriver forskningsområder og visioner. Forskningsprofilerne skal opfattes som et dynamisk instrument, der løbende revurderes og indgår i processen med at styrke regionens sundhedsforskning.

Regionspsykiatri Vest er den eneste del af regionspsykiatrien i Region Midtjylland med et klinisk forskningsmiljø. Forskningsstrategien for psykiatrien 2011-2015, som forskningsprofilen er en del af, understreger, at den øvrige del af regionspsykiatrien i Horsens, Randers, Silkeborg og Viborg-Skive fremover skal inddrages i større omfang end hidtil i forskningen. Patienterne herfra skal indgå i forskningsprojekter gennem styrket samarbejde med forskningsmiljøerne i de specialiserede funktioner.

Forskningsmidler

Gennem universitetet har det nuværende Center for Psykiatrisk Forskning hvert år hidtil modtaget en forskningsbevilling på ca. 20 mio. kr. Fokus i anvendelsen af bevillingen har hidtil været grundforskning, mens fokus fremover vil være bredere. Med beslutningen fra september 2012 om ny organisering af den psykiatriske forskning ved AUH vil disse midler fremover blive anvendt på samme måde som øvrige midler på Institut for Klinisk Medicin. Det forventes, at der også i den næstkommende tid vil være behov for et beløb på niveau med det nuværende til den psykiatriske forskning.

Hvad angår regionale midler, er der fremover afsat i alt ca. 15 mio. kr. til klinisk forskning. Hertil kommer midler, som de kliniske afdelinger selv afsætter til forskning. Tildeling af centrale midler til de kliniske afdelinger forudsætter, at de kliniske afdelinger opretter kombinationsstillinger, hvor medarbejderen både forsker og udfører klinisk arbejde.

Størstedelen af midlerne er blevet fordelt til kliniske afdelinger i Risskov og Regionspsykiatri Vest. Desuden uddeles en del af midlerne gennem Region Midtjyllands "Forskningsfond til støtte for psykiatrisk forskning i Region Midtjylland". Fondens budget er fremover på 1 mio. kr. finansieret ligeligt af regionale og statslige midler.

Med budgetforliget for 2012 for Region Midtjylland blev der afsat 17 mio. kr. årligt til styrkelse af sundhedsforskningen i Region Midtjylland. Midlerne skal blandt andet bruges til at styrke forskningsindsatsen på fire særlige indsatsområder. Regionsrådet har valgt psykiatrisk forskning som ét af disse indsatsområder. I 2012-2014 er der på den baggrund afsat 2 mio. kr. årligt fra puljen til at styrke den kliniske forskning inden for psykiatrien.

11.2 Strategier og handleplaner for klinisknær forskning

Strategi og handleplaner for forskning i psykiatrien

Strategier

Psykiatriens forskningsstrategi 2011 – 2015 udgør fundamentet for herværende strategi. Strategien for forskning i psykiatrien indeholder følgende hovedspor:

Klinisk og translational forskning, med henblik på frembringelse af ny viden om psykiske sygdommes årsager, udvikling samt behandling, skal fremmes.

Det tætte forskningssamarbejde med Aarhus Universitet skal fortsat udbygges og styrkes, ligesom forskningssamarbejdsrelationer med professionsuddannelserne skal etableres.

Psykiatriens internationale profil skal udbygges yderligere. De kliniske forskningsmiljøer skal orientere sig mod udlandet, medvirke til at tiltrække udenlandske gæsteforskere samt sende egne forskere på studieophold i udlandet.

I medfør af aftalekomplekset på sundhedsområdet mellem Region Midtjylland og Aarhus Universitet skal psykiatrien i samarbejde med somatikken forske i samspillet mellem psykiatriske og somatiske sygdomme, herunder i højere grad inddrage viden og metoder fra andre discipliner, bl.a. sundhedstjenesteforskning.

Handleplaner

- Forskningsbaseret viden skal i langt hurtigere grad omsættes til handling i den kliniske praksis. Det skal bl.a. ske ved,
 - At de kliniske afdelinger i Aarhus Universitetshospital, Risskov, og Regionspsykiatrien Vest skal have hver sin professor ansat
 - At de kliniske afdelinger skal oprette kombinationsstillinger, så medarbejdere både kan arbejde klinisk og forske samtidig.
 - At core-funktionen i Center for Psykiatrisk Forskning udbygges, så den bliver tilgængelig for alle forskningsinteresserede i behandlingspsykiatrien.
- For at udbygge forskningsaktiviteten skal der hvert år skaffes flere eksterne midler til forskning
- Forskningskompetencerne blandt ansatte med lange eller mellemlange uddannelser skal generelt styrkes med henblik på at kunne beklæde en kombinationsstilling, f.eks. ved at ansætte en professor i psykiatrisk sygepleje
- For at psykiatrien kan fastholde og udbygge sin internationale profil, skal der ansættes udenlandske gæsteforskere i kortere perioder, så de kan bidrage til psykiatriens forskningsmiljø. Endvidere skal forskere fra psykiatrien på studieophold i udlandet
- I samarbejde med somatikken iværksættes mindst 1 forskningsprojekt, som undersøger sammenhænge mellem psykiske og somatiske sygdomme

LÆNGERE LIV

12. Nedbringelse af overdødeligheden blandt mennesker med psykisk sygdom

12.1 Baggrund

Psykisk syge mennesker dør markant tidligere end andre, og lider af flere somatiske sygdomme end andre. Overdødeligheden blandt psykisk syge mennesker er høj, og den forventede levetid for psykisk syge er markant lavere end for almenbefolkningen. Den forventede levetid er i dag 15-20 år mindre for mennesker med psykisk sygdom end for resten af befolkningen. Det skyldes flere forhold.

Ca. 40 % af overdødeligheden kan primært tilskrives selvmord, mens ca. 60 % kan tilskrives somatiske sygdomme/medicinske tilstande. Især livsstilen, hvor de såkaldte KRAM-faktorer (kost, rygning, alkohol og motion) sammen med indtagelse af medicin spiller en central rolle for udvikling af sygdom.

Overdødeligheden gælder for de fleste psykiatriske diagnosegrupper og er høj inden for alle sygdomskategorier: Hjertekarsygdomme, diabetes, kræft, infektioner m.v.

Patientcase: Ved screening afdækkes somatisk sygdom

En 60-årig mand, der periodisk er konfus, indlægges, fordi den periodiske konfusion giver anledning til mistanke om en intracerebral lidelse (en sygdom i hjernen, ex. hjernesvulst, hjerneskade, hjerneblødning eller demens). Samtidig har manden ændret sig voldsomt psykisk, så da der sker akut forværring, vælger lægen at indlægge manden. Ved indlæggelsen bliver han, som det er normal praksis, screenet, og får derved målt sit blodsukker. Det viser sig, at han har forhøjet blodsukker og dermed en ubehandlet sukkersyge. Manden kommer straks i behandling for sukkersyge, og hans tilstand bedres markant.

Strategier og handleplaner

"Strategi og handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse for psykiatrien i Region Midtjylland", 2012, fokuserer på tre indsatsområder:

- 1) Forebyggelse af sundhedsrisikoadfærd med fokus på KRAM-faktorerne.
- 2) Øge middellevetiden ved at sikre mennesker med psykisk sygdom sufficient udredning og behandling for somatisk sygdom.
- 3) Nedbringe overdødeligheden ved fortsat fokus på forebyggelse af selvmord, jf. også kap. 8 om sikkerhed.

Strategien fokuserer i første omgang på initiativer, som psykiatrien selv kan sætte i værk, dvs. primært for indlagte patienter. En bred indsats for flere af de psykiatriske patienter skal foregå i samarbejde med almen praksis, kommunerne og somatikken.

For at nedbringe overdødeligheden blandt psykiatriske patienter er det derfor vigtigt med øget fokus på sundhedsfremme og forebyggelse som en integreret del af behandlingstilbuddene både i og uden for hospitalsvæsenet.

12.2 Strategier og handleplaner for nedbringelse af overdødeligheden blandt mennesker med psykisk sygdom

Strategier og handleplaner for nedbringelse af overdødeligheden blandt mennesker med psykisk sygdom

Strategi

Region Midtjylland vil medvirke aktivt til længere levetid for patienter med psykisk sygdom og sikre, at de har muligheder for motion, sund kost og livsstilsomlægninger, jf. "Strategi og handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse for psykiatrien i Region Midtjylland"

Handleplaner

- "Strategi og handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse for psykiatrien i Region Midtjylland" skal implementeres. Det omfatter bl.a.:
 - Systematisk screening for somatisk sygdom og sundhedsrisikoadfærd under indlæggelse eller ved 1. ambulante besøg
 - Særlige aftaler med somatikken om gensidige tilsyn og undervisning
 - Indsatser i forhold til forebyggelse af sundhedsrisikoadfærd med særligt fokus på indlagte patienter, motion og rygning
- Med henblik på at forebygge somatisk sygdom og overdødelighed i psykiatrien skal der
 - Gennemføres audits af journaler på afdøde patienter (mortalitetsaudits) ved risikomanagere for at afdække områder, hvor der er grundlag for forebyggelse
 - Foretages rapportering af utilsigtede hændelser vedrørende somatisk sygdom og udredning i psykiatrien samt gennemgang af disse for at afdække områder for kvalitetsforbedringer
- For at forebygge selvmord og selvmordsforsøg i psykiatrien skal følgende fortsat udvikles:
 - Fortsat forankring af retningslinjer i vurdering af selvmordsrisiko gennem udvikling og udbredelse af e-læringsprogrammer for personale i forebyggelse og vurdering af selvmordsrisiko
 - Fortsat rapportering og opfølgning på selvmord i psykiatrien med henblik på læring og forebyggelse

13. Forstærket integration og samarbejde mellem psykiatri og somatik

13.1 Baggrund

Hvis middellevetiden blandt psykiatriske patienter skal øges, er det vigtigt, at patienternes eventuelle somatiske sygdomme opdages og behandles, ligesom det er vigtigt, at de somatiske patienters eventuelle psykiske lidelser opdages og behandles i tide.

