

Sammenfatning af svar fra café møderne**Hvordan gør vi patienten til hovedaktør i eget liv?**

Hvilke gode erfaringer er der ift. den nuværende inddragelse af patienterne og de pårørende?

<ul style="list-style-type: none"> • Samspil mellem patient, pårørende og sygehusafd. er både nødvendigt og også i mange tilfælde afgørende for et positivt behandlingsresultat. Vi prøver stort set altid at inddrage pårørende aktivt ved møder.
<ul style="list-style-type: none"> • Tænker bredt ift. pårørende - Udvide samtaler til venner/samboer. Brugere definerer selv sit netværk • "Systemet skal tage initiativ til samarbejde"
<ul style="list-style-type: none"> • Lade de pårørende komme mere frem og høre hvad der sker. Noget mere dialog mellem pårørende og pt. Mødes i grupper og høre om andres måde at tackle deres sygdomme på.
<ul style="list-style-type: none"> • Psykoedukation. "Lær at leve med din sygdom", overføre erfaringer fra det somatiske område til psykiatrien
<ul style="list-style-type: none"> • Gode erfaringer med psykiatriskolen. Psykiatriskolen/lægen - 6 ugers forløb også for pårørende. Evt. Netversion? Udvid familiebegrebet. Dialog, anerkendelse? Afdelingen skal stå for invitationen.
<ul style="list-style-type: none"> • Psykiatrikurser for pt. og pårørende - også en IT-version. Mere samarbejde med pårørende og tænk pårørende bredt. Anerkendende dialog. Styrke praktiserende læge og psykologer. Bedre tilskud fra sygesikring
<ul style="list-style-type: none"> • Dialog, invitere familien i stedet for at familien skal tage kontakten. Netværk, venner, kæreste. Støtte pt. til selvhjælp, vigtigt at gøre pt. forståeligt at det tager tid
<ul style="list-style-type: none"> • Undervisning, deltagelse i grupper
<ul style="list-style-type: none"> • At vurdere den enkeltes behov - socialt, psykologisk, psykiatrisk. At der er en primær kontaktperson. Fleksible tilbud som kan trække på hinanden
<ul style="list-style-type: none"> • Undervisning har været godt. Understøtte de hensigtsmæssige familienetværk - tværfagligt/tværasektorielt samarbejde
<ul style="list-style-type: none"> • Styrket tværasektoriel og tværfaglig indsats med borgeren i centrum. Evt. professionelle netværksmøder, der styres og tager udgangspunkt i brugerens behov med det private og professionelle netværk
<ul style="list-style-type: none"> • Tydelighed. Forklare fra start at pårørende kan være lige så vigtige for behandling som medicin. Skrive i indkaldelsesbrevet til første samtale, at det er nødvendigt at pårørende deltager i en del af samtalen
<ul style="list-style-type: none"> • Fastholde folk i arbejde • Forløbsansvarlig?
<ul style="list-style-type: none"> • Ressourcer - fortsat rammen og muligheder for at pt. syn på sagen får fokus. Fortsat

fokus på dette, så vi ikke udelukkende møder pt. med de højt specialiserede brillen.
<ul style="list-style-type: none"> • Gode erfaringer med netværksmøder med tydelighed, forventningsafstemning, samarbejde omkring opstillede mål for borgeren. • Gode erfaringer med tæt samarbejde mellem regionspsykiatri og socialpsykiatri
<ul style="list-style-type: none"> • Mange super gode eksempler, både brugerorienteret, kvalitetsevaluering og i målarbejde
<ul style="list-style-type: none"> • Strukturerede/faste planlagte samarbejds møder mellem borgeren, pårørende, kontaktpersoner og regionspsykiatri. Alle (region og kommune) arbejder mod samme mål, er meget virksomt.
<ul style="list-style-type: none"> • Faste mødetidspunkter m. pårørende – tydelighed fra personalets side om at pårørende forventes inddraget Pårørende kan <u>altid</u> inddrages. Personalet kan altid tage imod info.
<ul style="list-style-type: none"> • Tidlig inddragelse af pårørende • Forventningsafstemning • Højt informationsniveau • Respekt, samarbejde og anerkendelse
<ul style="list-style-type: none"> • Tid til møde med pårørende er godt givet ud. Forventningsafstemning, anerkendelse af de gode intentioner og af pårørendes ressourcer
<ul style="list-style-type: none"> • Dagbehandling har i Skive vist, at pt. og pårørende i langt højere grad involveres i behandlingen
<ul style="list-style-type: none"> • Undgå indlæggelse – godt med daghospitalet, der afhjælper den syge
<ul style="list-style-type: none"> • Inddragelse giver mening ift. praksis da borgeren på denne måde bevarer sine egne drømme og ud fra disse sætter egne mål – afgørende med delmålsætning
<ul style="list-style-type: none"> • Vigtigt at vi i behandlingspsykiatrien bliver mere tydelige overfor pt. om hvad de kan få hos os – hvad er tilbuddet
<ul style="list-style-type: none"> • OPUS
<ul style="list-style-type: none"> • Klæde forældre/pårørende på til at klare den psykisk syge
<ul style="list-style-type: none"> • Klare værdimæssige tilkendegivelser af at pårørende og brugere gøres/indviteres ind som aktive bidragsydere • Nye brugertype med mange ressourcer
<ul style="list-style-type: none"> • Gode erfaringer ift. når forældre til børn med psykisk sygdom får tilbudt kurser og vejledning ved relevant fagperson – resulterer i langvarige/langsigtede muligheder for trivsel hos barnet og evt. forebyggelse af udvikling af andre psykiske lidelser
<ul style="list-style-type: none"> • Forældrene får egen behandling eks. angst osv.
<ul style="list-style-type: none"> • Vigtigt at der er kontinuitet i forløbene – f.eks. at der er mulighed for telefonisk kontakt i efterværnet og indlæggelse/udredning
<ul style="list-style-type: none"> • Forældre kurser – bla. Autismeområdet og børn
<ul style="list-style-type: none"> • Inddragelse af recovery-orientering som metode hvor man følger brugeren/patienten på en måde, så de er med udgangspunkt i brugerens/pt.'s egne håb og drømme
<ul style="list-style-type: none"> • Større tilgængelighed • Målrettethed • 4 ugers forløb, højskoleophold
<ul style="list-style-type: none"> • Når vi laver tidlige indsatser på tværs af tilbuddene, når vi kører pen-løb og tænker hele vejen rundet om pt./klienten. Vi laver procedurer hvor behandlingsplanen er omdrejningspunktet for behandlingen – med delmål og næste tiltag afstemmes med klienten/borgeren
<ul style="list-style-type: none"> • Mentorpatient/mesterlære ved anden patient – hjælpe pt. til den gode indlæggelse/udskrivning

<ul style="list-style-type: none"> • Patientkompetencer • Inklusion fra starten • Pt. laver dagsorden til lægemøderne evt. med kontaktperson
<ul style="list-style-type: none"> • Samarbejdet med pt./pårørende med respekt for pt.'s integritet/medbestemmelse er udviklet meget i de år, hvor en stigende del af behandlingen sker ambulant – forståelse og ansvar hos pt. er blevet bærende elementer
<ul style="list-style-type: none"> • Man når ikke længere end pt. selv vil. Derfor er dialog og inddragelse af pt. i behandlingsprocessen og udfærdigelse af behandlingsplaner helt afgørende
<ul style="list-style-type: none"> • Den fælles behandlingsplan • Ikke være "privat-praktiserende" ambulantbehandler • Dele i teamet
<ul style="list-style-type: none"> • I privat praksis (speciallæge) tages pårørende med efter pt.'s ønske
<ul style="list-style-type: none"> • Der er meget få erfaringer, da der er berøringsangst for at ligge fokus på den enkelte pt. – altså at de selv kan gøre noget ved det underforstået – det er ens egen skyldt man sidder i "lortet".
<ul style="list-style-type: none"> • Gode erfaringer med bostøtte-medarbejdere fra kommunen • Væresteder for psykisk syge fungerer godt • Misbrugsproblematik
<ul style="list-style-type: none"> • Pårørendesamtaler er blevet en naturlig del af hverdagen
<ul style="list-style-type: none"> • Der er projekter i somatikken i Horsens – kan vi lære noget der? • Pt./pårørende gør selv meget af det behandleren gør
<ul style="list-style-type: none"> • Man skal så vidt muligt følge pt.'s ønsker.
<ul style="list-style-type: none"> • Hurtig indsats • Åben skadestue • Kendskabet til systemet skal bedres
<ul style="list-style-type: none"> • Bruger-pårørendeundersøgelser • Relationsarbejde i Herning – meget større inddragelse af pt. i egen behandling
<ul style="list-style-type: none"> • I psykologpraksis viser det sig altid værdifuldt at inddrage nærmeste pårørende både ved udredning og til støtte i behandlingen
<ul style="list-style-type: none"> • Patienttilfredshedsundersøgelser
<ul style="list-style-type: none"> • Tidlig indsats af både bruger og pårørende, lytte til den enkelte, hvad har den enkelte brug for og hjælp til at give slip og ikke putte brugeren ind i en kasse men have brugeren til at fylde værktøjskassen
<ul style="list-style-type: none"> • Det er en fordel for pt. at pårørende bliver inddraget inden behandling, da de kender pt. og kan bedre tolke pt. holdning. Det gælder også selvom pt. er over 18 år
<ul style="list-style-type: none"> • Konsulentbehov fra region til kommune så veje gøres lettere • Bruger vi sundhedsaftalerne godt nok?
<ul style="list-style-type: none"> • At det virker at inddrage, også i akutte sammenhænge • Udfordringen er, at der kan være en tilskyndelse til at beskytte pt. mod den udfordring, der ligger i at blive krævet inddraget
<ul style="list-style-type: none"> • En høj grad af selvforvaltning giver tryghed i forløbet
<ul style="list-style-type: none"> • At der er en kultur, der positivt ønsker en inddragelse • Netværksmøder mellem forskellige sektorer og interessenter
<ul style="list-style-type: none"> • Netværksmøder – hvor repræsentant fra aktører er samlet om en fælles plan så brugeren kan bruge sin tid på at bruge sine færdigheder • At tilgangen i tilbuddene vægter at brugeren er hovedaktør
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Tradition</u> for inddragelse

<ul style="list-style-type: none"> • Større samarbejde/hjælp/medinddragelse
<ul style="list-style-type: none"> • Børnetilbud – spiseforstyrrelser • Psykiatriskole – mange tilbud til psykisk handicapgrupper • Distriktpspsykiatri i Holstebro
<ul style="list-style-type: none"> • Netværksmøder • Bedste vej er at blive taget i hånden • Bostøtte deltager i udslusningen • Inddragelse af de pårørende
<ul style="list-style-type: none"> • Meget vigtigt at pårørende og pt. Er i samspil. I BUC er forældresamarbejdet altafgørende. Behandlingsplaner laves i samarbejde. Hjælp til forældre gennem godt kommunalt samarbejde. At forældre der også har psykisk sygdom hjælpes i voksenpsykiatrien
<ul style="list-style-type: none"> • Tilrettelægge behandlingen mere ud fra pt.'s egne ønsker – ift. evidensbaseret behandling tag højde for pt. Ressourcer og udnyt disse. • Tydeliggør behandlingsmulighederne – mere gennemsigtighed for pt. Omkring behandlingssystem • At når de pårørende inddrages har de ofte meget på hjertet • Pårørende vil gerne inddrages, da de ofte føler, at de står magtesløse. Dog skal her også tages højde for de pårørendes ressourcer. Ydermere skal man være opmærksom på, at inddragelse af pårørende også kræver flere ressourcer fra behandleren
<ul style="list-style-type: none"> • Indsatsen for børn – Bevar Barndommen – er vigtigt
<ul style="list-style-type: none"> • At kontaktperson/behandler er kontinuære personer • At der er klare aftaler for hvem der gør hvad • At pt. er aktiv for at finde sin motivation og mål • At netværk (privat og professionel) organiserer sig
<ul style="list-style-type: none"> • Behandler følger pt. før-under-efter indlæggelse – tæt relation pt.+behandler og inddrager kontaktperson fra socialpsykiatrien • Relationen er udviklende for pt. – pt. indlægges samme sted/afd. i nærområdet hver gang – kendskab til pt. gennem årtier
<ul style="list-style-type: none"> • De lange forløb – relationen er vigtig ift. kontinuitet. • Samlet handlings- og behandlingsplan • Pt. er i centrum med symptomer. Diagnoser er symptomdiagnoser og ændrer sig over tid. Kendskab og lange forløb vil spare ressourcer. Der kan handles hurtigt og hindrer at det bliver mere kompliceret ved at skulle vente. • Vigtigt med fleksibilitet og tilgængelighed – det sparer ressourcer • Pt.'s skift mellem forskellige enheder/behandlere koster ressourcer
<ul style="list-style-type: none"> • At arbejde ud fra kontinuitetsmodel med gennemgående behandlere – relationen er det bærende • Inddragelse af pårørende fra første samtale (forsamtale + statusmøder m.m.) • Aktiv brug af handle- og behandlingsplan • Patientråd og daglig dialog • Arbejde med grupper • Dagbehandling: et tilbud med det ambulante og indlæggelse
<ul style="list-style-type: none"> • En plan til pt. som er patientens plan. På tværs af region og primærkommune • Opmærksomhed på de ord vi bruger: reflektere over ord som patient/borger/et menneske med en psykisk lidelse • Relation mellem mennesker er bærende for at et menneske kan udvikle sig og komme

sig
<ul style="list-style-type: none"> • Pt. skal udvikle en egen identitet og overvinde lavt selvværd for at kunne være aktiv i eget liv
<ul style="list-style-type: none"> • Åbne dagcentre til diagnose og behandling med tværfaglig indsats (psykiater, ergo- og fysioterapi, psykolog, socialrådgiver) • Det er en fordel at have en postnr. inddeling af pt. og ikke en diagnoseinddelt – postnr. inddelingen styrker samarbejde mellem behandling og socialpsykiatri • Kontinuitet i forløbet fra egen læge til distriktspsykiatri til afd. og tilbage. Samme behandler i distriktspsykiatri og sengeafd. – behandler kender pt. gennem mange år

Hvordan kan vi få patienter og pårørende til at tage et større ansvar for egen behandling og helbredelse?

<ul style="list-style-type: none"> • Giver tilpas støtte og hjælp i tilstrækkelig lang tid mhp. at klæde pt. på til at tage ansvar for eget liv og behandling
<ul style="list-style-type: none"> • Pt. skal selv opsøge læge og psykolog. Klæd pt. på til at tage ansvar. Vandring. Sejle, motorbåd, motion og natur
<ul style="list-style-type: none"> • Hvordan lære pt. at ansvar for egen behandling? Vandring som terapi
<ul style="list-style-type: none"> • Hjælpe pt. til at få indsigt via udd./kurser
<ul style="list-style-type: none"> • Højere grad af inddragelse. • Dialog
<ul style="list-style-type: none"> • Ved at signalere åbenhed og forventning om samarbejde
<ul style="list-style-type: none"> • Skivemodel – processamarbejds møde (pt., pårørende + alle der hjælper til). Er ikke et tilbud men del af tilbuddet. Ligner åben samtale – modellen
<ul style="list-style-type: none"> • En overvejelse er hvorledes vi kommer til at være et tilbud til pt. og pårørende inden de er kommet i gang med et langvarigt forløb. Altså forebyggelse frem for behandling!
<ul style="list-style-type: none"> • Give større indsigt via netoplysning. Mere målrettet info. Forløbskoordinatorer for de svære pt. med mange forskellige kontakter. Fastholde pt. på arbejdsmarkedet
<ul style="list-style-type: none"> • Ved at inddrage dem i behandlingsplanernes målformulering. Det er vigtigt at arbejde rehabiliterende med meningsfulde mål for borgerne. Så må fagprofessionelle bruge ressourcerne på at hjælpe/støtte borgerne i målet
<ul style="list-style-type: none"> • De professionelle skal tydeligt udtrykke forventning til at pt. er ekspert i eget liv – ved bedre, og anerkende og bidrage med faglighed. Brug den amerikanske recovery-model, hvor pt. forud for psykiatersamtale udfylder spm. vedr. eget liv, som er vigtigt ift. behandling
<ul style="list-style-type: none"> • Borgeren som en del af handleplanen/indsatsen. I indkaldelsesbrevene skal der stå en mere direkte opfordring. Mestringsstrategi. Pårørendeundervisning
<ul style="list-style-type: none"> • Sammen med pt. få tydeliggjort hvilke problemer pt. har. Støtte og hjælp til overskuelighed af problemerne. Hvem tager sig af hvilke problemer. Klar og tydelig behandlingsplan
<ul style="list-style-type: none"> • Ved at give dem lov. Turde lytte til hvad de siger. Fralægge os rollen som eksperter • Vi skal forpligte klienterne med hensyn til de aftaler der udstikkes i handlingsplanen. Vi skal blive bedre til at koordinere handlingsplaner med andre samarbejdspartnere.
<ul style="list-style-type: none"> • Kontraktlignende handleplaner. Indsats på tværs – tvungen koordination mellem siloer og sektorer. Matrix
<ul style="list-style-type: none"> • Vigtigt at vores tilbud koordineres med kommunens, hvor det er relevant. Hvis pt. gerne vil "noget" men det kræver støtte, er det vigtigt at vi er realistiske ift. kommunens tilbud