Mange psykiatriske patienter bliver ikke udredt for deres somatiske lidelser, hvilket især skyldes manglende fokus på dette i psykiatrien og i praksissektoren. Omvendt har også patienter med en somatisk lidelse risiko for enten at have eller at udvikle en psykisk lidelse. Det er derfor nødvendigt at øge fokus på somatiske sygdomme i psykiatrien, og øge kendskabet til psykiatriske lidelser i somatikken. Øget gensidig opmærksomhed og fokus på patientens samlede helbredstilstand – såvel psykisk som somatisk - kan bl.a. opnås ved at styrke samarbejdet og sammenhængen mellem psykiatrien og somatikken.¹¹ Samarbejde og sammenhæng starter i den nære behandling af patienterne med opsporing og forebyggelse og skal sikres gennem behandlingen i alle dele af sundhedsvæsenet.

Fakta

Der er aftaler mellem alle psykiatriske afdelinger og somatiske hospitaler om, at psykiatrien både akut og planlagt går tilsyn af patienter, der er indlagt på somatiske afdelinger.

Forebyggelse og opsporing i den primære sundhedssektor

Kontakten med borgerne i den primære sundhedssektor er det naturlige udgangspunkt for forebyggelse og tidlig opsporing af somatiske og psykiatriske problemstillinger. Somatisk syge patienter vil ofte ses jævnligt af egen læge. Den praktiserende læge har derfor gode muligheder for at opdage psykiske lidelser. Det er derfor vigtigt, at den praktiserende læge er opmærksom på psykiske problemstillinger hos patienten og gives forudsætninger for at reagere korrekt og rettidigt på psykiatriske problemstillinger. Dette kan understøttes gennem let adgang til rådgivning fra psykiatrien.

Det er også vigtigt, at der er en opsøgende tilgang og en aktiv forebyggende indsats i forhold til somatiske problemstillinger hos psykiatriske patienter, således at sygdomme opdages og livsstilsrelaterede sygdomme forebygges. Der kan eksempelvis arbejdes systematisk med, at psykiatriske patienter får regelmæssigt helbredstjek hos egen læge, fx. i forbindelse med kontakt til kommunen, jf. kapitel 14. Blandt praktiserende læger er der mulighed for med udgangspunkt i lægernes journalmateriale om medicinudskrivning

¹¹ Redegørelse om samarbejdet mellem psykiatri og somatik, foråret 2011.

o. lign. at identificere psykiatriske patienter, og indkalde/indbyde disse til helbredsundersøgelser.

Fakta: *"Fremtidens ambulante psykiatri" – Liaisonpsykiatri Projekt i Horsens:*

Projektet har som overordnet formål, at sikre bedre udredning og behandling af patienter med både somatiske og psykiatriske problemstillinger. Der forventes følgende resultater af projektet:

- At der samlet set skal ydes flere tilsyn, fordelt med færre tilsyn ved læge og flere tilsyn ved sygeplejerske
- At det viser sig, hvilke undervisningsbehov der er i forhold til viden om psykiatri i somatikken
- At det afklares, om nye arbejdsgange i forhold til somatikken giver mening
- At psykiske sygdomme kan opfanges hos flere patienter på et tidligere tidspunkt og dermed inden de forværres

Psykiatriske tilsyn på Regionshospitalet i Randers:

Formål: Rådgivning af somatiske læger med henblik på diagnosticering og behandling af patienter, indlagt på regionshospitalet i Randers.

Patientgruppe/patientforløb/anden målgruppe: Patienter indlagt på Regionshospitalet i Randers med formodet psykiatrisk komorbiditet. Både børn og voksne.

Definition af begreber: Psykiatrisk vurdering af patienter indlagt på somatisk afdeling, hvor der er mistanke om psykiatrisk lidelse, eller hvor der er fare for alvorlig forværring af de psykiatriske symptomer, hvis der ikke indledes udredning og behandling.

Elektive tilsyn gennemføres to gange ugentlig af speciallæge i psykiatri - alternativt af liaisonsygeplejerske under supervision af speciallæge i psykiatri.

Forløbsprogrammer for psykiske lidelser

Der er i de seneste år udarbejdet forløbsprogrammer og behandlingsindsatser for kronikere i Region Midtjylland. Disse forløbsprogrammer og behandlingsindsatser rummer imidlertid de psykiatriske patienter dårligt, fordi de ikke tager højde for multisygdom, og fordi psykiatriske patienter kan have svært ved at være opsøgende og følge et behandlingsforløb.

Et forløbsprogram for depression er under udarbejdelse i Region Midtjylland.

Forløbsprogrammet skal bidrage til at skabe sammenhæng i behandlingsindsatsen for patienter med depression og medvirke til, at psykiske sygdomme tænkes ind i øvrige indsatser og i det tværsektorielle samarbejde. Forløbsprogrammet for depression er således det første i Region Midtjylland og skal sikre bedre og tidligere behandling. Forløbsprogrammet indeholder bl.a. lægetjek og indeholder dermed opsøgende aktiviteter i forhold til somatiske sygdomme.

Forløbsprogrammet for depression bør evalueres og erfaringerne herfra bruges i udviklingen af andre forløbsprogrammer for psykiske sygdomme. Psykiske sygdomme bør også i højere grad tænkes ind i øvrige indsatser inden for sundhedsvæsenet og i det tværsektorielle samarbejde i Region Midtjylland.

Fakta

Der er ved at komme en aftale på plads med specialafdelingerne i Vest og Risskov om, at de udfører neurologiske undersøgelser og MR-scanninger i de tilfælde, hvor diagnosen er uklar.

Patientcase: Somatisk undersøgelse afslører somatisk diagnose

En 70-årig mand med svær depression indlægges for første gang i sit liv på psykiatrisk afdeling. Depressionen viser sig vanskelig at behandle. Da der grundet manglende effekt af behandlingen opstår usikkerhed om diagnosen depression, vælger man at foretage neurologiske undersøgelser samt en MR-scanning. Ved disse undersøgelser viser det sig, at der er en række små blodpropper i hjernen.

Behandlingen er efterfølgende blodfortyndende medicin, der kan forebygge, at blodet størkner og danner flere blodpropper i hjernen.

Forebyggelse og opsporing i den sekundære sundhedssektor

I Region Midtjylland arbejdes der i forbindelse med bygningen af nye sygehuse på at sikre, at de fysiske rammer understøtter integration og samarbejde mellem psykiatri og somatik, både i de fælles akutmodtagelser og den øvrige behandling. Det er uddybet nærmere i kapitel 17.

Det afgørende er, at der skabes opmærksomhed de to områder imellem blandt personalet, og at der aktivt arbejdes med en kulturudvikling, der understøtter dette, jf. kapitel 13.

For at gensidig opmærksomhed kan opnås, skal der arbejdes med kompetenceudvikling og videreuddannelse og opdatering af viden om psykiatriske sygdomme for somatikens personale og om somatiske sygdomme for psykiatriens personale. Det vil også medvirke til at skabe gensidigt kendskab og forståelse.

Nogle somatiske og psykiatriske områder har væsentlige koblinger, det gælder fx mellem:

- Spiseforstyrrelser, pædiatri og intern medicin
- Gerontopsykiatri, neurologi og geriatri
- I visse tilfælde skizofreni, psykoser, affektive lidelser i forhold til gynækologi og obstetrik
- Somatoforme lidelser¹² i forhold til de somatiske specialer

Inden for sådanne områder vil det være relevant at samarbejde om enkelte patienter eller med tværgående projekter. Opdatering af viden hos både det somatiske og det psykiatriske personale vil her kunne være mere specifik og dermed sikre større tværgående opmærksomhed og bedre behandling.

¹² Somatoforme lidelser drejer sig om tilstande med vedblivende klager over somatiske symptomer med krav om undersøgelser til trods for negative fund og lægelig forsikring om, at symptomerne ikke har nogen fysisk årsag.

De seneste år har der været stigende fokus på samarbejde mellem somatik og psykiatri, og som følge heraf er der igangsat en række initiativer.

13.2 Strategier og handleplaner for forstærket integration og samarbejde mellem psykiatri og somatik

Strategier og handleplaner for forstærket integration og samarbejde mellem psykiatri og somatik

Strategi

Samarbejde mellem relaterede somatiske og psykiatriske områder skal styrkes og udbygges. På relevante områder skal der arbejdes mod samdrift mellem somatik og psykiatri, og i forbindelse med planlægning af de nye hospitaler skal der laves konkrete samarbejdsaftaler

Handleplaner

- Der skal udarbejdes en plan for, hvor der særligt skal sættes ind i forhold til samarbejde mellem psykiatrien og somatikken. Som eksempler på samarbejde med somatiske afdelinger kan nævnes:
 - Neurologi og geriatri i forhold til patienter med demens
 - Pædiatri og intern medicin på Aarhus Universitetshospital i forhold til patienter med spiseforstyrrelser
- Samarbejdet med somatikken skal fastlægges forud for udflytningen af psykiatrien til hospitalerne Det Ny Universitetshospital (DNU) og Det Nye Hospital i Vest (DNV), så det kan fungere umiddelbart efter flytning. Samtidig skal det beskrives, hvordan der mere generelt forventes at kunne opnås synergieffekter på DNU og DNV
- Psykiatrien og somatikken skal samarbejde om patienter med multisygdom, blandt andet:
 - Følge op på erfaringer fra de nuværende forløbsprogrammer
 - Psykisk sygdom integreres i de somatiske forløbsprogrammer
 - Sikre koordineret indsats i samarbejde med almen praksis og relevante somatiske afdelinger, herunder let adgang til gensidige tilsyn og undervisning
- Der skal indgås aftaler med somatikken om let adgang til billeddiagnostiske undersøgelser, laboratorieundersøgelser mv. for psykiatriske patienter

TIL FLERE MED PSYKISK SYGDOM

14. Psykiatrien i det hele og sammenhængende sundhedsvæsen

14.1 Baggrund

Hvis visionen om en bedre behandling og et længere liv til flere skal lykkes, er det nødvendigt, at psykiatrien samarbejder tæt med både kommuner og praksissektoren generelt og i forhold til den enkelte patient. Kort sagt udgør kommuner, praksissektoren og den specialiserede psykiatri fundamentet i den psykiatriske behandling, og et tættere samarbejde mellem aktørerne vil medvirke til at løfte kvaliteten væsentligt i den psykiatriske behandling¹³.

Psykiatrien har i mange år haft tradition for lokale ambulante og udadgående tilbud. Udviklingen i retning af en mere specialiseret behandling af patienter med psykisk sygdom har medført, at psykiatrien - ligesom det øvrige sundhedsvæsen - har udviklet sig i retning af større specialisering og centralisering for at sikre patienterne en behandling af høj faglig kvalitet. Samtidig udfordres psykiatrien af en ressourceproblematik på speciallægesiden, som også har medvirket til samling af de stationære behandlingssteder for at styrke fagligt bæredygtige og udviklende miljøer.

Det er vigtigt at fortsætte en udvikling, der understøtter let adgang til specialiseret behandling af høj kvalitet for de patienter, der har behov for psykiatrisk behandling i det sekundære sundhedsvæsen, uanset hvor i regionen patienten er bosat. Der skal således arbejdes på at udvikle nye metoder, så ydelserne i videst muligt omfang bringes tæt på patienten. Udviklingen skal også sikre, at psykiatrien kan understøtte det primære sundhedsvæsens indsats i forhold til patienter med let til middelsvær psykisk sygdom, hvilket vil sige hovedparten af patienter med psykisk sygdom.

Det nære sundhedsvæsen i en psykiatrisk kontekst

Det nære sundhedsvæsen forstås bredt som sundhedstilbud tæt på borgeren. Det nære sundhedsvæsen indebærer, at behandling kan foretages lokalt som fremskydning af og supplement til den specialiserede behandling og i samarbejde mellem flere af sundhedsvæsenets aktører.

Det nære sundhedsvæsen giver mulighed for en større helhed i behandlingen, fordi der kan etableres bedre sammenhæng mellem aktørerne på et behandlingsområde, og fordi disse samles tæt på borgeren. Der kan således sikres en velkoordineret behandling, hvor patientens forløb sættes i centrum. Aktørerne kender hinandens tilbud, og der er en tydelig opgave- og ansvarsfordeling, så de bedre kan understøtte hinanden. Det nære sundhedsvæsen er en vigtig forudsætning for udvikling af "shared care".

¹³ "Kvalitet i psykiatrien", Danske Regioner, 2011.

Det nære sundhedsvæsen i en psykiatrisk kontekst kan strække sig fra decentral placering af psykiatriens behandlingstilbud over shared care-samarbejde til understøttelse af den primære sektor. Der er tale om ydelser, der leveres nær borgeren samt samarbejde med og understøttelse af praksissektoren og den kommunale sektor af den regionale psykiatriske ekspertise.

Sundhedshuse er i nogle tilfælde oplagte fysiske rammer for de nære tilbud og kan give gode synergieffekter i forhold til de øvrige aktører i behandlingen af psykiatriske patienter, ligesom etablering af telebehandling vil være en god mulighed for nogle patienter. Psykiatrien vil i differentieret omfang være til stede fysisk eller virtuelt i de sundhedshuse, hvor Region Midtjylland i øvrigt har aktiviteter, Det kan variere fra en klinik med fast personale til et lokale med mulighed for videokonferencer.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at der er forskellige muligheder og forskellige vilkår for nære psykiatriske tilbud afhængig af, hvor i regionen man befinder sig. Det kan fx variere, hvilke speciallægerressourcer, der findes, hvor langt der er til de stationære behandlingssteder og hvilke kommunale tilbud, der er til stede. Ambitionen er at give alle områder let adgang til psykiatrien, men det forudsætter mangeartede tilgængeligheds løsninger. Det vil betyde, at der vil være patienter som - eventuelt med støtte fra en sygeplejerske -, har samtale med psykiateren via videokonference

Samarbejde mellem aktørerne

En nødvendig forudsætning for et velfungerende helt og nært sundhedsvæsen er, at det mangeårige tætte samarbejde mellem de mange aktører, der behandler eller stiller tilbud til rådighed for de psykiatriske patienter, udvikles yderligere. Samarbejde og kommunikation aktørerne imellem bør prioriteres højt, og mulighederne for at udveksle data og informationer skal udvikles. Ligeledes er det vigtigt, at aktørerne er tilgængelige for hinanden og deler viden. Regionen og kommunerne aftaler rammerne for deres samarbejde på sundhedsområdet i sundhedsaftaler.

Sundhedsaftalerne vedrørende indsatsen for mennesker med psykisk sygdom fokuserer i høj grad på patientforløb, fastholdelse i behandling, forebyggelse af akutte indlæggelser og sundhedsfremme. Aftalerne omhandler således det socialpsykiatriske område i kommunerne og har medvirket til at skabe gode lokale samarbejder på dette område.

I sundhedsaftalen for voksenpsykiatrien er det et indsatsområde at skabe bedre sammenhæng mellem regionspsykiatri og arbejdsmarkedsindsats, for at understøtte tidlig opsporing af mennesker med psykisk sygdom og for en bedre integration til arbejdsmarkedet af mennesker med psykisk sygdom.

Sundhedsstyregruppen i Region Midtjylland har nedsat en arbejdsgruppe om styrket sammenhæng mellem sundhedsvæsenet (herunder psykiatrien) og arbejdsmarkedsområdet. Arbejdsgruppen skal identificere og udarbejde en status på relevante indsatser i regionen, der har til hensigt at styrke sammenhængen mellem sundhedsvæsen og arbejdsmarked, herunder effekten af både disse og tilsvarende

indsatser i Danmark. Derudover skal arbejdsgruppen komme med anbefalinger til indsatser, der har en dokumenteret effekt for relevante målgrupper, og som kan styrke sammenhængen på tværs af sektorer.

Der arbejdes således med at skabe rammerne for et styrket samarbejde mellem psykiatrien og arbejdsmarkedsområdet. I forhold til den nye reform for førtidspension og fleksjob kan psykiatrien blive part i tilrettelæggelsen og deltagelse i ressourceforløbene, især i forhold til unge med svær psykisk sygdom.

Ud over den kommende arbejdsmarkedsreform har psykiatrien og kommunerne fælles udfordringer i forhold til særlige patientgrupper, som samlet set bruger mange ressourcer.

Det drejer sig om for eksempel om følgende patientgrupper:

- Patienter med misbrug og anden psykisk sygdom,
- Psykotiske patienter, som vanskeligt kan fastholdes i behandlingstilbud,
- Patienter med angst og depression,
- Patienter med ADHD.

I praksissektoren vil snitflader og behov for samarbejde og understøttelse hovedsageligt være hos de praktiserende psykiatere og praktiserende læger.

For de privatpraktiserende psykiatere er der behov for at se nærmere på opgavefordelingen i forhold til hospitalspsykiatrien med henblik på en afklaring af ansvarsfordelingen, herunder i hvilket omfang de praktiserende psykiatere bedre kan integreres i hospitalspsykiatriens patientforløb. Med den nye speciallægeoverenskomst kan regionerne indgå aftale med speciallægerne om aktiviteten i 20 % af speciallægenes kapacitet.

Den praktiserende læges mulighed for at yde en kvalificeret behandling af patienter med psykisk sygdom kan understøttes, hvis psykiatrien foretager hurtige udredninger af psykiske problemstillinger. Når diagnose og relevant behandling således er afklaret for den praktiserende læge, bliver det lettere at yde patienten en optimal behandling. De praktiserende læger har tilkendegivet, at der er behov for bedre adgang til rådgivning og vejledning fra psykiatrien i forhold til psykiatriske patienter, der behandles i almen praksis. Der er som forsøg oprettet en rådgivningstelefon for praktiserende læger.

Også de praktiserende psykologer oplever at have behov for understøttelse fra psykiatrien. Psykologbehandlingen under overenskomsten med det offentlige har i de seneste år udviklet sig fra primært at være krisehåndtering til nu også at være behandling af nogle psykiske lidelser. Psykologerne oplever at have nærmet sig psykiatriens område og derfor i nogle tilfælde at kunne have behov for vejledning fra psykiatrien. Det er aftalt, at psykologerne kan få telefonisk rådgivning ligesom de praktiserende læger.

Der er allerede igangsat og planlagt en række projekter, som placerer psykiatrien centralt i det nære sundhedsvæsen. Region Midtjylland har med bl.a. midler fra satspuljen igangsat en lang række projekter, der styrker den nære psykiatri.