<ul style="list-style-type: none"> • Nedbryde barrieren til de professionelle. "Den lukkede dør", tale med – ikke om!
<ul style="list-style-type: none"> • Vigtigt med information/drøftelse med pt. om deres livssituation, så de bedre kan udvælge områderne de kan tage ansvar for
<ul style="list-style-type: none"> • Det er svært at få pt. og pårørende til at tage et større ansvar når mange pt. og pårørende har et misbrug og/eller inden ressourcer har selv
<ul style="list-style-type: none"> • Ved at gå mere til dem – altså sige det direkte til dem – lige på og hårdt.
<ul style="list-style-type: none"> • Behandlingsplanen er vigtigt omdrejningspunkt • Støtte/skubbe – ikke overtage ansvaret, have fat i netværket • Behandlingsfokus – ansvar for eget liv • Aftaler i gode faser – så går det også i de dårlige faser
<ul style="list-style-type: none"> • Afstigmatisere, så det bliver naturligt at søge hjælp for psykisk sygdom. • Se at psykisk sygdom som andre sygdomme og er en del/kan være en del af at være menneske. Der er helt overvejende en vilje til at være rask. Der er kimen til samarbejde
<ul style="list-style-type: none"> • Blød op på tavshedspligten, når pt. giver tilladelse
<ul style="list-style-type: none"> • Tage udgangspunkt i pt. egne ressourcer – pt. kan fungere som mentorer for hinanden ift. at begå sig på en psykiatrisk institution. • Bedre til at tage imod førstegangspatienter mhp. at "lære" dem gangen/livet på en institution og igen mhp. udskrivning • Mangler tilbud til pt. mens de er indlagt – læring/uddannelse • Mangler "mulighedsrum" for at pt. kan udvikle sig og komme videre og måske ud af deres diagnose • Vigtigt fra kommunernes side at der er kort vej til psykiatrisk indlæggelse, men også igen gode muligheder for at komme videre i passende tilbud i kommunalt regi efter udskrivning • Med ønske om at pt. tager større ansvar for sig selv er meget dialog og dermed tryghed meget vigtig
<ul style="list-style-type: none"> • Fortælle dem om deres prognose – giv håb/realisme (nogle kan komme sig) og hvad de selv kan gøre • Minus berøringsangst – lær af somatikken
<ul style="list-style-type: none"> • Giv dem mulighed for at have en livline, at kunne få hjælp når de har nået kanten for hvad de magter, så kan de bedre agere indenfor kanten • Viden om deres egen situation og træning ift. egne problemer kan øge mulighederne for at tage ansvar for eget problem uden at de nødvendigvis bliver løst. Lære at leve med dem og håndtere dem
<ul style="list-style-type: none"> • Uddannelse/oplysning af pårørende og pt. Hvordan skabes god sammenhæng (hurtig) mellem behandling og social opbakning?
<ul style="list-style-type: none"> • En recovery-tilgang – se på ressourcerne (menneskelige) selvom der gives en diagnose
<ul style="list-style-type: none"> • Skolebænken
<ul style="list-style-type: none"> • Viden for pårørende med perspektiv m.v. ift. pt.
<ul style="list-style-type: none"> • Vi skal være tydeligere omkring hvad vi tilbyder
<ul style="list-style-type: none"> • Gennemskuelighed: at systemet kan forebygge og derved skabe tryghed
<ul style="list-style-type: none"> • Ved at møde dem som individuelle (unikke) og ikke i for høj grad som "her gør vi sådan..." – dvs. lytte
<ul style="list-style-type: none"> • Ved at det offentlige <u>ikke</u> tager ansvaret, men forventer at pt./pårørende tager ansvaret – dog et dilemma: nogle pt. synes ikke selv, de skal have behandling. Fagpersonen tager forældre og børns viden alvorligt

<ul style="list-style-type: none"> • Det er vigtigt at få defineret hvad det vil sige at være hovedaktør når man en psykisk lidelse og i forskellige stadier. F.eks. brug af trafiklysmodellen rød/gul/grøn – man kan have et ansvar i de gode ”grønne” perioder. Skal have mere støtte i den ”gule” periode. I den psykotiske ”røde” periode er det måske vigtigt at pt. ikke er i stand til at tage det store ansvar
<ul style="list-style-type: none"> • Ved at tage emnet på med brugere og pårørende og gøre dem opmærksomme på, at frihed hænger uløseligt sammen med ansvaret. Man kan ikke både påberåbe sig andres selvbestemmelse og ansvar – og samtidig kræve det selv. Det kalder på samarbejde og sam-ansvar
<ul style="list-style-type: none"> • At vi tror på deres ressourcer også når de er dårlige • At vi kan graduere inddragelse efter behov • Ved undervisning der øger indsigt i tilstanden
<ul style="list-style-type: none"> • Samarbejde fra de professionelles side
<ul style="list-style-type: none"> • Ressourcepræget tilgang • Skabe større overskuelighed for pt. • Tabuerne skal nedbrydes ellers kommer de pårørende ikke • Uddanne arbejdsgiver • Unge frivillige til at hjælpe f.eks. OPUS
<ul style="list-style-type: none"> • Den aktivt syge/svært syge kan <u>ikke</u> være initiativtager/tovholder i samarbejdet
<ul style="list-style-type: none"> • Flere tilbud
<ul style="list-style-type: none"> • Ved at inddrage både pt. og pårørende allerede ved indlæggelse og igennem hele forløbet. • At behandlingsplaner og fremtidsplaner generelt nedskrives og udleveres til især pt., men også pårørende hvis pt. ønsker det • Vigtigt, at der er et hurtigt fungerende netværk, når en borger går fra at være subklinisk til behov for akut hjælp
<ul style="list-style-type: none"> • En koordinerende indsats på tværs af sektorer, som går hånd i hånd med den person der har lidelsen og de pårørende
<ul style="list-style-type: none"> • Fortsætte med at tænke på at udvikle dialogen • Undervisning/viden/netværk
<ul style="list-style-type: none"> • Projektet det integrerede forløb med SFI • Fokus og udbygning af psykiatrisk rehabilitering. Nogle føler sig stigmatiseret ved at skulle i socialpsykiatrien
<ul style="list-style-type: none"> • Kendskab til valgmuligheder • Sygdomsforståelse
<ul style="list-style-type: none"> • Ved at skabe en relation • Ved at skabe håb og forventning • Mulighed for at bygge op over tid
<ul style="list-style-type: none"> • Ressourceorienteret fokus på den enkelte • Tage afsæt i den enkelte som menneske, tilrettelægge forløbet individuelt i samarbejde med pt.
<ul style="list-style-type: none"> • Mulighed for mere oplysning ex. Pårørendegrupper • Klare mål for hvad man ønsker af behandlingen – livskvalitet, arbejde, uddannelse osv.
<ul style="list-style-type: none"> • Forståelse af at de selv kan gøre noget • Der er en generel forståelse/opfattelse af at ansvaret ligger hos behandleren
<ul style="list-style-type: none"> • Inddragelse i så stort omfang som muligt • Tage afsæt i pt. problematikker og værdier

<ul style="list-style-type: none"> • Tilrettelægge behandlingen med udgangspunkt i pt. familie og ressourcer
<ul style="list-style-type: none"> • Vores udgangspunkt er at pt. og pårørende faktisk tager ansvar. Hvis ikke så er der grunde til det
<ul style="list-style-type: none"> • Vigtigt med et teoretisk afsæt der har fokus på ressourcer • Hvordan bruger vi sproget – hvordan understøtter vi at pt.'s egne overvejelser kommer i spil. Er vi kloge nok i kommunikationen
<ul style="list-style-type: none"> • Motivation • Klarhed og tydelighed ift. hvad behandlingen går ud på
<ul style="list-style-type: none"> • Tydeliggør hvad der forventes af dem, og hvilket ansvar de skal tage
<ul style="list-style-type: none"> • Pt. og pårørende skal have mulighed for større indflydelse på deres egen behandling. Psykiatriskolen skal ikke kun bestå af behandlere der skal undervise pt. og pårørende, men også pårørende og pt. der underviser behandlere – kommunikationen skal gå begge veje og have respekt for pt. som menneske
<ul style="list-style-type: none"> • Der kan opnås større gevinster ved at de pårørende i højere grad får viden om hvordan henholdsvis den primære og den sekundære sektor hænger sammen

Hvor går grænsen for inddragelsen af patienterne og deres pårørende?

<ul style="list-style-type: none"> • Grænser er når familien blander sig for meget i behandling af patienten eller pt. siger fra overfor familien - Når det vurderes at de pårørende er en del af sygdommen
<ul style="list-style-type: none"> • De pårørende skal altid være pårørende
<ul style="list-style-type: none"> • Grænsen går ved tvangsbehandling
<ul style="list-style-type: none"> • Grænserne kan flytte sig undervejs, men grænsen går der hvor de kan følge med, føler det som en anerkendelse og ikke "overgreb"
<ul style="list-style-type: none"> • En udfordring når pt. er total afvisende overfor pårørende inddragelse og er stærk psykotisk/selvskadende m.m.
<ul style="list-style-type: none"> • Pt. kan være for dårlige
<ul style="list-style-type: none"> • Have vores faglighed for øje og vurdere hvornår vi som fagpersoner tager over, støtter pt., støtter pårørende osv. Altid vurdere herpå og på de faglige begrænsninger
<ul style="list-style-type: none"> • Det er et dilemma – der kan være områder, der er svære eks. ift. medicinering/tvang
<ul style="list-style-type: none"> • Ved omsorgssvigt – de professionelle skal kun tage over ved alvorlig krise
<ul style="list-style-type: none"> • Vi skal være bevidste om, hvor meget ansvar pt. og pårørende kan bære
<ul style="list-style-type: none"> • Er der en grænse? Den lægelige del er selvfølgelig udenfor, men inddrag pårørende
<ul style="list-style-type: none"> • Det er vigtigt at respektere pt. ønsker og behov. Vigtigt med en god behandlingsalliance med pt.
<ul style="list-style-type: none"> • Frivillighed
<ul style="list-style-type: none"> • Det er en hjælp til pt. og pt. der vælger hjælp/inddragelse
<ul style="list-style-type: none"> • Tænker det er afgørende at alle inddrages i deres egen sag og behandling af denne
<ul style="list-style-type: none"> • Tavshedspligten kan hindre inddragelse af pårørende
<ul style="list-style-type: none"> • Tydeligere hvem der skal inddrage hhv. pt. og pårørende – kommune, region, andre
<ul style="list-style-type: none"> • hvad er kommunens opgave m.v. og sikre samarbejde mellem de forskellige aktører om pt.
<ul style="list-style-type: none"> • Invaliderende forløb hvor borgeren ikke kan overskue konsekvenser, ønsker og behov
<ul style="list-style-type: none"> • Vigtigt at vi anvender vores faglighed, og samtidig med at pt. mål og drømme kan bevares. Delmål
<ul style="list-style-type: none"> • Det er vigtigt ikke at love noget på andre instansers vegne
<ul style="list-style-type: none"> • Børn skal ikke varetage deres forældres psykiatriske vanskelighed/behov
<ul style="list-style-type: none"> • Når borgerne siger nej tak

<ul style="list-style-type: none"> • Der hvor de pårørende ikke kun er pårørende, men også behandlere eller støttepersoner
<ul style="list-style-type: none"> • Ikke forskellig fra somatik
<ul style="list-style-type: none"> • Dialog nødvendig forudsætning for at kunne klare mere selv • Tilgængelighed
<ul style="list-style-type: none"> • Mangler "mulighedsrum" for at pt. kan udvikle sig og komme videre og måske ud af deres diagnose • Vigtigt fra kommunernes side at der er kort vej til psykiatrisk indlæggelse, men også igen gode muligheder for at komme videre i passende tilbud i kommunalt regi efter udskrivning • Med ønske om at pt. tager større ansvar for sig selv er meget dialog og dermed tryk meget vigtig
<ul style="list-style-type: none"> • Nogle er for syge og psykotiske så de mister realitetsfølelsen • Der hvor man ikke kan forsvare at lade være
<ul style="list-style-type: none"> • Den er flydende, men de skal ikke inddrages (bestemme) når det handler om medicin og indlæggelse
<ul style="list-style-type: none"> • Der er vel ingen grænse
<ul style="list-style-type: none"> • Man skal tage højde for individuelle forskelle – også ift. lidelserne – og respektere når pt. siger fra, og ikke ønsker pårørende inddraget
<ul style="list-style-type: none"> • Pt. skal altid inddrages i det omfang det overhovedet er muligt og ikke blive et overgreb. De pårørende i den grad pt. kan acceptere det
<ul style="list-style-type: none"> • Ved pt. grænse. Ofte er de pårørende en del af problemet
<ul style="list-style-type: none"> • Det er den enkelte pt. der afgør dette i henseende af kulturen kan der være store problemer med dette • Inddragelse af arbejdsgiver
<ul style="list-style-type: none"> • Graden af sygdommen (perioden)
<ul style="list-style-type: none"> • Selv den mest syge kan være med til at sige hvad der kan hjælpe bedst til at bevare selvkontrol og hvilke aktiviteter der kan hjælpe – selv når man bliver tvangsbehandlet – erfaringer fra mestringsprojektet i Regionspsykiatrien Vest/gennembrudsprojekter vedr. tvang
<ul style="list-style-type: none"> • Når pt. er i stand til selv at deltage og selv ønsker at deltage
<ul style="list-style-type: none"> • Ved psykisk handicap ønsker man måske netop at kunne trække sig
<ul style="list-style-type: none"> • Pårørende skal have mulighed for at trække sig
<ul style="list-style-type: none"> • Ved større afstand mellem behandlingssted og hjemsted/hjemkommune bl.a. som følge af specialiseringen
<ul style="list-style-type: none"> • Livstruet – der kan blive tale om tvang hvis pt. er til fare for sig selv eller andre
<ul style="list-style-type: none"> • Faglige hensyn
<ul style="list-style-type: none"> • Pt. – afhængig af alder og psykisk lidelse (kompleksitet) så er pt. altid inddraget og pårørende back-up
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnose og psykofarmakologisk behandling skal fortsat foretages af læger. Her skal der være centrale guidelines for standardbehandling og diagnosticering • Pt. skal styrkes i at skabe netværk – foreninger – og de skal have valgmuligheder i dagligdagen

Hvordan kan vi styrke kvaliteten i behandlingen?

Hvilke igangværende initiativer for at forbedre kvaliteten bør fortsættes/udbygges?

<ul style="list-style-type: none"> • Udredning – rigtig diagnosticering fra starten. • Fortsat fleksible tilbud • Mobilteams er godt – lokale tilbud • Ikke slås om pt. ud fra "diagnoser"
<ul style="list-style-type: none"> • Obs på hvad er medicinering - medicin, motion, kost = sund levevis • Obs på diagnoser – bruge viden der eksisterer ift. brugers opvækst • Obs på at psykiatriske lidelser kan kureres – ikke stationære
<ul style="list-style-type: none"> • Læring af utilsigtede hændelser • Uddannelse/kvalificering af læger, personale
<ul style="list-style-type: none"> • Kompetenceudvikling • Forskning
<ul style="list-style-type: none"> • Samarbejde på tværs • Inddrage pt. i hvad der er kvalitet
<ul style="list-style-type: none"> • Fælles "redskaber" ift. at stille diagnoser • Brede kendskab til andre med samme arbejdsområde = vidensdeling
<ul style="list-style-type: none"> • Psykiatere arbejde mere på tværs med psykologer – læger!!! Dele viden med hinanden • Klæde medarbejdere på til at klare de opgaver der er
<ul style="list-style-type: none"> • Lidt mere sparringspartner, tværfaglig dialog, for at få større viden • Supervision
<ul style="list-style-type: none"> • Kommuner bremses – regionerne skal lave fælles kriterier • Utilsigtede hændelser (medicin) skyldes stress! Forskellige medicinlister – kan pt. selv være med til kontrol? • I skolerne fokus på misbrugte/omsorgssvigtede • Opprioritere skolepsykologerne
<ul style="list-style-type: none"> • Bedre udredning/undersøgelse, tests m.v. mhp. en konkret diagnose og dermed den kvalificerede behandling
<ul style="list-style-type: none"> • Tættere samarbejde mellem behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien – eks. kan man måske ikke få udleveret medicin medmindre man samtidig forpligter sig til at deltage i sundhedsfremmende tiltag – motion, kostvejledning
<ul style="list-style-type: none"> • Bedre samarbejde mellem somatik og psykiatri • Hurtigere kommunikation ang. medicinændringer
<ul style="list-style-type: none"> • Behandlingspakker • Sammenhængende pt. forløb • Kompetenceudvikling = dygtigere personale
<ul style="list-style-type: none"> • Sundhedsfremmende forebyggelsesstrategi
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostik på tværs af somatik/psykiatri • Større synlighed på forløbsprogrammer og ydelser på tværs • Patientoplevelse kvalitet frem for DDKM-standarder • Motion skal anerkendes som behandling – der er evidens • Ansæt motionsvejledere som supplement til psykiateren
<ul style="list-style-type: none"> • Prioritering af kvalitetsarbejdet – tydelig ledelse • Fokus på KRAM-faktorerne
<ul style="list-style-type: none"> • På tværs af sektorer lave en overordnet behandlings/handleplan (§ 141) • Fokus på at lave landsdækkende aftaler/ensretning for hvilken behandling der skal tilbydes ift. hvilken diagnose/funktionstab
<ul style="list-style-type: none"> • Fortsat fokus på elementer som sund livsstil, medicinering, men der skal være rollemodeller der kan gå forrest • Fortsat arbejde med utilsigtede hændelser ift. at skabe læring
<ul style="list-style-type: none"> • Samarbejdet mellem kommune, kriminalforsorg og region bør optimeres
<ul style="list-style-type: none"> • Indsats for at undgå udeblivelse og afbud
<ul style="list-style-type: none"> • Fællesteams skal leve op til sundhedsaftalernes målsætninger/krav • Behandling i tæt samarbejde fx psykiatri/misbrug/somatik m.v.
<ul style="list-style-type: none"> • Tættere samarbejde mellem instanser der skal hjælpe og støtte pt. • Flere støtte/kontaktpersoner

<ul style="list-style-type: none"> • Den rigtige indsats på det rigtige tidspunkt – "skal der diskuteres rygestop når man er indlagt i 14 dage for en depression?"
<ul style="list-style-type: none"> • Det er en stor udfordring at få diagnosticeret borgeren rigtigt, og en stor udfordring med hensyn til at behandle borgere med dobbeltdiagnose rigtigt
<ul style="list-style-type: none"> • Mere inklusion og samarbejde mellem somatik og psykiatri samt samarbejde mellem kommunernes rusmiddelbehandling og psykiatri om den enkelte borger/pt.
<ul style="list-style-type: none"> • Samspil mellem behandlingsfaglig og socialfaglig indsats – det ene må ikke udelukke det andet
<ul style="list-style-type: none"> • Mobile angst/personlighedsteams. De angste patienter har svært ved at flytte sig
<ul style="list-style-type: none"> • Dobeltdiagnose-projektet i Skanderborg Kommune – især fællesteamet
<ul style="list-style-type: none"> • Flere og bedre netværksmøder hvor en person bliver tovholder ift, til pt. og følger op!
<ul style="list-style-type: none"> • Standarder • Følge med ud efter indlæggelse (konsulentfunktion) på behandlingsstedet vil minimere indlæggelse
<ul style="list-style-type: none"> • Måske bedre uddannelse af de praktiserende læger; f.eks. så lægerne ved hvad tvang er for noget. • Ligeledes oplever vi, at de praktiserende læger f.eks ikke må udskrive medicin, og her skal der så bruges en psykiater • At der er lige linje i den sundhedsfaglige del. Der kan være for stort gab fra psykiatrien til et lokalt kommunalt tilbud
<ul style="list-style-type: none"> • Lettere adgange i forbindelse med overgange mellem sektorer
<ul style="list-style-type: none"> • Forløbsprogrammer – understøtter diagnose og social behandling
<ul style="list-style-type: none"> • Initiativerne bør hænge sammen på tværs af sektorer fx Danske Regioner foreslå sundhedstjek af alle, det "koster" ressourcer i kommunerne. Derfor skal det koordineres så der er fokus på det samme i de to sektorer, og der kommer bevillinger til begge dele hvis der skal ske en satsning
<ul style="list-style-type: none"> • Integreret indsats for sindslidende med misbrug – er et projekt der kommer til at kigge på samarbejdet internt i kommuner og samarbejdet med regionspsykiatrien. Håber der kommer nogle øjenåbnende perspektiver
<ul style="list-style-type: none"> • Uddannelse af personale i fx misbrug • Helbredstjek hos egen læge • Psykiatriske pt. har "anspændt" forhold til egen læge • Patienterne er skeptiske overfor pakkeforløb = det er nødvendigt med en individuel tilgang
<ul style="list-style-type: none"> • Lade lægesekretærer være med til konsultationerne på f.eks. afdelinger. Der laves referat som godkendes af alle parter = lægen mere konsultationstid, færre misforståelser = færre patientklager
<ul style="list-style-type: none"> • Cafémøder med sundhedspersonale. • Let adgang • Tryghed • Dialog på tværs af sektorer og personale
<ul style="list-style-type: none"> • Lægetjek i handleplan • Rygestopkurser specielt rettet mod psykiatriske pt. • Sundhedstjek af læger hos væresteder
<ul style="list-style-type: none"> • Indsats ift. tvungen sundhedstjek af psykisk syge (rygestop, væggtab m.v.)
<ul style="list-style-type: none"> • Medicinsk rådgivning/vejledning fx SMS/tlf/mail • Styrke praksissektoren vedr. behandling, psykoterapi og screening
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnose – hurtig afklaring

<ul style="list-style-type: none"> • DR's rapport viser gode takter
<ul style="list-style-type: none"> • Samarbejde med praktiserende læger udbygges • Udbygge en somatisk nøglepersonsfunction • Retningslinjer vedr. somatisk sygdom, KRAM, m.m.
<ul style="list-style-type: none"> • Samarbejde omkring pt. for hospital og bostøtter – skal evt. være forpligtende og obligatorisk
<ul style="list-style-type: none"> • Udvide muligheder for hurtig udredning – udredningscentre?
<ul style="list-style-type: none"> • Der bliver taget for "mildt" på pt. De bliver ikke presset nok til at spise/drikke samt dyrke motion. Vi taler om at "lokke" dem til en sundere livsstilsførelse. Tilbuddene er gode nok, såsom idræt og ergoterapien på AUH, Risskov. (KRAM)
<ul style="list-style-type: none"> • Tidlig opsporing (ex. OPUS) • Psyk.Info – information om tidlige symptomer på psykisk sygdom – øget kendskab til psykisk sygdom i befolkningen
<ul style="list-style-type: none"> • Sundhedssamtaler med den enkelte – aktuelt på retspsyk; ergo- og fysioterapeuter har samtaler hver 3. måned med pt. omkring KRAM
<ul style="list-style-type: none"> • Somatisk behandlertgang
<ul style="list-style-type: none"> • Idrætsgrupper i kommuner • Samarbejde på tværs af faggrupper
<ul style="list-style-type: none"> • Basisstandard på børn- og ungeområdet • Monitorering (er i gang i de små...)
<ul style="list-style-type: none"> • Se på den enkeltes ressource og ikke kun diagnose • Tage op til vurdering hvornår brugeren kan få slettet den diagnose, som man måske fik for mange år siden. Diagnosen fylder for meget
<ul style="list-style-type: none"> • Sundhedstiltag som tager højde for, at psykisk lidelse kan "sløve" billedet • Årlige sundhedstjek inddrages i socialpsykiatrien • Midler til uddannelse af psykiatrisk personale
<ul style="list-style-type: none"> • Samarbejde på tværs af sektorer (regelmæssige møder ml. primær og sekundær sektor gavner – når samarbejdet går i "hårdknude")
<ul style="list-style-type: none"> • Indsats med følgeskab til årsundersøgelse i somatisk regi/egen læge
<ul style="list-style-type: none"> • Fokus på fælles referenceramme der tager af afsæt i funktionsniveauet. f.eks. ICF. Mere behovsorienteret aktivitets- og funktionsfokus
<ul style="list-style-type: none"> • Bevilligende myndigheder bør vurdere borgerens støttebehov uden kun at skele til diagnose – se på beskrivelsen af den enkeltes funktionsniveau – se det enkelte menneske, ikke kun diagnose!
<ul style="list-style-type: none"> • Muligheden for at registrere utilsigtede hændelser i alle dele af sundhedsvæsenet og blandt brugere
<ul style="list-style-type: none"> • Tilbud til spiseforstyrrede • OPUS
<ul style="list-style-type: none"> • Helhedsorienteret tilgang • Tilgængelighed – afklaring/diagnosticering centraliseres, behandling/opfølgning lokalt eller centralt hvis behov for specialbehandling
<ul style="list-style-type: none"> • Lette overgang fra barn eller voksen • Helhedsorienteret tilgang til pt. • Kombination af specialisering og det praksisnære
<ul style="list-style-type: none"> • Samarbejde med praksissektor • Udbygning af personalets sikkerhedsorganisation • Evidensbaseret behandling

<ul style="list-style-type: none"> • Pointe at der skal være fokus på både fysisk og psykisk sygdom • Videreuddannelse, træne i at diagnosticere • Man skal være rigtig dygtig alment
<ul style="list-style-type: none"> • Sikre at allerede eksisterende retningslinjer bliver fulgt • Starte og evaluere forskellige tiltag ifm. at forbedre kost og motion
<ul style="list-style-type: none"> • Evidensbaseret behandlingsformer i fokus • Bedre og bredere kontakt m. praktiserende læge • Forskning af behandlingseffekt • Følge retningslinjer der ligger i forvejen ift. somatiske problematikker
<ul style="list-style-type: none"> • Praktiserende læger kan inddrages mere i shared care modeller, hvor patienter får fx. behandling ved psykolog i psykiatri og medicinsk behandling ved egen læge • Der er ikke en skillelinje ml. psykiske lidelser og somatiske livsstilssygdomme – vi oplever at der er for få ressourcer til at give en målrettet fx psykologisk behandling mod den psykiske lidelse, som er årsag til at pt. ikke får nattesøvn, overspiser, mangler initiativ, isolerer sig
<ul style="list-style-type: none"> • Miljøterapi, relationsbehandling og fleksibilitet – skabe motivation, udvikling, håb, samarbejde • Se på mindste middelsprincip – kreativ hjælp, fleksibel tilgang • Fokus på somatisk udredning
<ul style="list-style-type: none"> • Arbejde videre med udvikling af relationer • Udvikling af fleksibilitet – være obs på pt.'s individuelle behov • Stigende rummelighed for plejepersonaler • Uddannelse af plejepersonale f.eks. kommunikation til forebyggelse af vold
<ul style="list-style-type: none"> • Afklaringsklinik – udnytte specialistviden selvom der er lange afstande. • Konference over video omkring en kompliceret pt.
<ul style="list-style-type: none"> • Projekter på tværs af region/kommune – ex. "Integrerede forløb" i Holstebro kommune • Mestring og relationsarbejde • Livsstilscafeer
<ul style="list-style-type: none"> • Fastholde at kvalitet er et bredt begreb – ikke kun noget der kan nedskrives i standarder, men også i form af den iboende essens der finder i ydelser og i kontakter mellem mennesker • Kvalitet er ikke kun organisatorisk og målbar – det er også unikke oplevelser forbundet med den situation, som fordrer at tænke netop det, der ikke står i retningslinjen
<ul style="list-style-type: none"> • At både kommune, region og stat lever op til handicapkonventionen • At de fysiske sygdomme tages med i helhedsbilledet
<ul style="list-style-type: none"> • Mulighed for adgang til hinanden
<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitet er også at pt. som er indlagte har adgang til natur, motion, luft og dyr. Meget af helbredelsen er ikke kun medicin men også livsværdi og samtale – at blive set • Der skal arbejdes på retningslinjer/standarder for diagnose og behandling inklusiv fleksibilitet • Arbejdet for at styrke mennesker med psykiske lidelsers indflydelse på udvikling og kvalitetsmonitorering • Styrkelse af samarbejdet med somatiske afd. for at sikre tidlig diagnose og optimal behandling af somatiske sygdomme i psykiatrien • Voldsforebyggelse – decentraliseret med hyppige (ca. 4) træningsdage om året • Visitation i lokalområdet således at behandler kender pt. godt og sikrer tidlig intervention

- EPJ skal forbedres og styrkes, så det hjælper arbejdet i dagligdagen
- Kontinuitet i behandlingen – med tæt samarbejde mellem behandlings- og socialpsykiatrien
- Supervision og støtte af/og til behandlere og plejepersonale for at forebygge at personalet ikke bliver stresset og brænder ud

Er der områder af kvalitetsarbejdet, der bør være større fokus på?

<ul style="list-style-type: none"> • Mere tydelighed i ledelsen af kvalitetsområdet
<ul style="list-style-type: none"> • Generel helbredsundersøgelse
<ul style="list-style-type: none"> • Undervisning i skoleområdet, så lærerne kan opdage/indberette evt. problemer
<ul style="list-style-type: none"> • Kompetenceudvikling
<ul style="list-style-type: none"> • Samarbejde • Forebyggelse mhp. tidligere indsats
<ul style="list-style-type: none"> • Mere psykiaterstøtte til behandlingen • Dele ekspertise – og bruge andres viden • Supervision • Undgå utilsigtede hændelser; ved at give pt. mere ansvar
<ul style="list-style-type: none"> • Fokus på psykisk syge med misbrug, da deres adfærd bliver voldelig. Kræver ekstra indsats og forebyggelse
<ul style="list-style-type: none"> • Instrumenter til at sikre ensartet diagnosticering • Forskning og formidling af forskningsresultater • Behandling og pleje skal være evidensbaseret • Kompetenceudvikling af personalet • Udvidet samarbejde mellem psykiatri og somatik – evt. i form af fællesmodtagelse
<ul style="list-style-type: none"> • Stille den rigtige diagnose/udredning – højere præcision • Tværsektorielt samarbejde omkring KRAM – helbredsundersøgelser og motion som medicin
<ul style="list-style-type: none"> • Mere second opinion med psykiatriske diagnoser og medicinering
<ul style="list-style-type: none"> • Bevidsthed om somatiske sygdomme
<ul style="list-style-type: none"> • Medicinering – ikke polyfarmaci
<ul style="list-style-type: none"> • Relationsarbejde – en god relation kan forebygge og virke sundhedsfremmende (fx-følge pt. med til motion osv.)
<ul style="list-style-type: none"> • Motion er lige så effektivt overfor depression som antidepressiv medicinsk behandling – skal de professionelle dyrke motion med pt.?
<ul style="list-style-type: none"> • Uddannelse i socialpsykiatrien så fokus også er på somatik • At turde tilbyde f.eks. rygestop på særlige vilkår – der er flere nederlag når man er psykisk syg, men behovet og ønsket om rygestop er det samme • Fokus på sundhedsfaglighed i socialpsykiatri • Større systematisk samarbejde på tværs af sektorer f.eks. på tværfaglig og tværsektoriel rehabiliteringsplan, som borgeren "ejer" • Systematisk fokus på strategisætning og holde fast med handlingsplaner
<ul style="list-style-type: none"> • At der også skal fravælges – dvs. vi kan/skal ikke påtage os det fulde ansvar • Inddrage de praktiserende læger
<ul style="list-style-type: none"> • At henvisningerne fra praktiserende læger er mere fyldestgørende – symptombeskrivelse og anamnese – dvs. udbyggelse af samarbejdet med praksissektor • Fokus på/forskning i bivirkninger ved medicinsk behandling
<ul style="list-style-type: none"> • Undervisning • KRAM • Lægehenvvisningerne er mangelfulde • Behandling af pt. med dobbeltdiagnose
<ul style="list-style-type: none"> • Ensartede retningslinjer ift. diagnosticering • Klarhed omkring pt. med dobbeltdiagnose
<ul style="list-style-type: none"> • Der tænkes meget økonomi – kassetækning eks. kommune/region

<ul style="list-style-type: none"> • Psykiske lidelser og misbrug da dette giver frustrationer over hele linjen (borger, kommune, psykiatri)
<ul style="list-style-type: none"> • Behandling af dobbeltdiagnose – øget samarbejde mellem misbrugstilbud og psykiatri. Patienter med misbrug møder ofte ikke op og bliver på sigt afsluttet. Kan der laves en "følgeordning"? Koordinerende behandlingsmøder!
<ul style="list-style-type: none"> • Dobbeldiagnosepatienter • Mere støtte – kontaktpersonsordning
<ul style="list-style-type: none"> • Stille rette diagnose hurtigst muligt, så rette behandling kan gå i gang • Samme diagnose for samme problemstilling uanset hvor i landet patienten bor • Mere screening for psykisk sygdom?
<ul style="list-style-type: none"> • Liason psykiatri • Kompetenceudvikling • Mere fokus på sundhedspersonale i behandlingspsykiatrien • Praksisnær forskning
<ul style="list-style-type: none"> • Forskning implementeret i klinikken • Fodbold/aktiviteter der er med til at afstigmatisere/inkludere psykisk syge
<ul style="list-style-type: none"> • Øget tværfaglighed – ikke kun medicinsk personale • Højne det faglige niveau i behandling • Kompetenceudvikling • Forebygge tvang med bl.a. aktivitet
<ul style="list-style-type: none"> • Kompetenceløft til basispersonalet der er målrettet specialisering både indenfor psykiatri og somatik
<ul style="list-style-type: none"> • Pakkeforløb – ensartet udredning og behandling • Kompetenceudvikling i relation til udredning og behandling • Forskning implementeret i klinisk praksis
<ul style="list-style-type: none"> • Fokus på hvad pt. selv kan gøre – berøringsangst for at sige til pt. at de selv kan gøre noget ved det
<ul style="list-style-type: none"> • Motion – motionsbesøgsvenner
<ul style="list-style-type: none"> • Fokus på at vedligeholde pt. færdigheder i indlæggelsen – ADL-sporet m.v.
<ul style="list-style-type: none"> • Et diagnostisk center i regionen fx beliggende ved fælles visitationsafd. M • Opmærksomhed på somatisk sygdom, metabolisk syndrom m.m. i behandlingsforløbet
<ul style="list-style-type: none"> • Udredningerne bør opprioriteres • Tilgængelighed • Mere ensartet diagnostisk – praktiserende læger kan understøttes af simpel rådgivning • Økonomiske incitamentsmodeller skal understøtte den hensigtsmæssige adfærd - privatpraktiserende speciallæger får fx det samme for 1. besøg som 25. besøg • Diagnostisk center i psykiatrien
<ul style="list-style-type: none"> • Bedre diagnostik • OBS på metabolisk syndrom • Standarder
<ul style="list-style-type: none"> • Fælles kvalitetsopfattelse blandt psykiatere mhp. en mere ensartet behandling • Godt med specialisering, men vigtigt at tage højde for dobbeltdiagnoser og se nuanceret og holistisk på den enkelte pt. Men ved specialisering mister man også den faglige sparring. Et mobilt fagteam kunne være en løsning i nogle sammenhænge
<ul style="list-style-type: none"> • Differentieret diagnosticering • Relevant evidensbaseret psykoterapi til depressive
<ul style="list-style-type: none"> • Videokonferencer • SMS