14.2 Strategier og handleplaner for psykiatrien i det hele og sammenhængende sundhedsvæsen

Strategier og handleplaner for psykiatrien i det hele og sammenhængende sundhedsvæsen

Strategi

Der skal udvikles nye samarbejdsmetoder i psykiatrien, så tilgængelighed, nærhed, sammenhæng og kvalitet i behandlingen sikres uanset patientens bopæl i regionen. Det vil være nødvendigt med flere løsningsmodeller, der kan tilpasses de forskellige geografiske områder

Handleplaner

- Der skal udvikles telemedicinske tilbud, som kan sikre patienterne let adgang til den specialiserede psykiatriske behandling uanset geografi
- Allerede igangsatte projekter, der medvirker til at understøtte almenpraksis og kommunerne og styrker samarbejdet mellem psykiatrien og disse sektorer, skal evalueres, og det skal besluttes hvilke aktiviteter, der skal videreføres
- Følgende skal afklares, for eksempel ved at gennemføre et pilotprojekt: Hvilke spørgsmål har kommuner og praktiserende læger, som de ikke selv kan besvare i forhold til borgere med psykisk sygdom, der skal behandles i den primære sektor? Det kan dels være i forhold til borgere, som psykiatrien ikke kender, dels i forhold til borgere, som har været i behandling i psykiatrien
- Arbejdet med at udvikle forløbsansvarsbeskrivelser/-programmer i forhold til de store diagnosegrupper skal fortsætte
- Det skal fastlægges, hvilke funktioner psykiatrien konkret skal have i de enkelte sundhedshuse

Strategi

Den psykiatriske behandling skal varetages på lavest mulige effektive omkostningsniveau (LEON-princippet). Som led heri skal psykiatrien understøtte de øvrige aktører i varetagelse af behandling af psykiatriske patienter, og der skal arbejdes med hurtig udredning af patienten, så den praktiserende læge kan fortsætte behandlingsforløbene

Handleplaner

- Der skal laves en samlet evaluering af Psykiatriens Hus i Silkeborg med henblik på vurdering af mulighederne for en yderligere udrulning af denne model i regionen som helt eller delvist alternativ til sengebaseret regionspsykiatri
- Som opfølgning på sundhedsaftalerne skal der laves aftaler mellem psykiatrien, kommunerne og de praktiserende læger, også i forhold til arbejdsmarkedsområdet, bl.a. for at afklare psykiatriens rolle i forbindelse med realisering af den nye arbejdsmarkedsreform
- Der skal indgås aftale med de privatpraktiserende speciallæger i psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri om aktiviteten i 20 % af deres kapacitet
- Samarbejdet med de praktiserende psykologer skal udvikles.

Strategi

Psykiatrien og kommunerne skal i fællesskab udvikle initiativer, der er målrettet patientgrupper med komplekse problemstillinger, som involverer mange samarbejdsparter

Handleplaner

- Der skal udvikles og etableres tværsektorielle it-platforme til udveksling af relevant information på tværs af sektorer
- Psykiatrien skal bidrage til at realisere den fælles tværsektorielle plan om det gode elektroniske patientforløb
- Der skal arbejdes for at få etableret regelmæssig tilstedeværelse (fysisk eller virtuelt) af kommunale sagsbehandlere (myndighed) i de psykiatriske afdelinger

15. Øget produktivitet og effektivitet i psykiatrien

15.1 Baggrund

Der har de seneste år været fokus på produktivetsforbedringer og effektivitet i psykiatrien, således at flere patienter kan behandles og ventelisterne nedbringes. På trods heraf er der fortsat mange patienter på venteliste, både indenfor voksen- og børne- og ungdomspsykiatrien. Der er derfor behov for yderligere produktivets- og effektivitetsudvikling i psykiatrien dels for at kunne imødekomme den stigende efterspørgsel og dels på grund af den kommende udrednings- og differentierede behandlingsgaranti for alle henviste patienter. Navnlig implementering af udredningsgarantien ventes at medføre væsentlige omlægninger i psykiatriens arbejde samt i samarbejdet mellem psykiatrien og almen praksis. Både udredning og behandling skal foregå på det lavest effektive omkostningsniveau. Den konkrete udformning af den nye udrednings- og behandlingsgaranti i psykiatrien afventer nærmere analyse, og en realisering af garantien vil ske i takt med tilvejebringelse af kapacitetsmæssigt råderum.

Et andet vigtigt element, der i forbindelse med tilrettelæggelsen af den kommende rettighed bør vies opmærksomhed, er teknologirelaterede ydelser, som telepsykiatri, internetsamtaler, videosamtaler og telefonrådgivning, der i dag ikke kan registreres som aktivitet i psykiatrien, og derfor ikke tæller med i aktivitetsopgørelserne, til trods for at disse er vigtige instrumenter i bestræbelserne på at øge produktivitet og effektivitet i psykiatrien.

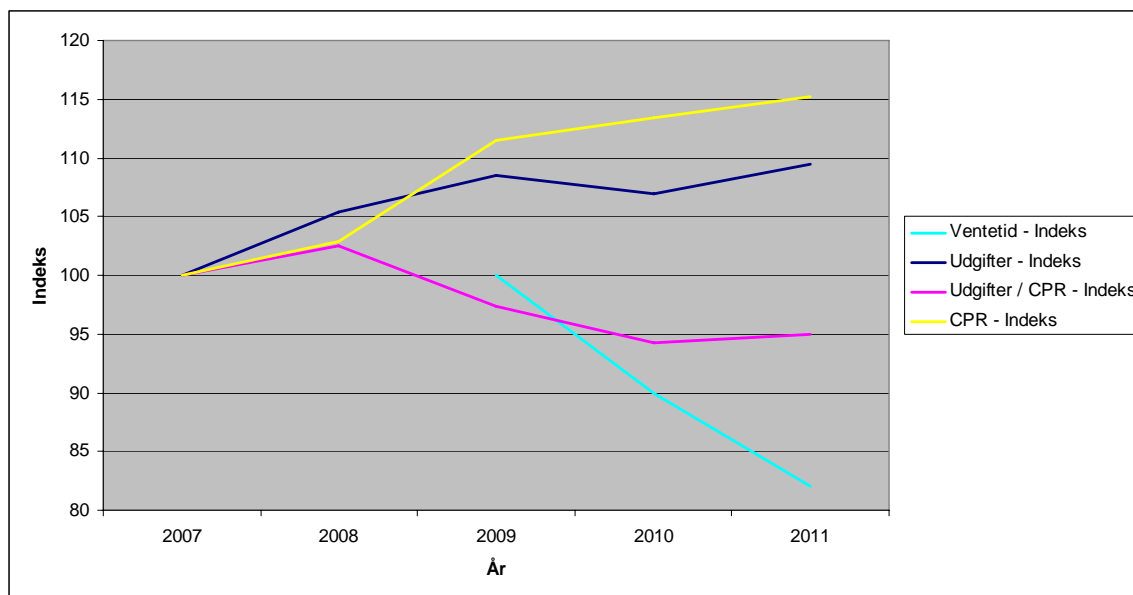
Registreringssystemerne i psykiatrien er i dag indrettet sådan, at viften af teknologirelaterede aktiviteter samt aktiviteter, hvor patienten ikke selv deltager, ikke tæller med som aktivitet. Opgørelser viser, at 40 % af alle ambulante ydelser ikke kan registreres som aktivitet. Ændring af denne situation vil derfor være en forudsætning for en effektiv og ændret tilrettelæggelse af arbejdet i psykiatrien.

Aktivitet

Hvis man ser på udviklingen fra 2007 til 2011, har der været en stigning i antallet af patienter i psykiatrien på 15,2 %. Stigningen har især været markant i børne- og ungdomspsykiatrien, hvor stigningen har været på 38,2 %, mens der behandles 10,2 % flere i voksenpsykiatrien. Samtidig har der været et fald i udgifter¹⁴ pr. patient i samme periode på 5,0 %. Ventelisterne for psykiatrien, defineret ved personer, der har ventet i mere end to måneder, er i perioden 2009 til 2011 blevet reduceret med 18,0 %.

Graf 1: Indekserede udgifter og antal CPR fra 2007 – 2011 (Faste priser, p/l 2011)

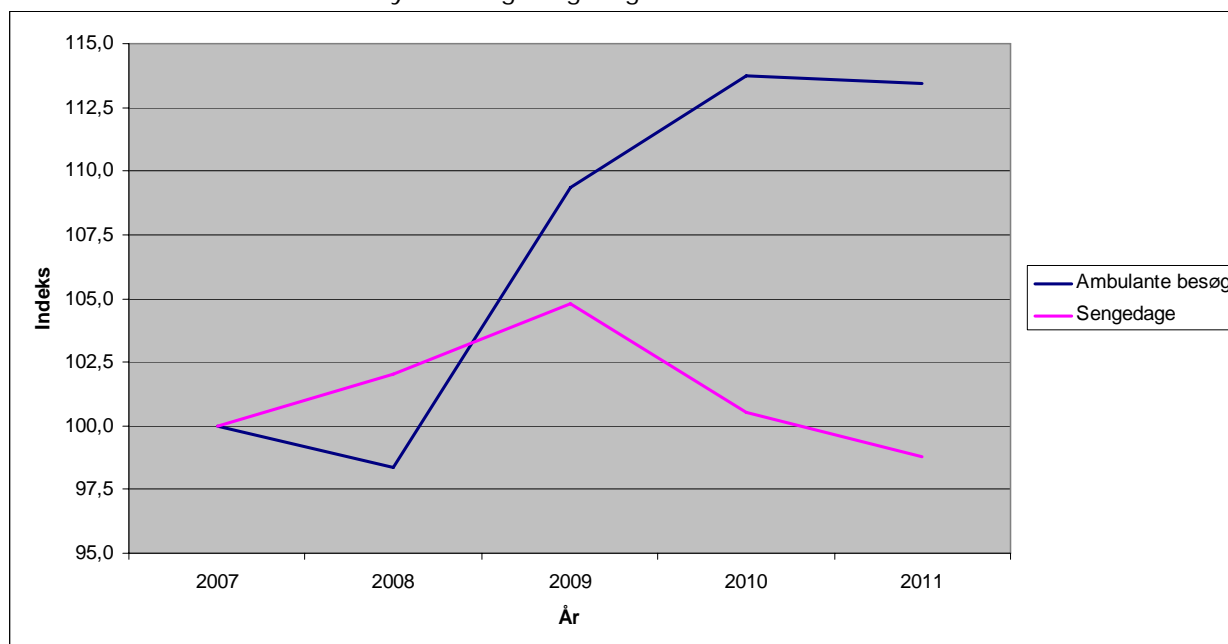
¹⁴ Udgifterne er i kapitlet lig de tilrettede driftsudgifter, der er indberettet til Sundhedsstyrelsen



Kilde: InfoRM 27. april 2012. Ventetider er opgjort som ventetid ud over 2 måneder. Der findes ikke data fra før 2009.

Fra 2007 til 2011 faldt antallet af sengedage med 1,2 %. Det dækker dog over, at antallet af sengedage steg med 4,8 % frem til 2009. I 2010 skete der en omstrukturering fra stationær til ambulante psykiatri ved at reducere antallet af senge og ændre behandlingen til ambulante. Omstruktureringen er primært sket gennem nedlæggelse af et sengeafsnit i Silkeborg i forbindelse med oprettelsen af Psykiatriens Hus og nedlæggelsen af Døgnet i Viborg, Skive og Kjellerup. Fra 2009 til 2011 er der sket et fald på 6,0 %. Tilsvarende er der sket en stigning i antallet af ambulante besøg fra 2007 til 2011 på 13,5 %.

Graf 2: Indekserede ambulante ydelser og sengedage



Kilde: InfoRM 27. april 2012

Der er således allerede sket en væsentlig produktionsudvikling i psykiatrien i Region Midtjylland, som for en dels vedkommende kan tilskrives yderligere tilførsel af midler til området. Samtidig kan det konstateres, at der fortsat er mange patienter på venteliste, både indenfor voksen- og børne- og ungdomspsykiatrien. Der er derfor som før nævnt behov for yderligere produktivitets- og effektivitetsudvikling i psykiatrien.

Produktivitet

Psykiatrien har oplevet en øget efterspørgsel efter ydelser, samtidig med at manglen på speciallæger giver området særlige udfordringer. Det er således nødvendigt at sætte fokus på produktiviteten i de kommende år, for at sikre at de begrænsede økonomiressourcer udnyttes bedst muligt, så borgernes behov for ydelser kan imødekommes.

Inden for det somatiske område har der siden 2004 været stillet produktivitetskrav. Det er sket igennem de årlige økonomiaftaler med regeringen, hvor de somatiske hospitaler har været stillet over for et produktivitetskrav svarende til 2 % årligt. Metoden i somatikken har ikke kunnet anvendes i psykiatrien til produktivitetmålinger. Der er derfor udviklet en model for måling af produktiviteten på psykiatriområdet.

Regionsrådet har besluttet, at psykiatrien fra 2012 – ligesom somatikken - skal levere en produktivitetsforbedring på 2 %. Det skal ske i forhold til:

- Driftsudgifterne pr. behandlet patient.
- Antal behandlede patienter pr. ansat

Modellen monitoreres, så der tages højde for patienttyngden ved forskellige psykiatriske ydelser.

Fakta om patienttyngde ved ambulant og stationær behandling

Baseret på et fordelingsregnskab ud fra patienttyngden udgør den stationære behandling (senge) 65 procent, mens den ambulante behandling udgør 35 procent

Ressourceanvendelsen i behandlingspsykiatrien er således:

- Stationær behandling (senge): 65 procent - svarende til 935 mio. kr. i 2011
- Ambulant behandling: 35 procent af ressourcerne - svarende til 503,5 mio. kr. i 2011.

Størstedelen af psykiatriens ressourcer anvendes således til behandling ved indlæggelse i psykiatriens sengeafdelinger.

Effektivitet

Produktivitetsskravene i psykiatrien skal ses i sammenhæng med effektiviteten. Produktiviteten skal øges, og det skal ske samtidig med, at de opstillede udviklingsmål for kvalitet og servicemål for behandlingen opnås, således at kvaliteten i psykiatrien forbliver på et tilstrækkeligt højt niveau.

En forbedring af psykiatriens effektivitet skal ses i sammenhæng med den nye kvalitetsdagsorden på sundhedsområdet.

Psykiatrien vil eksempelvis sætte fokus på bl.a.:

- Prioritering af det, der giver mest sundhed for pengene
- Forbedring af arbejdsgange og fjerne uhensigtsmæssigheder i de kliniske og administrative processer
- Forebygge fejl og skader
- Behandling skal baseres på evidens: udbrede det, der virker, og stopper det, der ikke virker
- Afslutte patientforløb og ikke fastholde patienter i livslange kontrolforløb medmindre det er fagligt indikeret
- Optimere sammenhængende patientforløb på tværs af fag og sektorer
- Med 20 %-reglen at inddrage praktiserende speciallægers ressourcer.

Det centrale for at styrke effektiviteten er, at der indenfor spektret af ovenstående strategiske indsatsområder opstilles realistiske og operationelle udviklings- og kvalitetsmål for derigennem at styrke effektiviteten indenfor psykiatrien. Der skal for de udvalgte operationelle udviklings- og kvalitetsmål være mulighed for en løbende opfølgning. Der er således en tæt sammenhæng med de strategier og handlingsplaner, som er opstillet i kapitlet om kvalitet.

Forventningen ved at sætte fokus på produktiviteten og effektiviteten er, at der vil kunne frigøres ressourcer til gavn for borgerne i Region Midtjylland, og dermed bidrage til at indfri målsætning om bedre behandling til flere med psykisk sygdom.

15.2 Strategier og handleplaner for øget produktivitet og effektivitet

For at opnå en større produktivitet og effektivitet er der særligt fokus på nedenstående emner:

Strategier og handleplaner for øget produktivitet og effektivitet

Strategi

Der skal arbejdes på at udvikle psykiatriens ydelser og organisationsformer, så udredning og behandling af flere patienter kan ske effektivt med laveste mulige omkostninger (LEON-princippet). Der skal herunder fortsat være fokus på at sikre, at patienten får den korrekte behandling, således at genindlæggelsesandelen reduceres, hvorved der kan frigøres ressourcer til anden behandling

Handleplaner

- Der skal indføres en sammenhæng mellem budget og aktivitet for alle behandlingseinheder
- Det skal undersøges om modellen: Psykiatriens Hus i Silkeborg er en omkostningseffektiv organisationsform for den psykiatriske indsats, der samtidig sikrer høj kvalitet af behandlingen. Dette skal ske med henblik på at vurdere mulighederne for at implementere modellen andre steder i regionen
- Der skal iværksættes eksperimenter med den behandlingsmæssige indsats med henblik på at udvikle nye behandlingsforløb, som giver patienten et bedre liv, og som samtidig anvender færre af psykiatriens ressourcer. Der kan for eksempel tages udgangspunkt i
 - Patienter, som psykiatrien samlet set anvender mange ressourcer på, uden at patienten samtidig er i psykisk bedring
 - Patienter, som hurtigere kan udskrives/afsluttes, hvis de samtidig kan have lettere adgang til behandling i psykiatrien, hvis eller når behovet opstår. Det kan både handle om stationære og ambulante patienter.
- Der skal ske en løbende vurdering af ressourcefordelingen mellem de stationære og ambulante behandlingstilbud

Strategi

Der skal ske en fortsat udbygning den ambulante kapacitet i psykiatrien og dermed medvirke til en øget produktivitet og bedre brug af ressourcer. Samtidig vil en ambulante behandling ikke være indgribende i patientens liv i samme grad som en stationær behandling

Handleplan

- Den ambulante aktivitet skal øges med særligt fokus på at overholde (en kommende) udredningsgaranti og de nuværende behandlingsgarantier i forhold til alle diagnosegrupper i regionspsykiatriens målgruppe.

Strategi

Der skal arbejdes systematisk på at optimere kliniske og administrative arbejdsgange og processer for at frigøre ressourcer til øget patientudredning og -behandling

Handleplaner

- Optimering af arbejdsgange gennem implementering af fælles nationale udrednings- og behandlingspakker og central visitation
- Alle afdelinger udpeger 3 områder, hvor der formodes at være størst gevinst ved at optimere arbejdsgangene:
 - der udarbejdes handleplaner, opfølgning sker på dialogmøderne
 - der etableres en organisation til intern survey, med henblik på at afdelingerne gensidig kan udfordre hinanden i forhold til at optimere arbejdsgange og sikre kvaliteten i behandlingsindsatsen

TVÆRGÅENDE INITIATIVER

16. Innovation og anvendelse af ny teknologi i psykiatrien

16.1 Baggrund

Psykiatrien står overfor betydelige udfordringer i de kommende år. Der er derfor behov for innovation og brug af teknologi i psykiatrien.