<ul style="list-style-type: none"> • Sundhedscafé med somatiske læger – fx som Randers Kommune. • Fokus på depressionsramte – inddragelse af psykologer • Dobbelt diagnoser • Obs på yderområderne • Telemedicin • Hvad er god kvalitet?
<ul style="list-style-type: none"> • Forløbsprogrammer for grupper "der roder rundt" i vores systemer, og hvor vi måske gør for meget/det forkerte hver især – f.eks. ADHD, dobbelt diagnose • Fokus på borgerens eget ansvar
<ul style="list-style-type: none"> • Koordinations- og udredningsaftaler med fokuseret opfølgning
<ul style="list-style-type: none"> • Indledende netværksmøder hvor alle involverede parter mødes og koordinerer samt rolleafklaring
<ul style="list-style-type: none"> • Fælles standarder for behandling • Angstklinikker i alle dele af regionen • Center for personlighedsforstyrrelse • Netværksmøder for alle involverede
<ul style="list-style-type: none"> • Idrætsgrupper • Koordinering ved udredning
<ul style="list-style-type: none"> • Større mulighed for positiv aktivering i afdelingen – hvor pt. skal have mere indflydelse på dette • Standard behandlings guidelines for diagnose og behandling • Decentralisering – som sikrer tidlig intervention og støtte til behandling af egen angst – her kan behandling ikke centraliseres • Centrale centre af specialisering (ex. angst, personlighedsforstyrrelser etc.) fungerer ikke ved brug af telepsykiatri • Der er behov for at arbejde mere på en bedre kontinuitet i overgangen fra B&U psykiatrien. Specielt er der et behov for en specialindsats for unge mellem 18-26 år samt dobbelt diagnoser • Fokus på livsglæde – livsindhold – mindfulness • Tæt samarbejde mellem behandlingspsykiatri, egen læge og kommune
<ul style="list-style-type: none"> • Bedre samarbejde mellem somatikken og psykiatrien • Fokus på livskvalitet, livsindhold, livsglæde
<ul style="list-style-type: none"> • Fleksibilitet er meget vigtigt • At psykiatrien bliver ligestillet med somatikken på finansloven
<ul style="list-style-type: none"> • Fastholde standarder i f.eks. DDKM men give større rummelighed i retningslinjer – ikke så specifik og detaljerede retningslinjer • Et kvalitetsudviklingsprojekt som åbner for arbejdspladser for mennesker med psykiske lidelser – mere inklusion ikke mindst nu hvor arbejdsløsheden stiger voldsomt
<ul style="list-style-type: none"> • Ikke kun det der kan vejes, men hvad ønsker pt.? • Ikke kun fokus på diagnosticering, men også interesse og fokus på hvordan pt.'s daglige liv fungerer – hvordan fungerer pt.? • Fælles konferencer/klinikker på tværs af specialiserede enheder
<ul style="list-style-type: none"> • Psykiatrisk rehabilitering hvor der er specifikke programmer for at opbygge psykisk velvære • Pt. er ofte for skrøbelige til at kunne tilegne sig en pædagogisk tilgang. Der kan være behov for at bygge til det personlige fundament
<ul style="list-style-type: none"> • Sammenhæng i behandlingen

<ul style="list-style-type: none"> • Relation er opbygning og kvalitet • Hjælpen skal være tilpas ansvarstildeling til pt. • Hjælpen skal have fokus på ressourcer hos pt. ift. behandling
<ul style="list-style-type: none"> • Højt kvalificeret indsats mod psykisk sygdom af højt uddannet og videreuddannet personale • Specialpsykologer skal anvendes fuldt ud
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnosticering • Adgang til privatlæger. De er for svære at få fat i hvis man skal snakke med dem, jf. shared care. Det ville hjælpe hvis det blev nemmere at kontakte privatlægen • Plads til at behandlingen kan tilpasses pt.
<ul style="list-style-type: none"> • Børn – ved PTSD ses symptomerne ca. 3 generationer efter den oprindelige person med PTSD • Ved optagelse i psykiatrisk behandling kunne der iværksættes conditionstræning • Se hele personen ikke kun de diagnoser som er "rigtige" frem for behandlingen
<ul style="list-style-type: none"> • Få implementeret de eksisterende retningslinjer • Bedre uddannelse i diagnosticering • Etablering af "afklaringsklinikker" mhp. bedre diagnostik
<ul style="list-style-type: none"> • Større omhyggelighed med diagnostisk afklaring
<ul style="list-style-type: none"> • Evidensbaseret behandling med plads til individuel tilpasning • Videreuddannelse af personale
<ul style="list-style-type: none"> • Shared care – vi skal være bedre til at samarbejde, og bedre til at informere praktiserende læger og kommuner omkring behandlingsmuligheder • Højere grad af helhedsperspektiv – på både det fysiske og psykiske – visitationssamtalerne. Dermed så der både er læge og psykolog til stede • Højere grad af fokus på det psyko-somatiske – frem for kun det somatiske • Erfaring og uddannelse er også med til at styrke diagnosticeringen, så der skal være tid hertil
<ul style="list-style-type: none"> • Samlede tilbud børn/voksne
<ul style="list-style-type: none"> • Hvad er effekten af specialiseringen? • Hvordan oplever de professionelle, borgere, samarbejdspartnere denne strategi?
<ul style="list-style-type: none"> • At vi <u>ikke</u> får central visitering
<ul style="list-style-type: none"> • Specialisering kontra lokalløsning (primær praksis, kommuner, distriktpsychiatri)
<ul style="list-style-type: none"> • Funktionsniveau/begrænsninger skal være definerende for indsats/strategi • Systematisk tværsektoriel referenceramme og fælle skolebænk
<ul style="list-style-type: none"> • Gennemgang af diagnoser så der "ryddes" op og erklæres rask, når det er relevant
<ul style="list-style-type: none"> • Det kan være godt for pt. at der kommer fokus på andet end sygdommen, mere personlig pleje, snak om andre ting, forbedre dagligdagen for pt.
<ul style="list-style-type: none"> • Mere ensartet diagnosticering og behandling på landsplan • At få fjernet gamle overflødige diagnoser
<ul style="list-style-type: none"> • Samarbejdet mellem sektorerne • Arbejdet med standarderne
<ul style="list-style-type: none"> • Der er opbakning til fælles skabeloner for udredning og behandling, men det skal samtidig være muligt at se individuelt på den enkelte pt.

Hvordan styrker vi samarbejdet mellem kommuner, praksissektor og psykiatrien?

Hvilke gode erfaringer er der i det hidtidige samarbejde?

<ul style="list-style-type: none">• Invitere alle samarbejdspartnere til fælles dialog
<ul style="list-style-type: none">• Privatpraktiserende og psykiatrien og evt. læger – videomøder? Ingen resumé, behandlingsplaner m.m. Bedre kommunikation til hjemmeplejen og hjælpere. Samtykkeerklæringer. Intet på PC og i samarbejdsbogen efter udskrivelse. Patientens egenbetaling kan være for høj
<ul style="list-style-type: none">• Samarbejde med praktiserende læger omkring somatiske sygdomme
<ul style="list-style-type: none">• Fælles ansvar med borgeren i centrum
<ul style="list-style-type: none">• Hurtig psykiatrisk udredning ved behov
<ul style="list-style-type: none">• Mobilteams
<ul style="list-style-type: none">• Ved udskrivning – udskrivningsaftale
<ul style="list-style-type: none">• Klare aftaler mellem udskriver og modtager
<ul style="list-style-type: none">• Let tilgængelighed via shared care kan fremme samarbejdet mellem praksis/behandlingspsykiatri
<ul style="list-style-type: none">• Tæt samarbejde i små fora med direkte kompetencer til at udføre opgaven
<ul style="list-style-type: none">• Liste med alle samarbejdspartnere, der har andel i pt. (navn, mailadresse osv.)
<ul style="list-style-type: none">• Før kommunalreformen gode erfaringer med faste/strukturerede samarbejds møder mellem socialpsykiatri og behandlingspsykiatri – klyngemøder og kontaktråd fungerer ikke lige så godt
<ul style="list-style-type: none">• Tidligere gode erfaringer i nært samarbejde mellem regionspsykiatrien og socialpsykiatri i tæt dialog. Vigtigt med tillid og respekt til hinandens områder for at det kan lykkes
<ul style="list-style-type: none">• De bedste erfaringer jeg har haft er direkte kontakt med fx sagsbehandler hos kommunen
<ul style="list-style-type: none">• Respekten for de regionale socialpsykiatriske botilbuds vurderinger og indsats – gensidig respekt!• Den gode dialog om forløbet• Koordinationsaftaler med tydelig angivelse af ansvar og opgaver
<ul style="list-style-type: none">• Måske skal man se på de mange shared care projekter på det somatiske område og overføre erfaringer til psykiatri• Se på de gode kommunale eksempler med "gode sygeplejersker/klinikker" – frivillig tandbehandling osv.• Fremskudte visitatorer på somatiske afdelinger kan overføres til psykiatrien
<ul style="list-style-type: none">• Det vigtigste redskab er dialogen, og at få italesat de gensidige forventninger
<ul style="list-style-type: none">• Samarbejde mellem pt. og psykiatriske sygeplejersker med udgående funktion• Samarbejde mellem pt. og en daghospitalsfunktion, hvor den psykiatriske lidelse udredes og behandles
<ul style="list-style-type: none">• Tydelighed omkring tilbud• Tydelighed omkring hvad vi har brug for af oplysninger• Kommunale sagsbehandlere "udstationeret" i regionspsykiatrien
<ul style="list-style-type: none">• Lokale tværsektorielle fora'er
<ul style="list-style-type: none">• Samarbejde, gensidig orientering, netværksmøder m.v. = god behandling af pt.
<ul style="list-style-type: none">• Tidligere – før vi blev diagnose opdelt – havde vi faste samarbejds møder med de praktiserende læger som var nyttige. Nu har vi dobbelt så mange læger at samarbejde med, så møderne er desværre droppet!
<ul style="list-style-type: none">• Fællesmøder mellem relevante parter• Fællesteam i nogen grad
<ul style="list-style-type: none">• Tidligere har der været "tovholder" i kommunen, der har kunnet samle trådene på tværs af afdelingerne, og som tog dette ansvar
<ul style="list-style-type: none">• Forløbskoordinator
<ul style="list-style-type: none">• Fælles adresse – bevar lokalpsykiatrierne (dårligt signal at kalde dem "ambulante teams")

<ul style="list-style-type: none"> • Patientsamarbejdet udvides med sygehuse og almen praksis. Dette burde også etableres i meget større stil imellem kommune og behandlingspsykiatri fx ml. myndighed i kommune og psykiatri
<ul style="list-style-type: none"> • Teammøde med deltagelse af pt., lokalpsykiatri, kommunale tilbud
<ul style="list-style-type: none"> • Formidlingen – vidensdeling – hvad kan vi hver især –sammenhæng ift. udvikling – tværgående samarbejde med bl.a. arbejdsmarked. • Forventningsafstemning, koordination • Fælles skolebænk
<ul style="list-style-type: none"> • Samarbejdsaftalerne • Handleplansmøder med de kommunale sagsbehandlere, hvor kriminalforsorgen og pt. også deltager
<ul style="list-style-type: none"> • Hurtig kontakt for kommunen ind i psykiatrien
<ul style="list-style-type: none"> • Psykiatriens Hus i Silkeborg er et godt koncept
<ul style="list-style-type: none"> • Koordinerende møder – klyngesamarbejde
<ul style="list-style-type: none"> • I Syddjurs har vi et udskrivningssamarbejde med E2, Randers, som fungerer ift. pt. med dobbeltdiagnoser
<ul style="list-style-type: none"> • Fælles sygdomsopfattelse mellem sektorerne • Fælles strategi f.eks. recovery/diagnosebehandling
<ul style="list-style-type: none"> • Opleves velfungerende og fint
<ul style="list-style-type: none"> • Sundhedsaftalerne
<ul style="list-style-type: none"> • Kommunalt-regionalt samarbejde i lokalpsykiatrien • Shared care i hjemmebehandlingsteams • Møder med praksiskoordinator
<ul style="list-style-type: none"> • Omstruktureringer gør samarbejde vanskeligt • Hyppige nye planer – gamle når ikke at blive implementeret • Lokalpsykiatriens samarbejdsflade skal reformuleres ift. specialisering
<ul style="list-style-type: none"> • Der skal bygges nye samarbejdsstrukturer • Det tager ca. 5 år at få de første resultater af en plan, men planer bliver i stedet fagfjendtlige for psykiatrifaglig udvikling og opbygning
<ul style="list-style-type: none"> • Klyngesamarbejdet
<ul style="list-style-type: none"> • Det tidligere LPC, Århus er et mønstereksempel på det gode samarbejde – nu skal vi flytte ud på hospitalet – ØV
<ul style="list-style-type: none"> • Forløbskoordinator
<ul style="list-style-type: none"> • Udskrivningsmøder med alle parter inkl. Pt. • Videomøder
<ul style="list-style-type: none"> • Kommunal tovholder for brugeren er med hele vejen igennem enten det er kommunalt, region, arbejde
<ul style="list-style-type: none"> • PSP • Kontaktgrupper • Projekt "den gode udskrivning"
<ul style="list-style-type: none"> • Praksiskonsulent i direkte samarbejde ved de enkelte lægepraksis og psykiatri med kommunen – udfordret af specialisering men lever endnu fx i Struer • Ambulant kontaktperson som tovholder fra psykiatri eller kommune
<ul style="list-style-type: none"> • Pårørende foreninger tages med ved samtaler mellem de forskellige faggrupper
<ul style="list-style-type: none"> • Når det lykkes at "træffe" hinanden, beforder det den forståelse af problemstillingen, der er til gavn for pt./klienten
<ul style="list-style-type: none"> • Tænk teamtanken ind i patientforløbet f.eks. erfaringer fra kommunale neuroteams

overført til psykiatrien og udpegning af den mest relevante tovholder
<ul style="list-style-type: none"> • Projektet "Integrerede forløb for sindslidende" er et godt eksempel på samarbejde på tværs med inddragelse af alle aktører
<ul style="list-style-type: none"> • At kommune og sundhedsvæsenansatte mødes jævnligt og kender hinandens muligheder
<ul style="list-style-type: none"> • Der hvor vi formår at få behandlingsforløbene – kommunalt, regionalt og praksissektoren • Fælles tema- og udviklingsdage fremmer indsatsen • Netværksmøder
<ul style="list-style-type: none"> • Når vi (almen praksis) får hurtig respons • Stor ros til mobilteams
<ul style="list-style-type: none"> • Hurtig tværgående/tværasektoriel møde om en plan – ikke rigiditet om mødetidspunkt • Mobilteam/udgående team (hurtig for at kunne bære pt. som bæres hos praksis)
<ul style="list-style-type: none"> • Tværasektorielle og netværksmøder hvor man mødes med pt./forældre – hurtig indsats • Sparringsmulighed mellem psykiatrien og det kommunale system • Vidensudveksling mellem praksis og psykiatri
<ul style="list-style-type: none"> • Tag ud og holde foredrag om det psykiske – især kommunerne mangler viden herom, og er glad for at få mere viden
<ul style="list-style-type: none"> • Når tværfaglige og tværasektorielle møder afholdes rettidigt og hvor der er en stafetholder, som samler tråde og er ansvarlig for at sikre dialogen
<ul style="list-style-type: none"> • Stor lettelse når vi "kender" hinanden og ved hvad vi hver især kan tilbyde
<ul style="list-style-type: none"> • Plan for pt. udarbejdes i samarbejde med alle instanser når det giver mening – afholdelse af netværksmøder
<ul style="list-style-type: none"> • Netværksmøder er væsentlige, men skal afpasses individuelle forløb/behov
<ul style="list-style-type: none"> • At behandlere samarbejder og prioriterer indsatsstart og mål • Når relevante samarbejdspartnere er med ved planlægning • Når helhedssynet er overskyggende
<ul style="list-style-type: none"> • Holstebromodellen er helt perfekt her med tæt samarbejde mellem praksissektoren, kommune og socialpsykiatri – pt. er opdelt efter kommunegrænser – behandler her således mange forskellige typer pt. i samme kommune • Decentralisering muliggør at man lokalt kan mødes mellem egen løge, psykiatrien, kommune, kriminalforsorgen • Tæt samarbejde mellem misbrugs- og psykiatrisk behandling – denne skal være opsøgende i hjemmet
<ul style="list-style-type: none"> • Tæt samarbejde med praktiserende læge, jævnlige møder, fleksibilitet, telefonrådgivning • Parforløb, distrikts/socialpsykiatri • Integreret samarbejde
<ul style="list-style-type: none"> • Jævnlige samarbejds møder på tværs af distriktspsykiatri, kommune og praksissektor • Konkrete samarbejds møder f.eks. ved udskrivelse (startende tidligt i forløbet)
<ul style="list-style-type: none"> • Samarbejde mellem misbrugscentre og behandling

Hvordan bliver vi bedre til at opfange de borgere der har behov for behandling, og som i dag kun har kontakt med den kommunale sektor?