Sædvanligvis sondrer man mellem gradvis innovation i modstilling til radikal innovation. Radikale innovationer indebærer at skabe kvalitativt nye produkter, processer, indretninger eller tankesæt – altså noget, som ikke har eksisteret før. Sådanne innovationer har ofte sit udspring fx i banebrydende forskning, i kriser eller i uddaterede produkter eller processer. Gradvis innovation forekommer hyppigere, og dækker små forandringer af enten eksisterende ydelser eller processer. På begge måder er innovation og brug af ny teknologi medvirkende til, at der opnås mere sundhed for pengene.

I Region Midtjylland indgår innovation nu som et centralt ledelsesmæssigt fokusområde i driften på linje med kvalitet og budgetoverholdelse. Innovationsindsatsen koordineres på koncernniveau, og der iværksættes fællesindsatser på området. Eftersom innovation er et relativt nyt felt for ledelsessystemet i Region Midtjylland, kræver det ekstra fokus at folde innovationsindsatsen og ansvaret herfor ud. Derfor er det blevet besluttet, at der i hver driftsenhed udpeges medarbejdere, som er dedikerede til innovationsopgaven, ligesom hver driftsenhed løbende arbejder med 1-2 banebrydende innovationsprojekter med potentiale for hele Region Midtjylland. Afrapportering og opfølgning foretages til et fælles ledelsesforum.

Psykiatriens innovations- og teknologiindsatser finder i dag sted i flere spor. Dels i samarbejder med regionens centrale enheder og innovationsfunktioner. Dels ved egne medarbejdere og enheder, som en integreret del af disses opgaver. I det følgende omtales og gives eksempler på innovationsindsatserne:

- Den 2-årige målrettede satsning på it- og teknologiudvikling i psykiatri- og socialområdet,
- Arbejdet med lean og arbejdsgange i psykiatrien

Eksempel 1: Psykiatriske patienter udskrives med iPad

Et farveltryk i hånden og en iPad under armen. Sådan kommer virkeligheden til at se ud, når en udvalgt gruppe psykiatriske patienter skal afprøve, om en iPad kan give bedre behandling, når de forlader hospitalet. Som en del af regionens satsning på telepsykiatri vil patienter på gerontopsykiatrisk afdeling og regionens fem klinikker for unge skizofrene få udleveret en iPad, når de bliver udskrevet, eller når de har modtaget ambulat behandling.

I alt 25 behandlere og 44 patienter indgår i projektet. Patienten skal på iPad'en udfylde skemaer, skrive dagbog og lave andre registreringer af fx søvn og adfærd, som forbedrer behandlerens arbejde. Projektet kører i seks til ni måneder med de ældre depressive og de unge skizofrene. Det er planen, at andre patientgrupper vil få tilbudt at låne en iPad med hjem, hvis projektet bliver en succes.

IT og teknologi

Satsningen på it- og teknologi omfatter en projektleder, som på tværs af psykiatrien og socialområdet skal iværksætte og udbrede projekter i samarbejde med klinikere, it, fagpersoner med flere samt med eksterne samarbejdspartnere og ressourcepersoner, fx praktiserende læger, kommuner, virksomheder med flere. Satsningen er en støtte til afdelinger om fx at stable større projektpartnerskaber på benene, søge fondsmidler, afprøve nye teknologier i klinikken med videre. Ordningen begyndte i slutningen af 2011

Eksempel 2: Fear Fighter

Fear Fighter er et online behandlingsprogram, som kan hjælpe brugere med behandlingskrævende angst og fobi. Systemet er baseret på metoderne i kognitiv adfærdsterapi, og består af to forbundne dele.

En undervisningsdel, der giver brugeren indsigt i egen sygdom, og en egentlig behandlingsdel, der gennem individuelt tilpassede opgaver på i alt ni trin giver brugeren konkrete redskaber til problemløsning. En psykiatrisk sygeplejerske hjælper vedkommende i gang med behandling og støtter patienten undervejs i forløbet gennem samtaler i telefonen.

Den kliniske effekt af og de sundhedsøkonomiske forhold ved webbaseret adfærdsterapi følges op i et randomiseret klinisk kontrolstudium ved Klinik for Angstlidelser i Risskov og dens søsterafdeling i Viborg samt på Institut for Økonomi og Ledelse på Aalborg Universitet.

Procesoptimering

Psykiatrien har ansat en medarbejder, som i samarbejde med Koncern HR's afdeling for Organisation, Ledelse og Procesoptimering har udviklet og afprøvet fleksible metoder til at implementere nye arbejdsgange, processer med videre på psykiatriske afdelinger og afsnit. Modellen udmærker sig særligt ved at kunne anvendes i miljøer og kulturer, hvor der ikke er tradition for at arbejde systematisk med produktivitet, og hvor delprocesser, trivsel og arbejdsgange svært lader sig adskille eller måle. Der lægges vægt på at give afdelingsledelsen sparring, sikre konstruktive processer samtidig med at man hjælper til med dokumentations- og analysearbejdet. Psykiatrien har med sit metodearbejde og afprøvning dannet model for disse værktøjer, som nu også bliver efterspurgt på de somatiske områder til andre anvendelser.

Eksempler på innovative spørgsmål:

- Hvis flere senge ikke er svaret på overbelægning, hvad er svaret så?
- Hvorfor indlægges næsten alle patienter akut, når psykisk sygdom ikke er en akut sygdom?
- Når social isolation er en del af den psykiske sygdom, hvorfor involverer psykiatrien så ikke netværket/de pårørende noget mere?

16.2 Strategier og handleplaner for innovation og teknologi i psykiatrien

I det følgende foreslås en række strategispor for tilrettelæggelsen af innovationsindsatsen i psykiatrien:

Strategier og handleplaner for innovation og teknologi i psykiatrien

Strategier

Der skal arbejdes på at styrke innovationskulturen i psykiatrien – i lighed med somatikken. Det kan ske ved at skabe rum til dristighed og eksperimenter, ved at efterspørge og stimulere medarbejdernes bidrag til såvel små, innovative skridt i hverdagen som forslag til mere radikale tiltag. Til dette ansvar hører at understøtte den tværorganisatoriske og tværfaglige videnudveksling og dermed på længere sigt styrke innovationskultur overalt i organisationen

Systematisk inddragelse af teknologiske hjælpemidler og udvikling af nye teknologiske redskaber og indsatser skal ses som en del af svaret på de udfordringer psykiatrien står overfor. Psykiatrien skal være i front med udvikling og anvendelse af ny teknologi på landsplan

Handleplaner

- Der skal etableres et internt team til at understøtte innovation i psykiatrien
- Der skal løbende stilles spørgsmålstejn (innovative spørgsmål), som udfordrer psykiatriens grundlæggende problemstillinger. Gennem eksperimenter skal nye løsninger afprøves med henblik på udbredelse
- Medarbejderne i psykiatrien skal have mulighed for at tilegne sig kompetencer for at sikre en innovativ kultur
- Der skal arbejdes på at skaffe eksterne midler til afprøvning af nye løsninger

17. De fysiske rammer for fremtidens psykiatri

17.1 Baggrund

Det er centralt, at de fysiske rammer understøtter den behandlingsmæssige kvalitet og danner rammerne for en forstærket integration og samarbejde mellem psykiatri og somatik. De fysiske rammer har samtidig stor betydning for arbejdsmiljøet på afdelingerne.

Status for bygningsmassen

Psykiatrien er ofte placeret i fysisk nærhed til de somatiske hospitaler. Det gælder eksempelvis i Vest (Herning og Holstebro), Horsens, Randers og Silkeborg. I Aarhus er Psykiatrien placeret i Risskov i Aarhus Universitetshospital, Risskov, i Viborg er psykiatrien placeret i Sønderøparken.

Der er på tværs af regionen stor forskel på bygningernes alder. Generelt er der tale om en ældre bygningsmasse, men der er også helt nye bygninger. De ældste bygninger i Risskov er mere end 160 år. Samtidig er bygningerne fredede. Det giver en række særlige udfordringer i forbindelse med ombygning og vedligeholdelse.

Af større byggeprojekter i Psykiatrien i den seneste tid kan nævnes etablering af Psykiatriens Hus i Silkeborg, samling af psykiatri i Skive Sundhedshus, udbygning af Center for Spiseforstyrrelser i Risskov, etablering af nyt retspsykiatrisk sengeafsnit i Risskov samt en gennemgående renovering af det ungdomspsykiatriske afsnit i Risskov. Samtidig er der også foretaget større genopretningsarbejder på Aarhus Universitetshospital, Risskov.

Bygningsmassen for psykiatrien er ikke helt tidssvarende i forhold til de faglige krav, der stilles til psykiatrien i dag. De største udfordringer er i Risskov – ikke mindst fordi en del af bygningsmassen er fredet og utidssvarende indrettet. I vest giver det for eksempel også driftsmæssige udfordringer, at voksenpsykiatrien er placeret både i Holstebro og Herning, og at børne- og ungdomspsykiatrien er placeret på flere matrikler i Herning.

Hvad er planerne?

I Psykiatriplanen for 2008 blev det besluttet, at den psykiatriske behandling skal specialiseres og samles i større enheder. I den sammenhæng og i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger samles de psykiatriske akutmodtagelser på de somatiske hospitaler. Målet er, at patienterne i højere grad skal møde rutinerede eksperter i de forskellige sygdomme samt et tættere samarbejde om behandling med regionens øvrige hospitaler.

Samlingen af somatikken og psykiatrien i de fælles akutmodtagelser i de eksisterende akuthospitaler sker i forhold til de lokale bygningsmæssige forudsætninger. Når den

endelige fælles akutmodtagelse står klar, vil psykiatrien også have plads i afdelingens funktion og beredskab.