<ul style="list-style-type: none"> • Opsøgende aktivitet • Medarbejdere med psykiatrisk uddannelse ansat i eks. jobcentre osv. • Samarbejde med privatpraktiserende læge

<ul style="list-style-type: none"> • Politi, vagtlæge, hjemmepleje, jobcentre som presser folk. Regionen kan skrive vejledning om handlemuligheder, formidlere, gademedarbejdere, patientklagenævnet
<ul style="list-style-type: none"> • Mere samarbejde mellem praktiserende læge og psykologer
<ul style="list-style-type: none"> • Egenbetaling kan være problem for flere borgere • Jobcentre skal også "spotte" borgere med psykiske problemer og sende disse videre • Vagtlæge bliver også kaldet til psykisk syge borgere, der ikke er i behandling – skal "spotte" disse
<ul style="list-style-type: none"> • Flere opsøgende teams – gadeplansarbejde
<ul style="list-style-type: none"> • Tilgængelighed til psykiatrisk viden
<ul style="list-style-type: none"> • Åbenhed da borgerne ikke altid har let til denne vidensdeling
<ul style="list-style-type: none"> • Give konsulentbistand til eks. beskæftigelsesforvaltningen
<ul style="list-style-type: none"> • Evt. flere pt. ind til et slags "tilsyn" og vurdering
<ul style="list-style-type: none"> • Praktiserende læger skal kunne hente specialfaglig ekspertise til vurdering i almenpraksis
<ul style="list-style-type: none"> • Lettere adgang til at blive tilknyttet regionspsykiatrien – lang ventetid
<ul style="list-style-type: none"> • Via kontaktpersonerne i kommunen, som evt. kan opfange behov for behandling
<ul style="list-style-type: none"> • Lettere adgang til at blive henvist til regionspsykiatrien/behandling
<ul style="list-style-type: none"> • Direkte dialog
<ul style="list-style-type: none"> • Uddannelse, uddannelse og uddannelse i kommunerne og større fokus på sundhedsfaktorer og psykiske behandlingsfaktorer • Ved vi hvem der er underbehandlet, så vi kan sætte systematisk og målrettet ind. • Større fokus på forløbsøkonomi og turde bruge det i sundheds- og rammeaftaler
<ul style="list-style-type: none"> • Tilgængelighed – regionspsykiatrien kan lave flere "korte" vurderinger og evt. behandlingsplans forslag og derefter tilbage til egen læge
<ul style="list-style-type: none"> • Kompetenceudvikling i kommunen – screeningsmetoder m.m. • Afklaring af myndighedsopgaver – er der konsensus på tværs af sektorer
<ul style="list-style-type: none"> • Blive bedre til at medsende beskrivelser til praktiserende læger der henviser til psykiatrien fx. fra sagsbehandlere eller misbrugsbehandlere
<ul style="list-style-type: none"> • Hvis kommunerne vil tage ansvar og tage kontakt til borgeren og henvise til psykiatrien opleves mindst mulig indblanding fra kommunen
<ul style="list-style-type: none"> • Skoler
<ul style="list-style-type: none"> • PSP-samarbejde, LOT, LAT, social døgnvagt
<ul style="list-style-type: none"> • Ved at gøre indgangen til psykiatrien lettere – evt. ved hjælp af åbne dagtilbud – ikke visiterede skadestuer
<ul style="list-style-type: none"> • Den kommunale sektor (bostøtterne) kan allerede henvise internt til behandlerne
<ul style="list-style-type: none"> • Samarbejde med arbejdsmarkedssektor, praktiserende læger, uddannelsesinstitutioner
<ul style="list-style-type: none"> • Mulighed for supervision af de praktiserende læger ift. at håndtere samtale og diagnosticere eller henvise psykiatriske patienter
<ul style="list-style-type: none"> • Psykiatri-ambulance ordning
<ul style="list-style-type: none"> • Tryghed i udskrivelsen
<ul style="list-style-type: none"> • Psykiatrikonsulent til praktiserende læger • Team, der rykker ud til lokalområder
<ul style="list-style-type: none"> • Privatpraktiserende psykiatere har ikke mulighed for at få sygesikring til en sygeplejerske = flere patienter + bedre tilgængelighed
<ul style="list-style-type: none"> • "Hvis vi opfanger dem, hvad skal vi så stille op med dem? De skal være en høj grad af belastning før vi kan få dem udredt eller indlagt"
<ul style="list-style-type: none"> • Socialrådgivere fra socialpsykiatrien deltager 1. gang om ugen i lokalpsykiatriens gruppemøder. Både fælles borgere, men også generel deling af spørgsmål, vidensdeling osv.
<ul style="list-style-type: none"> • Tættere samarbejde mellem egen læge, støttepersoner, sagsbehandler, psykiater og evt. pårørende
<ul style="list-style-type: none"> • Forløbskoordinator – inspiration i "Integrerede forløb"-projekt i Holstebro
<ul style="list-style-type: none"> • Opsøgende synlige ved praktiserende læger.

<ul style="list-style-type: none"> • Lange forløb hindrer tilbagefald
<ul style="list-style-type: none"> • Egen læge spiller en central rolle her. Ligesom børnehaver, skole, job henvisning • Tidlig screening – og støtte til mennesker med psykiske sygdomme • Mennesker der ses i alkohol- og misbrugsrådgivningen bør også have mulighed for screening og behandling i psykiatrien • Hjemmevejlederen spiller en central rolle i at sikre at mennesker med psykisk sygdom får behandling som de har brug for når de har behov
<ul style="list-style-type: none"> • Helhedssyn både det sociale og fra psykiatrien
<ul style="list-style-type: none"> • At borgeren har en kompetent nøgleperson uanset diagnose
<ul style="list-style-type: none"> • De kommunale tilbud kunne udbygges m. psykologisk/pædagogisk kompetence • Tilbyde vurderende samtaler med læge/psykolog i psykiatrien
<ul style="list-style-type: none"> • Afklaring af psykisk sygdom som ligger mellem egen læge og psykiatri for at finde ud af om problemet er "stort nok" til psykiatrien, eller om der skal henvises til privatpraktiserende psykolog eller en social instans
<ul style="list-style-type: none"> • Åbne afklaringsstider i psykiatrien hvor egen læge kan henvise pt. til • Stor imødekommenhed ift. samarbejds møder
<ul style="list-style-type: none"> • Tidligere fokus, indsats fra et specialiseret niveau • Højere grad af samtænkning mellem diverse offentlige instanser
<ul style="list-style-type: none"> • Forenklede visitations- og henvisningsprocedurer
<ul style="list-style-type: none"> • Meget tidlig indsats for at afværge problemet (behøver ikke være specialiseret) mens man venter på udredning eller psykiater
<ul style="list-style-type: none"> • Ved at skabe tilgængelighed. Specialisterne skal kun afklare/udrede/diagnosticere – så skal opgaven ud i nærmiljøet • Konsulenter kan evt. understøtte kommunerne i "venteperioden"
<ul style="list-style-type: none"> • Samarbejde mellem socialpsykiatri(kommune), distriktspsykiatri og almenpraksis
<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalspsykiatrien burde deltage i de kommunale lægelaug et par gange om året
<ul style="list-style-type: none"> • At regionen anvender nogle af sine udredningsressourcer til konsulentbistand til kommunale "eksperter" f.eks. at medarbejderen i kommunen kan booke en konsulenttid – så de bliver klogere på afgrænsning og den rette indsats
<ul style="list-style-type: none"> • Mødes i sparringsgruppe på tværs, hvor problemstillinger kan tages på og hjælpes videre • Hjælp til pt. og forældre i sagsgangen (mange forældre kan selv være psykisk syge)
<ul style="list-style-type: none"> • Direkte lovgivning
<ul style="list-style-type: none"> • 1/2 årlige møder mellem psykiatri, kommuner, privatpraktiserende læger, psykiatere og psykologer
<ul style="list-style-type: none"> • Samarbejds møder mellem psykiatri og kommuner kan medvirke til større fokus og bedre kendskab til behandlingsmuligheder
<ul style="list-style-type: none"> • Samarbejde med kommunalt regi og opkvalificering af kommunale medarbejdere til at opdage psykiske lidelser tidligt
<ul style="list-style-type: none"> • Man bør overveje at tilbyde pt. forløbskoordinatorer mhp. at sikre koordinationen mellem sektorer og mellem de specialiserede afdelinger

Hvordan kan behandlingspsykiatrien i højere grad støtte praksissektoren i at udrede og behandle patienter med psykiske lidelser?

<ul style="list-style-type: none"> • Vise anerkendelse
<ul style="list-style-type: none"> • Større vejledende
<ul style="list-style-type: none"> • Videokonference

<ul style="list-style-type: none"> • EDB-løsninger på tværs af sektorer • Muligheder for tvangsforanstaltninger skal i nogle tilfælde revideres
<ul style="list-style-type: none"> • Evt. konsulentbistand fra psykiatrien
<ul style="list-style-type: none"> • Evt. rådgivende team
<ul style="list-style-type: none"> • Mobilteams/understøttende tilbud • Hurtig indsats
<ul style="list-style-type: none"> • Psykiatrisk konsulentbistand
<ul style="list-style-type: none"> • Vidensdeling • Oplysning/undervisning • "Akut mobil-team"
<ul style="list-style-type: none"> • Flere ind til hurtig vurdering og hurtig tilbage til praksissektor
<ul style="list-style-type: none"> • Shared care
<ul style="list-style-type: none"> • Sammen lave behandlingsplan og den kommunale overordnede handleplan (§141) + evt. den kommunale hjemmepleje
<ul style="list-style-type: none"> • Regionspsykiatrien og socialpsykiatrien i samarbejde udfærdige handleplan for borgeren
<ul style="list-style-type: none"> • Direkte dialog behandler og praksissektor imellem • Samarbejde om behandlingsplaner/handleplaner med de involverede parter omkring pt.
<ul style="list-style-type: none"> • Oprettelse af "akut udredning" for almen praksis • Bruge screeningsværktøjer – systematisk, evt. udvikle dem • Anerkende at de som fylder i behandlingspsykiatri måske ikke fylder i almen praksis. • Bruge evt. kommunale psykologer i samarbejdsaftaler
<ul style="list-style-type: none"> • Få formaliserede programmer/metoder til udredning
<ul style="list-style-type: none"> • Korte, akutte udredninger af psykiatrien mhp. viderebehandling hos egen læge
<ul style="list-style-type: none"> • Overvejelse; skal sagsbehandler have mulighed for at bede om en screening, hvis der er "begrundet" mistanke om en psykiatrisk diagnose?
<ul style="list-style-type: none"> • Uddannelse og større tilgængelighed mht. praksissektorens mulighed for nødvendig vejledning fra behandlingspsykiatrien
<ul style="list-style-type: none"> • Faste tidspunkter hvor praksis kan kontakte psykiater mhp faglig sparring, råd og vejledning • Sygeplejerske med speciale erfaring, der tager rundt til praktiserende læger og gennemgår psykiatriske pt, hvor egen læge er gået i stå (under vejledning af psykiater)
<ul style="list-style-type: none"> • Bedre kontakt (samarbejde med egen læge). Evt. bruge netværksmøde
<ul style="list-style-type: none"> • Blive tydeligere på hvad de forskellige kan tilbyde
<ul style="list-style-type: none"> • Indkalde til møde om fælles fodfæste
<ul style="list-style-type: none"> • Møder med psykiatri og praktiserende læger, hvor fællespatienter gennemgås og spørge om nye pt.
<ul style="list-style-type: none"> • Mulighed for "second opinion"
<ul style="list-style-type: none"> • Fælles skolebænk
<ul style="list-style-type: none"> • Større åbenhed/tilgængelighed • Plan for f.eks. åben indlæggelse
<ul style="list-style-type: none"> • Stå til rådighed så specialviden bliver tilgængelig • Regelmæssige møder med praktiserende læger så de kan hjælpes til at løfte flere opgaver
<ul style="list-style-type: none"> • Lave flowdiagrammer i samarbejdet mellem primær- og sekundærsektor – hvordan identificerer vi og hvad er der enighed om at vi handler ud fra
<ul style="list-style-type: none"> • Udskrivningsaftaler
<ul style="list-style-type: none"> • Bolig til fængelsesudskrevne
<ul style="list-style-type: none"> • Handlingsplaner
<ul style="list-style-type: none"> • Give mulighed for at private psykiatere kan ansætte sygeplejersker til at tage de lettere samtaler og gøre adgangen til psykiateren nemmere for pt.
<ul style="list-style-type: none"> • Fokus på information om forandringer fx via mail til privatprakt. psykiatere • Kunne der være én fælles indgang til privatprakt. læger?
<ul style="list-style-type: none"> • Behandlingspsykiatrien kan være "bagvagt" i dårlige perioder og i ferieperioder for den

<ul style="list-style-type: none"> • praktiserende psykiater • Der skal findes nye samarbejds måder
<ul style="list-style-type: none"> • Shared care – også ift. privatpraktiserende psykiatere
<ul style="list-style-type: none"> • Bagvagtfunktion i regionspsykiatrien kan gøre at flere kan klares i praksis og i speciallægepraksis
<ul style="list-style-type: none"> • Der er store lokale forskelle på samarbejdet • Generelt godt samarbejde ml. praksis og hospitalspsykiatrien
<ul style="list-style-type: none"> • Hurtigere udredningsforløb og opstart af behandling og herefter overgår pt. til egen læge med mulighed for at egen læge kan kontakte psykiatrien
<ul style="list-style-type: none"> • Friklinik til voksne
<ul style="list-style-type: none"> • Afklaring af psykisk sygdom som ligger mellem egen læge og psykiatri for at finde ud af om problemet er "stort nok" til psykiatrien, eller om der skal henvises til privatpraktiserende psykolog eller en social instans
<ul style="list-style-type: none"> • Forløbspakker der også beskriver hvordan og hvilken udredning der kan ske i praksis og gode vejledninger ift. behandling • Undervisning, oplæg, temadage ex. 2 x "En dag i afdelingen" i Herning – 60 praktiserende læger deltog
<ul style="list-style-type: none"> • Lokale tværsektorielle psykiatrimøder på tværs også med praktiserende psykologer
<ul style="list-style-type: none"> • Sikkerhed for at ydelserne tæller uanset mødeform
<ul style="list-style-type: none"> • Regelmæssige møder mellem psykiatri og praksis
<ul style="list-style-type: none"> • At vi får en tidlig udredning • At ventetiden nedbringes
<ul style="list-style-type: none"> • Distriktspsykiatri i Holstebro
<ul style="list-style-type: none"> • Mere personligt samarbejde
<ul style="list-style-type: none"> • Større kapacitet til udredning, også ambulante, evt. til afklaring • Evt. udgående funktion til udredning
<ul style="list-style-type: none"> • Tværgående tovholder • Akutte vurderingssamtaler • Halvakutte vejledninger B+U
<ul style="list-style-type: none"> • Psykologer i de private praksis eller videreuddannelse til de allerede ansatte • Korte vurderende samtaler i privatsektoren, så henvisningen rettes mod rette sted
<ul style="list-style-type: none"> • Lettere adgang til "vurderingssamtale" i distriktspsykiatrien • Udbygge mobilteams/hjemmebehandlings-teams
<ul style="list-style-type: none"> • Møder med undervisning af specialister i almen medicin sammen psykiatere • Henvisning fra egen læge til distriktspsykiatrien eller privatpraktiserende psykiatere mhp. hjælp til diagnose og anbefalet/opstartet behandling • Regelmæssige møde mellem psykiatri og praksissektor
<ul style="list-style-type: none"> • Etablere afklaringsmøder med kommunale sagsbehandlere i et afklaringssteam og psykiater, møde hver 14. dag • Afklarings- opsøgende funktion ift. usikre diagnose
<ul style="list-style-type: none"> • Supervision i lægepraksis
<ul style="list-style-type: none"> • Overlevere erfaringer og kendskab omkring en borger

Hvad kan vi generelt ønske os i forhold til et bedre samarbejde mellem sektorerne?