Somatik og psykiatri er også integreret i de fælles akutmodtagelser, der etableres i DNU og DNV-Gødstrup. Flytningen af AUH, Risskov, til DNU er et led i realiseringen af målet om tættere integration mellem somatik og psykiatri. Samtidig vil psykiatrien med en flytning til moderne og mere tidssvarende fysiske rammer muliggøre en mere optimal udnyttelse af ressourcerne og behandlingskapaciteten i psykiatrien. I de nye bygninger vil psykiatrien få færre m² til rådighed, men disse m² vil til gengæld blive langt bedre udnyttet, end tilfældet er i dag, ligesom omkostningerne forbundet med reparation og vedligeholdelse af bygningsmassen vil blive væsentligt reduceret.

Samling af Psykiatrien i Vest ved det nye hospital i Gødstrup

Det blev i Akutplanen fra 2007 besluttet, at der skulle etableres et nyt hospital i Vestjylland. I Psykiatriplanen fra 2008 blev det besluttet, at regionspsykiatrien i Holstebro og Herning skal samles i det nye hospital.

DNV-Gødstrup-projektet skal som udgangspunkt finansieres af regionens eget anlægsbudget, da der ikke er givet kvalitetsfondsmidler til området.

Regionsrådet har besluttet, at psykiatrien i Vestjylland fortsat skal samles i det nye hospital i Gødstrup, og at det vil blive finansieret af regionens eget anlægsbudget.

Projekter i den eksisterende bygningsmasse

Projekter i den eksisterende bygningsmasse skal som udgangspunkt finansieres af regionens eget anlægsbudget.

17.2 Strategier og handleplaner for de fysiske rammer for fremtidens psykiatri

Strategier og handleplaner for de fysiske rammer for fremtidens psykiatri

Strategi

Det er Region Midtjyllands strategi, at der skal ske en udflytning og integration af psykiatrien i Det Nye Universitetshospital, Skejby (DNU) og Det Nye Hospital i Vest (DNV-Gødstrup).

Bygningerne skal understøtte strategien om en tættere sammenhæng mellem den somatiske og psykiatriske behandling.

Bygningerne skal understøtte en effektiv psykiatribehandling og bygningsdrift.

Der skal være fokus på, at psykiatriske patienter kan have andre behov end somatiske patienter, hvilket kan have betydning for bygningernes udformning. Ligeledes vil der være stor forskel på de behov, som de forskellige psykiatriske patientgrupper har.

I planlægningen af de nye psykiatriske bygninger skal personale, patienter og pårørende inddrages. Samtidig vil der være fokus på at hente erfaringer fra resten af Danmark og udlandet.

Handleplaner

- Flytning af Aarhus Universitetshospital Risskov til DNU skal efter planen ske som et Offentligt Privat Partnerskab (OPP).
 - Muligheden for at indgå en aftale med en partner afsøges
- Psykiatrien indgår sammen med somatikken fortsat i brugergruppearbejdet vedrørende indretningen af de fælles akutmodtagelser i henholdsvis DNU og DNV. Der etableres i relevant omfang fælles forsknings- og uddannelsesfaciliteter og fælles undersøgelsesfaciliteter
- Psykiatriens personale, patienter og patienters pårørende inddrages yderligere i planlægning af psykiatriens bygninger i DNU og DNV med henblik på at sikre, at patienternes behov tilgodeses i relation til at give den bedst mulige behandling
- Anlægsbudgettet for psykiatriens byggeri i DNV skal indarbejdes i Region Midtjyllands investeringsoversigt for de kommende år
- Der afvikles en projektkonkurrence om psykiatriens bygninger i DNV
- Der indhentes erfaringer fra nyere psykiatrisk byggeri i Danmark og i udlandet

Strategi

Den eksisterende bygningsmasse skal løbende vedligeholdes, så den lever op til nutidig standard

Handleplan

- En gang årligt indkaldes forslag til vedligeholdelsesarbejder og mindre bygningsmæssige ændringer fra afdelingerne blandt andet med henblik på, at bygningerne kan leve op til standard for moderne byggeri til psykiatriske patienter

18. Psykiatrien som attraktiv arbejdsplads

18.1 Baggrund

Det er vigtigt, at psykiatrien i Region Midtjylland generelt er en attraktiv arbejdsplads, der tilbyder faglige udfordringer og udvikling samt attraktive arbejdsforhold.

Rekruttering, introduktion, kompetenceudvikling og arbejdsmiljø er væsentlige faktorer, der medvirker til at gøre psykiatrien til en attraktiv arbejdsplads.

Rekruttering og introduktion

Der er mange initiativer i gang inden for kompetenceudvikling, ledelsesudvikling, opgaveflytning, rekruttering, branding, introduktion, kommunikation, arbejdsmiljø m.m. for de forskellige medarbejdergrupper i psykiatrien.

Ved at danne sig et overblik over de mange tiltag, og udarbejde en overordnet strategi, vil det være muligt at se initiativerne i en større sammenhæng. Der kan således skabes et visionært fremtidsperspektiv med en fælles, synlig målsætning for rekruttering af fremtidens medarbejdere til psykiatrien.

En gevinst herved forventes at være større gennemslagskraft for de enkelte initiativer, effektiv branding af psykiatrien og i sidste ende flere velkvalificerede ansøgere til ledige stillinger.

Det er afgørende for både medarbejdertrivsel og sikkerhed på arbejdspladsen, at alle nye medarbejdere oplever en grundig introduktion, hvor de både fagligt, socialt og sikkerhedsmæssigt opnår fortrolighed med arbejdsopgaverne. Introduktionen skal både indeholde konkrete kurser i forebyggelse af vold og konflikthåndtering, men også lokale sikkerhedsforanstaltninger og sikkerhedsadfærd på afdelingen.

Kompetenceudvikling

Der arbejdes målrettet med kompetenceudvikling i psykiatrien, således at de rette faglige og menneskelige kompetencer understøttes og udvikles i forhold til den opgave, der skal udføres. Kompetenceudvikling skal desuden understøtte de strategiske indsatsområder og sikre, at de rette forudsætninger er til rådighed i forhold til dette.

Inden for psykiatrien er følgende fem strategiområder udvalgt:

- Tydeliggørelse i specialisering
- Fokus på sammenhæng og overgange
- Sammenhængende forskning
- Tydelighed i ledelsesopgaven
- Somatiske sygdomme

Der er nedsat en kompetenceorganisation, som har til opgave at tydeliggøre de fem kompetencer i forhold til kompetenceudviklingstiltag for alle faggrupper i psykiatrien.

Arbejds miljø

For at sikre at psykiatrien forbliver en attraktiv arbejdsplads, er det vigtigt, at der skabes et sundt og velfungerende arbejds miljø, ligesom medarbejdernes trivsel er et højt prioriteret fokusområde.

Arbejds miljøet er todelt og består af det fysiske og psykiske miljø. Det fysiske miljø sikres ved at skabe gode fysiske rammer gennem bygninger og anlæg. Ikke blot patienterne skal føle sig tilpas i opholdsarealerne. Det psykiske arbejds miljø skabes ved at sikre medarbejdernes trivsel. Psykiatrien skal være en rummelig arbejdsplads, hvor der drages omsorg for den enkelte medarbejder.

I 2010 blev der igangsat et arbejds miljøprojekt under HMU, hvor fokus rettes mod hhv. konflikthåndtering og forebyggelse af vold og krydsfelt mellem ressourcer og forventninger. Der arbejdes især målrettet med lederstøtte, rekruttering og introduktion samt med kulturarbejde, der retter en opmærksomhed mod den kultur, som enten bidrager positivt eller negativt til håndtering af sygefravær.

Projektet har affødt forskellige initiativer såsom en ændret retorik i forhold til øget fokus på fremmøde frem for fravær, synlige fremmødetal på intranettet og en målrettet personlig indsats i forhold til afdelinger og tilbud, der har særlige udfordringer med et lavt fremmøde.

18.2 Strategier og handleplaner for psykiatrien som attraktiv arbejdsplads

Strategier og handleplaner for psykiatrien som attraktiv arbejdsplads

Strategi

For at gøre Region Midtjyllands psykiatri til en attraktiv arbejdsplads vil Region Midtjylland fortløbende og på proaktiv og nytænkende vis arbejde med rekruttering

Handleplaner

- Der skal udarbejdes en overordnet rekrutteringsstrategi for Psykiatri og Social for alle faggrupper
- Der skal ske en fortsat udvikling af rekrutteringskampagnen "Skarpe hjerner og varme hjerter" over for læger og medicinstuderende.
- Der skal være fokus på introduktionsforløb for alle nye medarbejdere, og der skal sikres sammenhæng til den overordnede rekrutteringsstrategi og budskaberne heri

Strategi

Arbejdet med kompetenceudvikling i Region Midtjyllands psykiatri skal sikre, at fremtidige medarbejders uddannelsesniveau matcher de fremtidige behandlingsmetoder og accelererede behandlingsforløb

Handleplaner

- Der skal udarbejdes en politik for hvilke kompetencer, der er nødvendige i psykiatrien med henblik på at sikre en ensartet og hensigtsmæssig opgaveløsning
- Der skal udarbejdes kompetenceudviklingsplaner for alle faggrupper. Kompetenceudviklingen skal målrettes kerneopgaver og strategiske mål for psykiatrien
- Der skal ske en ændret ansvars- og opgavefordeling gennem en målrettet anvendelse af kompetencerne hos de specialuddannede psykologer og sygeplejersker
-

Strategi

Arbejdet med arbejdsmiljø skal omfatte såvel den fysiske som den psykiske side af medarbejdernes trivsel, og dermed sikre, at Region Midtjyllands psykiatri forbliver en attraktiv arbejdsplads

Handleplaner

- Psykiatriens HovedMedUdvalg (HMU) har sat særligt fokus på forebyggelse af vold, herunder konflikthåndtering, samt krydsfeltet mellem forventninger og ressourcer i det daglige arbejde. Disse to spor skal fastholdes i den kommende periode, bl.a. ved
 - At psykiatrien løbende følger statistikker for fremmøde som indikator for trivslen og gennem en målrettet dialog har fokus på at forbedre trivslen
 - At der fortsat er fokus på, at mellemledere med personaleansvar har de fornødne redskaber for at kunne arbejde med personalets trivsel og sygefravær
 - At alle medarbejdere skal sikres de nødvendige kompetencer i forhold til sikkerhedsprocedurer og sikkerhedsadfærd

19. Ordforklaring

ADHD

ADHD står for "Attention Deficit Hyperactivity Disorder" og er et udtryk for en sygelig høj grad af opmærksomhedsforstyrrelse, aktivitet og impulsstyring. Lidelsen er en anerkendt diagnose, som forekommer hos børn og senere også i voksenalderen. ADHD er en kronisk lidelse, hvor symptomerne dog ofte ændrer sig over tid.