<ul style="list-style-type: none"> • At det er muligt at få sagsbehandleren i tale straks – oplever stor udskiftning af sagsbehandlere, samt at det er svært at træffe dem. Ofte går der flere dage inden vi kan gå i gang med et problem
<ul style="list-style-type: none"> • Udnytte teknologi (IT-konferencer) • Tid til at mødes ift. samarbejdet

<ul style="list-style-type: none"> • Kulturændring hvor alle byder ind i stedet for at melde sig ud!
<ul style="list-style-type: none"> • Bedre kontakt mellem psykiatri og kommune
<ul style="list-style-type: none"> • Mere forståelse og respekt for hinandens arbejde
<ul style="list-style-type: none"> • At der udpeges en tovholder – der er ansvarlig for det koordinerende behandlingsforløb. Indkalde samarbejdspartnere fx kommune, misbrugsafdeling, støttekontaktperson osv. med fast dagsorden. Drøfte punkterne, lave klare aftaler om hvem der gør hvad og konklusionsreferat der udsendes og senere følges op på.
<ul style="list-style-type: none"> • Tillid, samarbejde og orienteringer
<ul style="list-style-type: none"> • At pt. har én tovholder – forløbsansvarlig – så der bliver videreformidlet oplysninger og fulgt op på aftaler og lign. Der er en meget stram opdeling mellem forskellige afd. i kommunen, og sagsbehandleren i én afdeling ved ikke hvad sagsbehandleren i en anden afd. sætter i værk ift. pt.
<ul style="list-style-type: none"> • Anvende ny teknologi • Formidle viden fra behandlingspsykiatri – kommune – praksissektor • Skabe en fast struktur for møder – faste tidspunkter og dage
<ul style="list-style-type: none"> • Vide mere om hinanden så man afleverer de rigtige oplysninger, dvs. de oplysninger som modtageren har brug for, eller den der beder om oplysninger er mere præcis i sine ønsker
<ul style="list-style-type: none"> • Blive bedre til at spørge mere konkret, når der efterspørges oplysninger
<ul style="list-style-type: none"> • Større klarhed om de forskellige sektorerers behov for viden inden de kan arbejde videre
<ul style="list-style-type: none"> • Mere fokus på koordinationsplaner (konkrete, realistiske)
<ul style="list-style-type: none"> • Større anerkendelse af de tværfaglige beskrivelser – dialog på tværs af sektorer. • Fremskudt samarbejdende visitatorer. • Den gode udskrivning starter ved indlæggelse, inddrage kommunerne/pårørende tidligere. • Anerkendelse og udfordringer af rammer og forskellige vilkår – mødes i respekt
<ul style="list-style-type: none"> • Koordinationsplaner der er konkrete og realistiske
<ul style="list-style-type: none"> • Direkte dialog • Møder tværfagligt, hvor man kunne tage/have en eller flere egnede pt. op, som man tænker kunne have gavn af psykiatrisk behandling eller støttebehov i det kommunale
<ul style="list-style-type: none"> • Udvikle BUM-modellen – evaluere på effekten og udgifterne hertil – kunne evt. udvikles ved at lave handleplanerne sammen mellem reg. psyk. og socialpsyk. • Ønskeligt med større tillid/respekt for faglighed mellem sektorerne
<ul style="list-style-type: none"> • BUM er en forhindring for dette
<ul style="list-style-type: none"> • Psykiatriske sygeplejersker i praksis!
<ul style="list-style-type: none"> • Færre magtkampe om hvem der bestemmer – mere fokus på hvordan vi sammen hjælper pt./borgeren, så vi hurtigst kommer videre • Fælles handleplan/behandlingsplan
<ul style="list-style-type: none"> • Inddragelse af arbejdsmarkedet/oplysning/viden om hinandens områder
<ul style="list-style-type: none"> • Delestillinger etableres mellem region og kommune
<ul style="list-style-type: none"> • Rådgivende tilbud der kan kontaktes af kommunen ift. tidlig indsats
<ul style="list-style-type: none"> • Arbejdsmarkedsafdelingerne • Bedre information på nettet om tilbuddene – er svære at finde
<ul style="list-style-type: none"> • Mulighed for at finde regionens behandlingstilbud på nettet
<ul style="list-style-type: none"> • En gennemgående kontaktperson – evt. distriktssygeplejerske
<ul style="list-style-type: none"> • Opsøgende teams • Ændret lovgivning indenfor området
<ul style="list-style-type: none"> • At man afsætter lægeressourcer fra det somatiske system til at vurdere indlagte psykiatriske pt. hvad angår risikofaktorer for somatiske lidelser, sygdomme og behandling heraf
<ul style="list-style-type: none"> • At der eksisterende retningslinjer følges
<ul style="list-style-type: none"> • Dialog mellem kontaktpersoner
<ul style="list-style-type: none"> • Flere café/fællesmøder mellem sektorerne
<ul style="list-style-type: none"> • Bedre kommunikation mellem kommunens bostøtte/hjemmehjælper og psykiatrien – vil

være enklere med elektronisk kommunikation
<ul style="list-style-type: none"> • Aarhus Kommune er stor at finde rundt i for pt. og psykiatriens medarbejdere
<ul style="list-style-type: none"> • Bedre info til samarbejdspartnere
<ul style="list-style-type: none"> • Praktiserende psykiatere mangler information – eks. kan information gå via person i samarbejdsudvalget • Fælles efteruddannelsesforløb med privatpraktiserende psykiatere
<ul style="list-style-type: none"> • Brug for nye samarbejdsstrukturer, da de hidt. velfungerende samarbejdsformer drevet af lokalpsykiatri – bofællesskabet er væk • Der er brug for at alle relevante samarbejdspartnere deltager i udskrivningsmøder
<ul style="list-style-type: none"> • Styrke brugen af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner
<ul style="list-style-type: none"> • Der mangler fælles sygdomsopfattelse (begrebstænkning) inden for psykiatrien mellem sektorerne
<ul style="list-style-type: none"> • Shared care
<ul style="list-style-type: none"> • Større kontakt til det socialpsykiatriske – der ønskes mere fælles fodslag/arbejdsgrundlag
<ul style="list-style-type: none"> • Inddrage praksissektor mere i sundhedsaftalerne
<ul style="list-style-type: none"> • Mere brug af ny teknologi mellem sektorerne
<ul style="list-style-type: none"> • I BUC er der helt faste retningslinjer for samarbejdet og fordeling af opgaver – aftaler der ikke kan tolkes på. Vigtigt at sagsbehandlerne ikke skal stille diagnoser om igen efter endt børnepsykiatrisk behandling for at kunne placere dem i hhv. social eller psykiatri
<ul style="list-style-type: none"> • En konferencedag hvor region og kommuner mødes og diskutere dilemmaer og løsninger for samarbejdet
<ul style="list-style-type: none"> • Møder med psykiatri og praktiserende læger og gennemgang af fælles patienter og spørge om nye pt.
<ul style="list-style-type: none"> • Flere socialrådgivere på sygehuset • Ikke for rigide behandlingspakker – der skal være plads til behandlerens professionelle vurdering
<ul style="list-style-type: none"> • For mange psykiatriske borgere "falder mellem 2 stole" (kommune/region) – tænker især på misbrugere med en psykisk diagnose
<ul style="list-style-type: none"> • Det er væsentligt at sikre at mennesker med psykisk lidelse integreres i samfundet – at de har muligheder for at få en uddannelse, bo i egen bolig, få et arbejde og være socialt og politisk aktiv • Just nu er de praktiserende læger i kommunerne også vagtlæger – de henviser til distriktspsykiatri i denne funktion – så samarbejdet øges mellem praksissektoren og psykiatrien • Lokal visitation baseret på lokal viden er meget væsentlig for styrket samarbejde og kvalitet
<ul style="list-style-type: none"> • At systemet inviterer ved enkelt sagsbehandler (synlige og tilgængelige kanaler)
<ul style="list-style-type: none"> • Der kan være en vis fordom for hvad de forskellige sektorer vil/finder for pt. – en bedre forståelse af de forskellige sektorer
<ul style="list-style-type: none"> • Tværsektorielle og – faglige møder som en langt større praksis en nuværende
<ul style="list-style-type: none"> • Flere tværfaglige møder – på tværs af region og kommuner • Mindre lange ventelister i psykiatrien, så samarbejdet kan indledes hurtigt, og imens evt. sygemelding er gældende
<ul style="list-style-type: none"> • Bedre adgang til privatpraktiserende psykolog
<ul style="list-style-type: none"> • At vi for et område lægger alle pengene – både kommunale, regionale og evt. statslige på området på et fælles bord og laver et eksperimentarium – gøre noget fælles helt nyt. Holstebro er gerne forsøgsområde
<ul style="list-style-type: none"> • Arbejde for kommunale sundhedshuse

<ul style="list-style-type: none"> • Obs patientfokus måske tilbyde forløbskoordinator – psykisk syge er lige så komplekse forløb som kræft
<ul style="list-style-type: none"> • F.eks i 1 eller 2 årlige samarbejds møder mellem sektorerne
<ul style="list-style-type: none"> • Møder på ledelsesniveau hvor problemstillingerne synliggøres
<ul style="list-style-type: none"> • Formaliserede (ikke hyppige møder)
<ul style="list-style-type: none"> • At der er en til at tage over når der skiftes fra region til kommune og omvendt, så pt. ikke står i et tomrum i en lang periode
<ul style="list-style-type: none"> • Det er det personlige kendskab der letter et konkret samarbejde, og afkorter vejen. Man ringer til en "ven" – ikke til et sted eller noget abstrakt
<ul style="list-style-type: none"> • Faglig og kulturel udveksling af synspunkter, vinkler m.m.
<ul style="list-style-type: none"> • Måske faste mødefora – måske blot 1 årligt • Jf. sundhedsaftale på erhvervet hjerneskadeområdet – kommunale neuroteam = tilsvarende kunne også gøres i psykiatrien
<ul style="list-style-type: none"> • Mere viden og tidlig opsporing • Ikke kassetækning som det er i dag

Hvordan kan vi behandle flere patienter uden tilførsel af yderligere ressourcer?

Hvilke igangværende initiativer bør fortsættes/udbygges?

<ul style="list-style-type: none"> • Gruppebehandling • Videokonference
<ul style="list-style-type: none"> • Inddrage pt. i hvad der skal til – hvad der er behov for
<ul style="list-style-type: none"> • Støtte – flere hænder til at varetage pt. behov • Give pt. mulighed for fællesskab – plus de kan også være sig selv • Aflastningspladser • Bruge mobilteams noget mere!
<ul style="list-style-type: none"> • Bofællesskab • Aflastningssteder • Tryghedshotel • Patienterne bliver hørt lidt mere
<ul style="list-style-type: none"> • Flere ydernumre og mulighed for mindre egenbetaling. • Spørge pt. selv – "hvad vil I gerne ha?". • Penge følger patienten? • Mindre stive systemer – Tømmergården bofællesskab (Viborg) – personale – egen lejlighed. Aflastningspladser. Mere støtte – varme stuer • Helhedsvurdering på pt. i "samfundet" ved indlæggelsen – hvis er pt?. Brug for en "ekspertvurdering". • Psykologer kan diagnosticering, udredning, psykiatriske sygeplejersker, certificering af flere grupper. Samarbejde med mere præcis opgavefordeling mellem læger, psykiatere, sygeplejersker, psykologer og andet personale
<ul style="list-style-type: none"> • Satse mere på den forebyggende indsats – praktiserende læger, psykologer
<ul style="list-style-type: none"> • Daghospitalet/hjemmebehandling
<ul style="list-style-type: none"> • Selvhjælpsgrupper/netværksgrupper styret af professionelle • Bruge den eksisterende viden om sygdomme ifm. Udredning og lade specialister vurdere (spare ressourcer)
<ul style="list-style-type: none"> • Grundig vurdering af den enkeltes ressourcer • Kvalitet i henvisninger

<ul style="list-style-type: none"> • Shared care • Fordeling af opgaver/bedst udnyttelse
<ul style="list-style-type: none"> • Anden visitationsmåde – hvor alle ses til en hurtig afklaring af om det handler om psykiatri, og hvilket team der skal videre udrede (tilsyn ej lig endelig diagnose). Evt, tilbage til egen læge med behandlingsforslag
<ul style="list-style-type: none"> • DDKM
<ul style="list-style-type: none"> • Legaliser andre behandlinger – f.eks. motion. Der er evidens, måske skal man uddanne psykiatriske motionsvejledere. • Inddrage psykologer og pårørende noget mere • Mere fokus på telekommunikation – videokonference
<ul style="list-style-type: none"> • Fælles team i anden form end nuværende (eks. Holstebro/Herningmøder)
<ul style="list-style-type: none"> • Daghospital der har til opgave at deltage i udredning
<ul style="list-style-type: none"> • Sende SMS til flere – mindske udeblivelse • Tydelighed på hvad vi tilbyder – udredning, diagnosticering og behandling. "en personlig hjælper" ift. at hjælpe pt. med opfølgning i ex. forbindelse med medicinsk behandling (ex. ADHD pt. – Ritalin – søge om betaling!!)
<ul style="list-style-type: none"> • Et bedre grundlag at starte behandlingen op på – formidle/dele viden
<ul style="list-style-type: none"> • Udnytte ny teknologi i større omfang
<ul style="list-style-type: none"> • LEAN-projekter – mhp. ændringer/optimering af arbejdsgange • Tidlig opsporing
<ul style="list-style-type: none"> • Der er brug for at pt. "de unge" mangler struktur på dagene. De har måske brug for en "hjælper" til at være med til at lave ugeplaner, lektier, job osv. Ofte kan de pt. ikke selv finde ud af at leve livet uden vejledning. Vi ser i daghospitalet mange pt. have brug for vejledning i selv helt dagligdags leveregler
<ul style="list-style-type: none"> • Bedre struktur og konsekvens fra barnsben
<ul style="list-style-type: none"> • Større social udredning af pt.'s problem inden de bliver henvist til regionspsykiatrien. Mange af pt.'s problem består i sociale problemer.
<ul style="list-style-type: none"> • Ændre opdragelse • Tidlig opsporing af psykiske lidelse • Forebyggelse i barnets liv
<ul style="list-style-type: none"> • Udbygge OPUS-lignende tilbud i forebyggelses øjemed
<ul style="list-style-type: none"> • Koordineringsplaner • Rehabiliteringsplaner
<ul style="list-style-type: none"> • Netværksmøder
<ul style="list-style-type: none"> • Casemanager/tovholder med afklaret mandat
<ul style="list-style-type: none"> • Tidlig indsats generelt – hvad med i højere grad at inddrage privatpraktiserende psykologer (til behandling af ex. angst, depression, OCD)
<ul style="list-style-type: none"> • Ny teknologi = mere effektivitet - § 141 plan – behandlingsopgave og sygehuskoordinering = kolde hænder til varme hænder – forebyggende
<ul style="list-style-type: none"> • Flere elektive indlæggelse • Flere pt. behandles ambulant • Koncentrere "dyre" behandlinger i almindelig arbejdstid så vidt muligt
<ul style="list-style-type: none"> • DDKM har gjort pædagogisk miljøterapi mindre – ex. hygiejne/behandling via pædagogisk aktivitet i køkken ved madlavning • Tænke på hvad det økonomisk koster ikke at behandle, ikke gøre indsatsen
<ul style="list-style-type: none"> • Rekruttering og fastholdelse af speciallæger
<ul style="list-style-type: none"> • Forskning skal styrkes

<ul style="list-style-type: none"> • Evidensbaseret behandling
<ul style="list-style-type: none"> • Styrke forskning, rekruttering og opgaveglidning
<ul style="list-style-type: none"> • Flere sundhedscentre omfattende praktiserende læger, psykologer, socialpædagog og fysioterapeuter samt udgående specialsygeplejersker fra behandlingspsykiatrien
<ul style="list-style-type: none"> • Fokus på afslutning • Tættere samarbejde med bostøtterne • Pakkeforløb • Styrkelse af team = mindre individuelle forløb her med en primær behandler
<ul style="list-style-type: none"> • Fremskudt myndighed på hospitalet. Pga. ventetid hos privatpraksis gives komprimerende ydelser hos kommunen – ikke hensigtsmæssigt
<ul style="list-style-type: none"> • Afholde klinikere for registrering og dokumentation, så tiden reserveres til patienttid i højere grad
<ul style="list-style-type: none"> • Arbejdet med ensrettede pt.forløb/behandlingspakker for bestemte sygdomsgrupper skal udbygges, så der bliver pakkeforløb for f.eks. depression, skizofreni m.m. • Alle personalegrupper skal inddrages i dette arbejde så man får en tværfaglig vinkel
<ul style="list-style-type: none"> • Gerne mere brug af IT – men ydelserne skal tælle med i aktivitetstallet
<ul style="list-style-type: none"> • Bostøtter – så der er en stabil kontakt for pt. Bostøtte ophører i samråd og kan vare meget længe
<ul style="list-style-type: none"> • Behandler skal kunne slippe pt. tidligere
<ul style="list-style-type: none"> • Flere ressourcer i den opsøgende tidlige ambulante indsats som forebyggelse af forværring – "tung" behandling – indlæggelse
<ul style="list-style-type: none"> • Mere forebyggelse og flere "mellem-løsninger", så borgeren enten undgår indlæggelse eller at indlæggelsen bliver kortere
<ul style="list-style-type: none"> • Silkeborgmodellen
<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitetsudvikling – specielt mhp. ændring af arbejdsgange
<ul style="list-style-type: none"> • Fokus på opgaven både før, under og efter indlæggelse
<ul style="list-style-type: none"> • Ved at afgrænse specialisternes opgaver. Andre og billigere faggrupper skal overtage opgaver der hvor det er ok for opgaven • Tidlig opsporing
<ul style="list-style-type: none"> • EPJ-problemer • Administrative belastninger • Flere i dagbehandling • Specialpsykologuddannelsen
<ul style="list-style-type: none"> • EPJ for pt. og ikke for meget administration
<ul style="list-style-type: none"> • Videre udvikling af "pakkeforløb" – evidens baseret
<ul style="list-style-type: none"> • Specialpsykolog meget mere på banen, vigtig aflastning af lægeopgaver • Neuropsykologisk udredning og psykologisk fokus
<ul style="list-style-type: none"> • Tilbud om psykologsamtaler bredt til motiverede borgere evt. gruppe
<ul style="list-style-type: none"> • Plejepersonale følger pt. under og efter udskrivelse eller pt. kommer i ambulante afd. for at få medicin
<ul style="list-style-type: none"> • Afstigmatiseringskampagnen "En af os!" • Gruppebehandling, og det at få mennesker med psykiske lidelser til at indse at de har en værdi og en rolle i samfundet • Tidlig intervention og behandling ved at den psykiatriske behandler kender sin pt. godt og arbejder tæt sammen med egen læge – dette reducerer behovet for langvarige indlæggelser og øger pt.'s mulighed for hurtigt at komme tilbage på arbejdsmarkedet
<ul style="list-style-type: none"> • Øget brug af gruppe- og dagbehandling

<ul style="list-style-type: none"> • Fortsat fokus på at styrke mestring af livssituation – aktiviteter der bygge op giver mulighed for inklusion i samfundet • Se ressourcerne hos selv de svageste pt.
<ul style="list-style-type: none"> • Psykolog 10-12 behandling til nedsat pris • Gruppeterapi
<ul style="list-style-type: none"> • Mulighed for psykologhjælp • Grupper
<ul style="list-style-type: none"> • En bedre førstegangsinnsats vil formentlig kunne forebygge genindlæggelser

Give eksempler på forbedringsmuligheder indenfor følgende:

- Ændringer af arbejds gange

<ul style="list-style-type: none"> • Bedre kommunikation – mellem region, kommune, praktiserende læger, bosteder og psykologer
<ul style="list-style-type: none"> • Mere fleksibilitet mellem region – kommune
<ul style="list-style-type: none"> • Mere aflastning for pt. i egen lejlighed
<ul style="list-style-type: none"> • Bedre udnyttelse af akutpladser (eks. akutpladser på bosteder)
<ul style="list-style-type: none"> • Sende invitation ud til tværfaglige samarbejdspartnere, der er meget tydelige ift. mål og arbejds punkt?, hvor den enkelte tværfaglige samarbejdspartner selv kan tage stilling til fremmøde eller vidensdeling via tlf.
<ul style="list-style-type: none"> • Samle oplysninger om pt.
<ul style="list-style-type: none"> • Vigtigt med tilgængelighed til specialistviden
<ul style="list-style-type: none"> • Støttehold som udreder så meget som muligt for specialisterne
<ul style="list-style-type: none"> • Færre møder
<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitet i henvisninger fra praksislæge til psykiatrien – præcise henvisninger • Lettere pt. ind – afslutter hurtigere • Optimere arbejds gange
<ul style="list-style-type: none"> • Større videokonferencer med pt. og samarbejdspartnere. • Større grad af koordinerende videokonferencer – brug sundhedscentre og socialpsykiatri på tværs. Det er en fælles opgave at lægge en plan for borgerne
<ul style="list-style-type: none"> • Minimere dobbeltregistreringer
<ul style="list-style-type: none"> • Kommunen bliver bedre til at "straks"-støtte færdigbehandlede pt.
<ul style="list-style-type: none"> • Udredningsforløb hvor sygeplejersker og psykologer deltager aktivt i udredningen – lægen stiller diagnosen og laver behandlingsplan med pt. som følges op af sygeplejerske og/eller psykolog
<ul style="list-style-type: none"> • Talegenkendelse i Midt-EPJ
<ul style="list-style-type: none"> • Individuelle/tilpassede forløb til den enkelte • Fokus på færdigbehandlede – overgang til kommunalt regi – særlig koordinator med fokus på dette kommunalt
<ul style="list-style-type: none"> • Udnyttelse af bookingsystemet i EPJ – effektivisere arbejds gange og bruge mindre tid på booking af pt.
<ul style="list-style-type: none"> • Fokus på hvad der er vores kerneydelser • Er der andre der kan løse opgaven?
<ul style="list-style-type: none"> • Vi personaler i daghospitalet behandler pt. nu pga. lægemanglen. Det går rigtig godt!
<ul style="list-style-type: none"> • Større socialudredning inden henvisning til psykiatrien • Projekter der bliver igangsat bliver fulgt til dørs inden der bliver iværksat nyt (at politikerne lytter til dem, der arbejder med pt. til dagligt)

<ul style="list-style-type: none"> • Forebyggende indsats (også fra kommunen) • Kortere og intense behandlingsforløb
<ul style="list-style-type: none"> • Møderne kan begrænses og reduceres, så vil der blive frigivet tid til flere pt. • Hver pt. kommer til 2 forsamtaler – det kan reduceres til 1 forsamtale
<ul style="list-style-type: none"> • Kortere, men mere intense forløb – evt. mere opsøgende (hjemmebesøg)
<ul style="list-style-type: none"> • Tættere forløb X 1 ugentlig og kortere forløb
<ul style="list-style-type: none"> • Fokus på patientforløb = finde fælles "billeder" på hvad der faktisk sker i et forløb!!
<ul style="list-style-type: none"> • Åben visiteret dag-værested i hospitalsregi
<ul style="list-style-type: none"> • Screene patienterne hurtigt og igangsat behandling • Klinikere bruger for meget tid på registrering og dokumentation
<ul style="list-style-type: none"> • Lige nu laver læger og sygeplejersker mere og mere sekretærarbejde – en del opgaver bør gå retur til lægesekretærene
<ul style="list-style-type: none"> • Afkrydsningskemaer på PC frem for journalprosa
<ul style="list-style-type: none"> • Patient skal betale for mad ved indlæggelse
<ul style="list-style-type: none"> • Telemedicin – også til overgange
<ul style="list-style-type: none"> • Ved længere indlæggelser (over 1 mdr.) kunne pt. selv betale for kost • Styrke forskningen – bruge evidensbaserede metoder • Kommunerne styrer de psykisk syges huslejudgifter for lidt. Pointen er, at styring af de basale udgifter for en pt. kan fjerne meget stress
<ul style="list-style-type: none"> • Møder i cyberspace • Overlap via IT • Kortere/færre møder med fysisk tilstedeværelse
<ul style="list-style-type: none"> • Samarbejde kommune/socialforvaltning der kan vurdere og undersøge, og så kan psykiatrien komme ind med den sundhedsfaglige ekspertise, så psykologer kan varetage nogle arbejdsopgaver som psykiatere har i dag
<ul style="list-style-type: none"> • Når fagfolk henvender sig for at få en patient vurderet eller indlagt mødes de med stor modstand. Det signalerer ikke respekt for hinandens faglighed, og det fremmer ikke mulighederne for at hjælpe pt.
<ul style="list-style-type: none"> • Evt. primær vurdering hos sygeplejersker = lettere for speciallæger
<ul style="list-style-type: none"> • Mere terapi = koster penge i psykiatrien • Mere medicin = koster penge i staten
<ul style="list-style-type: none"> • Klæde praktiserende læger bedre på til at henvise og efterfølgende behandle psykiatiske pt.
<ul style="list-style-type: none"> • Sparring til almen praksis fra lokalpsykiatrien • Kulturen: arbejd med respekten for andres vurderinger ex. den kommunale socialpsykiatri, lægerne i almen praksis, lokalpsykiatriens medarbejdere. De kender personens funktionsniveau over år – lægen i modtagelsen kan afvise på baggrund af ½ times samtale!
<ul style="list-style-type: none"> • I arbejdet for at finde livsstilssygdomme hos de psykiatiske pt. har jeg oplevet at der bliver bestilt prøver jeg som praktiserende læger har taget – kommunikation!
<ul style="list-style-type: none"> • Bedre 1. gangs forløb opfulgt af god koordinering med kommunerne
<ul style="list-style-type: none"> • Bedre koordinations"kort" og kontakt til kommunerne om at en borger er indlagt og skal have en kontakt i den enkelte kommune
<ul style="list-style-type: none"> • Mindre <u>papirburekrati</u> – en mere effektivt og velfungerende elektronisk journal • Effektivisering af journalføring – akut behov for forbedring af et tidskonsumerende journalsystem
<ul style="list-style-type: none"> • Opgaven bliver præget af kvalitetskrav, administration, dokumentation – formindsk

administrative opgaver og giv plads til klinik
<ul style="list-style-type: none"> Mindre registrering Færre kvalitetsparametre – det skal være efter konkret vurdering fra klinikeren og efter behov (mange generelle anbefalinger tager lang tid og er ikke altid meningsfyldte)
<ul style="list-style-type: none"> Dobbeltregistreringer bør undgås ex. ved afbud
<ul style="list-style-type: none"> Ikke så mange registreringskrav – tilbage til tillid til behandler Mere og bedre psykologisk udredning
<ul style="list-style-type: none"> Daghospital og gruppebehandling genoptages som behandlingsmetoder af personalerationalisering
<ul style="list-style-type: none"> Højere grad af tillid til personalet = mindre registreringsarbejde
<ul style="list-style-type: none"> Mulighed for hurtig afklaring ved ambulant/kort indlæggelse og derefter tilbage til almenpraksis. Øget samarbejde mellem almenpraksis, kommuner, psykiatri. Beskrivelse af forløb for tværsektorielt samarbejde
<ul style="list-style-type: none"> Tidlig opsporing
<ul style="list-style-type: none"> Flere forløbsprogrammer – behandlingsspakker
<ul style="list-style-type: none"> Mobilteams
<ul style="list-style-type: none"> Mulighed for regionale BUC supervision/sparring til kommunerne
<ul style="list-style-type: none"> Mulighed for andet end nystartede sager, igangværende kan indenfor psykiatrien have brug for mere end 3 opfølgninger ellers kræver det mulighed for overlevering til andre kompetente
<ul style="list-style-type: none"> Kommuner kan bruge bosteder med behandling i stedet for at pt. indlægges. Det er trods alt billigere med en plads på et bosted end en hospitalsindlæggelse. Det bliver selvfølgelig dyrere for kommunen, men billigere for samfundet
<ul style="list-style-type: none"> Vedr. pt. der henvises til videre behandling med sygesikringshenvielse, bør det nøje vurderes om det være tilstrækkeligt og om egenbetaling er rimelig, ligesom det i øvrigt stiller særlige krav til samarbejde
<ul style="list-style-type: none"> Afventning af kommunal sagsbehandling
<ul style="list-style-type: none"> <i>Opgaveglidning mellem personalegrupper og sektorer</i>
<ul style="list-style-type: none"> Mobilteam/akutteam – sygeplejersker der er specialuddannet
<ul style="list-style-type: none"> Udbygge mobilfunktion Præcisere opgaven – hvem skal og hvem kan
<ul style="list-style-type: none"> Tidligere mere samarbejde sektorerne imellem Flere faggrupper indover, så ventetider bliver kortere
<ul style="list-style-type: none"> Samtaler Udredning
<ul style="list-style-type: none"> Kan psykologer assistere ved diagnosticering? Kan sygeplejersker overtage behandlingsopgaver?
<ul style="list-style-type: none"> Etablere delestillinger mellem region og kommune for ex. at forhindre gentagne indlæggelser
<ul style="list-style-type: none"> Fra psykiatere til: psykologer, sundhedsuddannede medarbejdere/socialrådgivere, praktiserende psykiatere
<ul style="list-style-type: none"> Flere personalegrupper kan deles om eks. udredning
<ul style="list-style-type: none"> Specialpsykologer
<ul style="list-style-type: none"> Opnormering af sekretærer og servicepersonale, så eks. de faggrupper - læger, psykiatere – kun skal gøre det der er mest nødvendigt (diagnose, behandling)
<ul style="list-style-type: none"> Nogle konkrete KRAM tilbud målrettet psykiatrien kan understøtte både forebyggelse af

<p>somatiske sygdomme og understøtte "samtaletterapi".</p> <ul style="list-style-type: none"> • Større brug af andet sundhedsfagligt personale • Fjerne journalopgaver fra psykiaterne
<ul style="list-style-type: none"> • Fokus på opgaveglidning. Prioriter hvad det er allervigtigst psykiateren bruger sin tid på – andre opgaver overgives til specialsygeplejersker, ergoterapeuter og psykologer
<ul style="list-style-type: none"> • Evt. at kontaktperson fra afdelingen følger pt. ud et stykke tid efter indlæggelse og hjælper med etablering i kontakten, hvor pt. skal følges (jf. relationen/relationsarbejde)
<ul style="list-style-type: none"> • Tydelighed ift. hvilke opgaver hvem kan løse
<ul style="list-style-type: none"> • Udredningsforløb hvor sygeplejersker og psykologer deltager aktivt i udredningen – lægen stiller diagnosen og laver behandlingsplan med pt. som følges op af sygeplejerske og/eller psykolog
<ul style="list-style-type: none"> • Fokus på sektoransvarlighed – hvad er "skal" henholdsvis "kan/bør" • Forbedre efterværnet – reduktion af tilbagefald "svingdørsborgere"
<ul style="list-style-type: none"> • En del af udredningen kan med fordel varetages af sygeplejersker under supervision af en psykiater. Dette fungerer fint i daghospitalet, hvor plejepersonalet foretager observationer, der videregives til psykiateren
<ul style="list-style-type: none"> • Pt. i fokus i stedet for kassetænkning (region kontra kommune)
<ul style="list-style-type: none"> • Opgaveglidninger eller forsøg på dette mellem kommune og region. Behov for at få klare regler/grænser mellem region og kommune
<ul style="list-style-type: none"> • Pga. lægemangel har der været god effekt af hvor socialrådgivere optager anamnese til journalen, og får klarhed over de sociale problemer der skal videre til kommunen
<ul style="list-style-type: none"> • Dele udredning – mere tværfaglighed
<ul style="list-style-type: none"> • Efter regulering af eks. central stimulerende medicin = følges medicin hos egen læge
<ul style="list-style-type: none"> • Lettere overgang for pt. til almenpraksis, så der kan komme flere pt. til ift. hurtigere diagnosticering
<ul style="list-style-type: none"> • Opgaveglidning fra læger til psykologer til sygeplejersker (forudsat efteruddannelse, så kvaliteten holdes)
<ul style="list-style-type: none"> • Støtte til almenpraksis, således at de kan bære en større del
<ul style="list-style-type: none"> • Udredning og igangsættelse af behandling i regionen – herefter forløb i kommunen • Kommunale socialrådgiver kunne være en del af de regionale behandlingstilbud
<ul style="list-style-type: none"> • Praktiserende psykiatere – supervision af praksis • Psykologer kunne understøtte specialpsykiaterpraksis
<ul style="list-style-type: none"> • Flere opgaver til sygeplejersker og andre personalegrupper så lægerne aflastes • Bostøtten skal være længere tid – kan måske være med til at forebygge genindlæggelse
<ul style="list-style-type: none"> • Uddannelse af ekspertsygeplejersker (som i England)/overtagelse af dele af lægernes arbejde
<ul style="list-style-type: none"> • Stærkere samarbejde mellem sektorer omkring pt. Incitamentsstrukturer og langsigtede holdbare løsninger
<ul style="list-style-type: none"> • At al behandling også psykolog og psykoterapeuter i det private bliver gratis
<ul style="list-style-type: none"> • Ikke opgaveglidning fra region til kommune med mindre der flyttes midler • Ansæt flere psykologer og sygeplejersker i stedet for læger – da de er billigere og der er større "udbud" af de personalegrupper
<ul style="list-style-type: none"> • Prioritering af uddannelse til f.eks. sygeplejersker således at kompetencer kan følge opgaveglidningen
<ul style="list-style-type: none"> • Der er mangeårig god erfaring med dette i det tidlige Ringkøbing Amt

<ul style="list-style-type: none"> • Kvalificere ansatte med mellemlange uddannelser til at varetage flere specialiserede opgaver
<ul style="list-style-type: none"> • Shared care løsninger
<ul style="list-style-type: none"> • Oplære administrativ personalegruppe til delvis erstatning for lægemanglen
<ul style="list-style-type: none"> • Der er mange dobbeltregistreringer og kun i EPJ, hvilket der bruges meget ekstra tid på. Mulighed for at sende korrespondance elektronisk • Opdater telefonnumre og adresser – også for lægerne, så vi ikke skal sidde og søge info.
<ul style="list-style-type: none"> • Flere sekretærer således at speciallæge kan aflastes ift. EPJ booking, breve, udfærdigelse af dagsordner, indkaldelser
<ul style="list-style-type: none"> • Opkvalificering af sygeplejersker til medicinsk rådgivning • For meget administrativt skal gennem overlægerne som ikke nødvendigvis kender pt.
<ul style="list-style-type: none"> • Specialpsykologer skal anvendes meget målrettet jf. bekendtgørelsen til at varetage en lang række opgaver som det er beskrevet i lovgivningen. Læger har specialkompetencer ift. somatik/medicin. Specialpsykologer har specialkompetence ift. psykologiske undersøgelser (neurologiske m.m.)
<ul style="list-style-type: none"> • Tværfagligt samarbejde hvor læge, sygeplejerske, psykolog, socialrådgiver alle fungerer som behandlere for pt. (1 pt. pr. behandler). • Supervision af overlæge • Observationer foretages af plejepersonale som også laver miljøterapi
<ul style="list-style-type: none"> • At der følger kroner og prestige til faggrupper der får opgaven ved opgaveglidning! • Eftersamtale og observationsniveauer, modtagelse, ordination- og seponering af skærmning som ikke er med tvang, kan med fordel varetages af plejepersonale
<ul style="list-style-type: none"> • Afdelinger og distriktpsychiatrien kan måske slås sammen

- *Innovative løsninger – eks. telemedicin*

<ul style="list-style-type: none"> • Telemedicin kunne bruges ved akut hjælp fra læge fra Viborg
<ul style="list-style-type: none"> • Der er for mange afbud og udeblivelser af pt. Dette problem, hvis det blev løst, kunne give flere ressourcer til behandling af motiverede pt.
<ul style="list-style-type: none"> • Videomøder
<ul style="list-style-type: none"> • Målrettet brug af "interval-indlæggelser" • Bedre afvikling af færdigbehandlede pt. (fælles ansvar kommune/region)
<ul style="list-style-type: none"> • Få hurtigere afsluttet pt. – dvs. efterværnet skal være der hos kommunen og skal være holdbare • Blive tydeligere på hvad regionspsykiatriens opgave er • Nogle samtaler kortere end det sædvanlige • Færre udeblivelser – eks. SMS ordning
<ul style="list-style-type: none"> • Et system hvor pt. kan bestille recepter elektronisk • Tæller videosamtale som ydelse?
<ul style="list-style-type: none"> • Videomøder mellem sektorerne
<ul style="list-style-type: none"> • Evt. videomøde en dag om ugen med speciallæge + ledere hvor regionale eller kommunale parter kan byde ind via mail med en "sag"/pt. (sparer lægedækning, man kan behandle flere/få flere gennem systemet)
<ul style="list-style-type: none"> • Decentrale konsultationer – psykiatrien kan arbejde på forskellige matrikler. Én dag i et optageområde, en anden i et andet område • Webkonsultationer, også chatkonferencer – større brug af webplatforme – kan også understøtte de mere socialt indadvendte borgere.