Affektive sygdomme/lidelser

En affektiv sygdom/lidelse dækker over mani, depression eller en blanding af mani og depression.

Afstigmatisere

Blandt befolkningen som helhed udbrede viden om og kendskab til psykiske sygdomme med det formål, at skabe større forståelse, og dermed undgå at mennesker med psykiske sygdomme stemples som mindreværdige, eller udsættes for negative rektioner og vurderinger.

Akkreditering

Den Danske kvalitetsmodel (DDKM) består af 82 standarder med relevans for psykiatrien, som beskriver en række krav til psykiatriens ydelser og organisering. Akkreditering består i, at en gruppe eksterne fagpersoner besøger psykiatrien og vurderer, om psykiatrien lever op til standarderne og anvender principperne i kvalitetscirklen. Hvis dette er tilfældet opnås akkreditering.

Akut indlæggelse

Indlæggelse uden ventetid grundet pludseligt opstået sygdom.

Almen praksis

Almen praksis er de alment praktiserende læger.

Ambulant

Ambulant er benævnelsen for behandling uden indlæggelse. Hyppigheden og antallet af ambulante besøg varierer fra patient til patient afhængig af behovet.

Audit

På baggrund af kravene til psykiatriens ydelser og organisering (jf. forklaring om akkreditering), udarbejder psykiatrien retningslinjer, som beskriver, hvad personalet konkret skal gøre for at leve op til det enkelte krav. Årligt vurderes det på en audit (evaluering), om personalet lever op til kravet. Så frem det vurderes, at kravet ikke er opfyldt, udarbejder ledelsen i samarbejde med personalet en handleplan for, hvordan kravet kan indfries.

Autisme

Ved autisme forstås svigt i den grundlæggende, umiddelbare, gensidige forståelse af omverdenen og forståelsen af mennesker. Den autistiske person har ikke på samme naturlige måde tilgang til den fælles begrebsverden, som andre deler. Den autistiske person besidder heller ikke den samme grundlæggende fornemmelse for, hvad der er rigtigt og forkert, passende og upassende.

DDKM

DDKM står for "Den Danske Kvalitetsmodel", der er et nationalt og tværgående kvalitetsudviklingsystem for hele sundhedsvæsenet – både det offentlige og det private.

Demens

Demens er en sygdom, hvor hjernens funktion svækkes, hvilket ofte ses ved hukommelses- og koncentrationsbesvær samt ændringer i følelseslivet. Der findes flere former for demens, hvoraf sygdommen især ses hos ældre som Alzheimers demens.

Diagnose

Diagnose er betegnelsen for en sygdomskategori, der er defineret i klassifikations-systemer. I det meste af verden anvendes WHO's klassifikationssystem ICD-10.

Diagnostik/diagnosticere

Med diagnostik/diagnosticere menes, at patienten får stillet en lægefaglig diagnose.

Distriktpsychiatri

Distriktpsychiatri er en organisationsform af psykiatrisk sygdomsbehandling (diagnosticering, behandling og pleje), som rummer et ambulante tværfagligt behandlingstilbud. Distriktpsychiatri er lokalt etableret og i tæt samarbejde med samarbejdspartnere i området.

Dobbeltdiagnose

Dobbeltdiagnose er betegnelsen for patienter med både en psykisk sygdom og et samtidigt behandlingskrævende misbrug.

ECT (elektrochok)

ECT er en forkortelse for det engelske "Elektro Convulsive Terapi", tidligere benævnt elektrochok. ECT er en moderne videnskabelig veldokumenteret behandling, som primært bruges ved behandling af svær depression.

e-Dok

e-Dok er et elektronisk dokumentstyringsystem. E-dok indeholder politikker, retningslinjer og instrukser.

EPJ

EPJ står for "Elektronisk patientjournal". Den elektroniske patientjournal skal medvirke til at styrke kommunikationsmuligheder på tværs af faggrupper, specialer, matrikler og eksterne samarbejdspartnere.

Evidens (baseret psykiatri)

Forebyggelse, diagnosticering og behandling efter metoder, hvis virkning der findes videnskabeligt bevis for.

Forløbsprogram

En samlet tværfaglig, tværsektoriel og koordineret sundhedsfaglig indsats for en given kronisk tilstand, der sikrer anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats, en præcis beskrivelse af opgavefordeling samt koordinering og kommunikation mellem alle involverede parter.

Gerontopsykiatri

Gerontopsykiatri er et lægeligt ekspertområde, der omfatter psykiatriske lidelser hos ældre.

InfoRM

Region Midtjylland anvender InfoRM som et integreret informations- og styringsværktøj til personaleplanlægning, økonomi samt produktion af ydelser. InfoRM anvendes på alle psykiatriens enheder og giver mulighed for her-og-nu information på alle niveauer i organisationen.

Klinik

En klinik tilbyder specialiseret ambulant udredning og behandling af specifikke psykiatriske sygdomme.

Kvalitetscirklen

Kvalitetscirklen er en evalueringsmetode til sikring og evaluering af kvalitet:

Kvalitetscirkelns 4 trin indebærer, at:

- psykiatrien beskriver en god klinisk praksis i retningsgivende dokumenter
- den beskrevne praksis implementeres
- den kliniske praksis løbende overvåges og dokumenteres for at sikre efterlevelse af målene for god kvalitet
- ledere og medarbejdere på baggrund af den løbende overvågning ændrer praksis, når denne ikke lever op til målene for god kvalitet

Kvalitetscirklen gentages for løbende at sikre en fortsat kvalitetsudvikling af ydelserne.

Mestring

Ved mestring forstås samspillet mellem de ressourcer, individet har til rådighed, og den måde de udnyttes på.

Neuropsykiatrisk

Neuropsykiatri betegner den del af psykiatrien, der især fokuserer på biologiske årsager til psykiske sygdomme.

NIP

NIP er en forkortelse af "Det Nationale Indikatorprojekt", som omhandler udvikling, afprøvning og implementering af indikatorer og standarder til vurdering af kvaliteten af sundhedsvæsenets kerneydelser (den sundhedsfaglige kvalitet).

OCD

Tilbagevendende tvangstanker eller tvangshandlinger.

Opgaveglidning

Flytning af arbejdsopgaver mellem faggrupper.

OPUS

Unge med debuterende/nydiagnosticeret skizofreni.

Organiske psykiske sygdomme

En organisk psykisk sygdom er en sindslidelse i hjernen, og årsagen er en biologisk fejlfunktion/forstyrrelse.

Pakkeforløb

Se tekstboks med forklaring side 32.

Patientforløbsprogram

Patientforløbsprogrammer anvendes til systematisk at understøtte bedre samt mere koordinerede og sammenhængende patientforløb. I Den Danske Kvalitetsmodel er der krav om, at der udarbejdes aftaler om det tværsektorielle samarbejde mellem primær- og sekundærsektoren for patienter med kronisk sygdom. Der skal som minimum udarbejdes aftaler for behandlingsforløb for sygdomsgrupperne demens og skizofreni.

Polyfarmaci

Brug af mange medikamenter på samme tid, hvorved risikoen for bivirkninger øges.

Psykoedukation

Undervisning af patienter eller pårørende til patienter i, hvordan man bedst kan forholde sig til sygdommen.

Praksissektoren

Praksissektoren består af praktiserende læger, privatpraktiserende speciallæger og psykologer.

Retspsykiatri

Retspsykiatri er et ekspertområde inden for psykiatrien, der varetager undersøgelse og behandling af psykisk syge mennesker, der er sigtet eller dømt for straffelovsovertrædelser.

Satspuljeprojekter

Regeringen og satspuljepartierne indgår hvert år en ny fireårig aftale om satspuljen, hvormed indsatsen overfor sårbare og udsatte grupper i bl.a. sundhedsvæsenet styrkes. Der afsættes midler til en række konkrete satspuljeindsatsområder, som regioner, kommuner eller private parter via projektbeskrivelser kan søge. Initiativer, der får midler fra puljen, kaldes satspuljeprojekter.

Screening

Grundig undersøgelse/udredning ift. en række på forhånd bestemte faktorer, symptomer eller sygdomme.

Shared care

Shared care betegner et behandlingsmæssigt samarbejde mellem psykiatrien i Region Midtjylland og praktiserende læger om konkrete patienter.

Somatik

Den del af lægevidenskaben, som handler om kroppen.

Stationær

Behandling under indlæggelse.

Survey

Undersøgelsesmetode til indsamling af primært kvantitative data om store populationer. Dataindsamlingen er ofte baseret på interview vha. spørgeskemaer.