<ul style="list-style-type: none"> • Prøv at få LEAN-konsulenter til at gå arbejdsgangene igennem • Kan borger selv booke ledige psykiatritider – åben webbooking for borger/almen praksis • Lade psykiatere pege på 3 opgaver hver, som nogen andre kan varetage • Computergenkendelse af stemme, direkte journaloptag gennem det talte • Bruge sociale medier som eks. Facebook til borgernetværk, så de ensomme får et kommunikationsforum til andre og patienterfaringsudveksling • Bruge screeningsværktøjer så andet sundhedsfagligt personale kan forvisitere • Få kommunerne til at tænke psykiatriske akut døgntilbud, samtalerterapi. Nogen gange er en snak nok • SMS konsultationer – alle har mobiltilf. • "Psykiatri-kuffert" a la KOL-kuffert – fortæl hvordan du har det, så ringer vi dig op - Sundhedsfaglig monitorering, så vi tager kontakt til de mest syge. Kan vi forebygge psykoser på den måde?
<ul style="list-style-type: none"> • Mobilteam m. socialrådgivere • Flere i mobilteams • Dokumentation – samles i korte notater
<ul style="list-style-type: none"> • Mobilteam af socialrådgivere
<ul style="list-style-type: none"> • Teletolkning • Webcam
<ul style="list-style-type: none"> • Forløbskoordinator • Delte stillinger mellem kommune og Region • Højere disciplin ved mødeafholdelse
<ul style="list-style-type: none"> • Hvem mødes om hvad? – mødestruktur ved mail/video
<ul style="list-style-type: none"> • Dagshospital som overgang mellem sygehus og ambulant tilbud
<ul style="list-style-type: none"> • Mulighed for hurtig aflastning enten midlertidig ophold et sted ved hurtig opnormering i kort periode
<ul style="list-style-type: none"> • Elektroniske løsninger skal tælle med i produktivitetstal
<ul style="list-style-type: none"> • Telemedicin kunne være fint for 30-40 % af brugerne
<ul style="list-style-type: none"> • Web-cam løsning til kommunal bostøtte, det er aktuelt at forsøge i Aarhus kommune • Telepsykiatri f.eks. for lettere depressioner, der kan følge et behandlingsprogram hjemmefra f.eks. Fear Fighter
<ul style="list-style-type: none"> • Selvbehandlingsprogrammer – Fear fighter
<ul style="list-style-type: none"> • Sundhedshuse med bredt udbud af sektorer kunne være udgangspunktet
<ul style="list-style-type: none"> • Udbygning af videokonferencer – behandling via telemedicin, nemme velfungerende løsninger • Satellitfunktioner i yderkanterne af optageområdet fx Favrskov og Samsø • IT-løsninger på tværs af sektorer
<ul style="list-style-type: none"> • Bedre IT-grænseflader ift. brugervejledning med web, mail og sms fx forebygge sygdomsperiode
<ul style="list-style-type: none"> • Rekruttering og fastholdelse af psykiatere er vigtig • Opfordre psykologer til at tage ny psykiatrisk 4-årig uddannelse • Dokumentation i dagligdagen er meget tidsrøvende i hverdagen – bruges al dokumentation til noget eller er det tid der går fra behandling af pt.? • Telemedicin et godt middel ved pt.'s overgang fra en behandler til anden fordi mere kan overdrages mere nuanceret frem for al den skriftlige dokumentation
<ul style="list-style-type: none"> • Kognitive programmer på smartphones?

<ul style="list-style-type: none"> • Netværksmøde med web-kamera til psykiatrien
<ul style="list-style-type: none"> • Hjemme ECT
<ul style="list-style-type: none"> • Åbenhed i systemet • Forskning • Supervision på lokalplan
<ul style="list-style-type: none"> • Afklaringsklinik med specialviden
<ul style="list-style-type: none"> • Grupper evt. startet i kommunen overtages af behandlingsdelen
<ul style="list-style-type: none"> • Projekt Fremtidens psykiatri i Vest med telemedicin • Anvendelse i gerontoambulatoriet – telekonference med plejehjem og med distriktpspsykiatriske sygeplejersker i marken. Speciallæge giver vejledning over skærmen
<ul style="list-style-type: none"> • Grupper på tværs af region og kommune • Indsats ift. arbejdsmarkedet ude på virksomhederne/uddannelses-institutionerne
<ul style="list-style-type: none"> • Inklusion af privatsektoren. Novo Nordisk, Pziser, Lundbeck, Lilly etc. bør alle have ca. 5-10 % mennesker med psykiatriske lidelser. Mere og bedre samarbejde med privatsektoren er væsentligt med tidlig diagnose og hjælp til egen læge. • Styrkelse af plejehjemssektoren således at ældre mennesker trives bedre i dagligdagen – gerontopsykiatri • Social cooperate responsebility – store firmaer og andre småfirmaer skal spille en aktiv rolle i at sikre arbejde til mennesker med psykisk sygdom mod evt. skattelettelser eller bedre social cooperate responsebility. • Psykiatrien skal hjælpe med tidlig forebyggelse og behandling inkl. mindfulness behandling af mennesker med stress
<ul style="list-style-type: none"> • Dagbehandling • Gruppebehandling • Samarbejde med arbejdsmarkedet/uddannelses-systemet
<ul style="list-style-type: none"> • Frivillig telefon"rådgivning" • Mentorordning/støtte-kontaktpersoner
<ul style="list-style-type: none"> • Lade pt. hente hinanden, husk tavshedspligten
<ul style="list-style-type: none"> • Frivillige inddrages mere i aktiviteter
<ul style="list-style-type: none"> • "Afklarings klinikken" – i det virtuelle rum
<ul style="list-style-type: none"> • Lad flere specialpsykologer diagnosticere, da det er dem, der har erfaringerne med ICD-10 • Flere gruppebehandlinger og støttegrupper – også for pårørende
<ul style="list-style-type: none"> • Familienetværksmøder • Støttekontaktpersoner • Obs etik/tavshedspligt
<ul style="list-style-type: none"> • Bedre evaluering af de forsøg der bliver sat i gang
<ul style="list-style-type: none"> • Samarbejde mellem region, kommune, praksis ift. at afklare hvem der skal behandles i psykiatrien, hvad kan klares i det sociale system • Tidlig indsats kan måske begrænse tilgangen af unge
<ul style="list-style-type: none"> • Gode erfaringer med videokonferencer men i komplekse problemstillinger er det ikke optimalt
<ul style="list-style-type: none"> • Bruge alle de muligheder der findes elektronisk – skype, smartphones osv

Hvordan kan vi løse udfordringerne forbundet med specialiseringen – herunder afstandsproblematikken?

Hvordan sikrer vi, at patienter med flere forskellige psykiske lidelser får det rette tilbud?

<ul style="list-style-type: none"> • Specialister kommer til lokale hospitaler eller klinikker
<ul style="list-style-type: none"> • Tværfagligt samarbejde med de forskellige partnere, behandlere
<ul style="list-style-type: none"> • Speciallæger/videokonference • Psykologer der samles
<ul style="list-style-type: none"> • Kendskab til tilbuddene bl.a. for at kunne henvise til rette tilbud
<ul style="list-style-type: none"> • Speciallæger sendes rundt (eks. som England) • Videokonferencer og konsultationer • Psykologhuse med forskellige "specialer" • Relationen er vigtigst!!
<ul style="list-style-type: none"> • Udvide tilbudsviften ift. netbaseret behandling/undervisning
<ul style="list-style-type: none"> • Information til primærsektor om tilbud • "Udgående" aktiviteter, infomøder m.m.
<ul style="list-style-type: none"> • Vigtigt at kunne trække på faglige kompetencer på tværs, så borgeren ikke skal flyttes rundt i systemet på kryds og tværs
<ul style="list-style-type: none"> • Konferencer på tværs af specialeområderne, så specialfagligheden rækker ud i hele regionen
<ul style="list-style-type: none"> • Lave psykiatriske diagnostiske centre med somatikken • Rigtig diagnostik er afgørende – også somatisk • Tværfaglige patientkonferencer via web, også på tværs af psykiatriske specialer. • Fokusér på behandlingsmål og prioritering, så problemer kan blive rangordnet
<ul style="list-style-type: none"> • Løbende vurdering af aktionsdiagnose – hvad er den største problematik? Hvor skal vi sætte ind/hvilken behandling skal iværksættes?
<ul style="list-style-type: none"> • Afstand som et vilkår vi ikke kan løse! – men hvordan får vi det bedste ud af det? • Regionsfunktion som rådgivende funktion ift. hovedfunktion • Kan regionsfunktion have aftenåbent?
<ul style="list-style-type: none"> • Pt. skal udredes ved en fælles klinik, hvor der også kan tages stilling behandlingsplan og opfølgning. • Forløbskoordinator
<ul style="list-style-type: none"> • Videokonferencer, således at pt. får behandling i nærmiljøet
<ul style="list-style-type: none"> • Benyttelse af regions- og højt specialiseret funktion i højere grad • Samarbejde mellem relevante afdelinger • Sikre diagnostik af alle lidelser
<ul style="list-style-type: none"> • Ved at åbne psyk. for flere grupper ex. misbrugere
<ul style="list-style-type: none"> • Supervision
<ul style="list-style-type: none"> • Det vil kunne gøres ved at første samtale med pt. sker med det udgangspunkt, at man ikke med sikkerhed kender/mener at vide hvad diagnosen er • Nogle pt. kunne med fordel observeres i dagbehandling og observationerne gives til psykiater som dermed har flere oplysninger og observationer at bygge sin diagnose på
<ul style="list-style-type: none"> • At pt. kan få det bedste tilbud af højt specialiserede læger tilkendt uanset om de passer ind i målgruppen • Ønskeligt at målgruppen kommer forbi afdelingen og ser pt. der og udtager de pt. der er indenfor målgruppen
<ul style="list-style-type: none"> • En god detaljeret henvisning med alle observationer fra egen læge. Ved regionspsykiatrien en god bred udredning, hvor socialrådgivere udreder og beskriver

<p>sociale problemstillinger – familieforhold, misbrug m.v. og lægevurdering af psykisk lidelse og diagnosticering</p> <ul style="list-style-type: none"> • En god og grundig undersøgelse/undersøgelse sikrer en klar diagnose. Det gør en stor positiv forskel at pt. får den rigtige diagnose fra start. Positivt for pt. da behandleren kan stille tidligt op og ressourcebesparende for systemet
<ul style="list-style-type: none"> • Bedre henvisninger fra egen læge • Godt samarbejde mellem tilbuddene/alle tilbuddene • Evt. udredning/observationer i daghospital
<ul style="list-style-type: none"> • Tværfaglig team – konference drøftes • Forvisitation af læge-sygeplejerske sendes videre til aktuelle team
<ul style="list-style-type: none"> • Hurtigere med præcis udredning/diagnosticering
<ul style="list-style-type: none"> • At den rigtige diagnose er stillet • Visitationsafsnit • Akut udrykningstjeneste
<ul style="list-style-type: none"> • Kortere ventetid • Forløbsbeskrivelser • Pakker • Undervisning af de praktiserende læger, supervision
<ul style="list-style-type: none"> • Mobile specialteams
<ul style="list-style-type: none"> • Samlet transportpulje – så specialister kan køre ud til lokalt område frem for at flere personer (PPR, socialforvaltning, skole etc.) og dermed flere ressourcer kører til specialisten
<ul style="list-style-type: none"> • Samlet transportpulje - Friklinikken kører ud til netværksmøder eks. Struer eller 1 pæd., 2 lærere, 1 skoleleder, socialforvaltning og PPR den anden vej
<ul style="list-style-type: none"> • Nogle har gavn af centraliserede tilbud ret hurtigt, men ellers vil det være en god idé at behandle så lokalt som muligt
<ul style="list-style-type: none"> • Bevar og prioriter lokalpsykiatrierne
<ul style="list-style-type: none"> • Kost som psykiatrisk special behandling på afdelingen –f.eks. kost der hjælper med depression og andre diagnoser
<ul style="list-style-type: none"> • Fokus på kostens sammenhæng med medicinering
<ul style="list-style-type: none"> • Mere fokus på funktionelle lidelser og mere fokus på allersvageste marginaliserede og sygeste pt. som overmedicineres
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostiske centre kan måske udrede hurtigere • Længerevarende behandlinger kan foregå mere decentralt
<ul style="list-style-type: none"> • Specialisering kan kvalificere drøftelserne om den enkelte pt. frem for postnummer • Uddannelsesopgave ift. praksis • Der bør stadig være "almen" viden til rådighed • Specialist på et område – afspecialisering på andre • Postnummerpsykiatri har sine fordele ift. nærhed og samarbejdsrelationer
<ul style="list-style-type: none"> • Præcis diagnostik • Undervisningssupport af praktiserende læger • Efteruddannelse af praktiserende læger
<ul style="list-style-type: none"> • Beholde elementer af lokalpsykiatritanken, og huske at relationer er vigtige
<ul style="list-style-type: none"> • Behandlingspakker/sygdomspakker • Måske skal specialisterne komme ud til pt. i lokalområderne?
<ul style="list-style-type: none"> • Højt kvalificeret visitation til tilbuddene • Højt informationsniveau så almenpraksis er grundig informeret om tilbuddene

<ul style="list-style-type: none"> • Dygtigt personale
<ul style="list-style-type: none"> • Samarbejde på tværs af de specialiserede enheder – en vis grad af generalist er nødvendig for at kende og kunne behandle "bidiagnosen" alternativt med henvisning til de højere specialiserede enheder – men de er længere væk og for dyre – skal vi genopfinde mere lokale "generalistspecialisten"?
<ul style="list-style-type: none"> • At uanset hvor pt. lander skal vi "se" pt. som det menneske pt. er. • At vi lytter til pt. – og at vi fortsat behandler det hele menneske • At vi søger hjælp hos andre (specialister), hvis vi støder på andre problemstillinger, end den vi selv er specialister på
<ul style="list-style-type: none"> • Lytte til brugeren, såfremt det er muligt inden for den faglige ramme og imødekomme brugerens ønske om indsats. Imødekommenhed understøtter indsatsen
<ul style="list-style-type: none"> • Ved at kommunen inddrager VISO med udredning og ikke bare handler i blinde, samt ikke kun er kassetænkning
<ul style="list-style-type: none"> • Optimering af almenpraksis diagnostik (det fungerer langt hen af vejen godt i forvejen) evt. via mere synlig mulighed for rådgivning fra specialafdelingerne
<ul style="list-style-type: none"> • Kommunal regi bør nok også i højere grad sikre sig eget specialisering
<ul style="list-style-type: none"> • Ved at man giver individualiseret specialiseret tilbud til den enkelte – der hvor de nu er
<ul style="list-style-type: none"> • Omfattende rådgivning med pt.'s ønske/vurdering i centrum
<ul style="list-style-type: none"> • Tæt samarbejde mellem de forskellige specialfunktioner i psykiatrien • Mere efteruddannelse • Der er en stor mangel på bosteder og det er en større byrde end kommunerne kan løfte. Derfor må regionen ind
<ul style="list-style-type: none"> • Satellitkontorer i kommunale sundhedscentre ved specialisering
<ul style="list-style-type: none"> • Helhedstilbud • At eksperterne "taler" sammen/kender hinanden/ved hvem man henviser til, når man er i tvivl
<ul style="list-style-type: none"> • Central visitation med udgående funktion
<ul style="list-style-type: none"> • Centralisering af diagnosticering • Helhedsbetragtning af det enkelte menneske
<ul style="list-style-type: none"> • Få også mere forskning ind i vest-psykiatrien – ikke kun Risskov • At de behandles af erfarent personale, som har bred erfaring med flere lidelser • At de henvises til primære diagnose, idet det kan medføre helbredelse af komorbide psykiske lidelser • Højere grad af samarbejde – også inden for psykiatrien, så pt. ikke bliver kastebold • Ikke for stramme regler for behandlingsområde, så systemet også er fleksibelt
<ul style="list-style-type: none"> • Få flyttet fokus fra det der er "skraldespands" pt. ingen ønsker at arbejde med – men i stedet gøre det til et "attraktivt" speciale med ressourcer til at få udredt pt. og få lagt en grundig behandlingsplan
<ul style="list-style-type: none"> • Vidensdeling gennem medier/vidensflytning
<ul style="list-style-type: none"> • Decentralisering med satellitfunktioner – undgå at lægge alting i Århus • Bedre transportmuligheder • Nemmere parkering for behandlere – det er nødvendigt når medarbejdere skal flytte sig • Plads til at behandlingen kan tilpasses pt.! Stol på behandlernes dømmekraft
<ul style="list-style-type: none"> • Vi skal have en distriktspsykiatri • Vi skal have behandling tæt på pt. ellers udebliver de • Højt kvalificeret supervision er afgørende

<ul style="list-style-type: none"> • Ved at højne generalisternes faglige niveau så mange kan behandle pt. mere efter deres behov end efter specialer • At blive dygtige til at behandle på tværs af diagnoser og give sig tid til observationstid før specialdiagnose stilles
<ul style="list-style-type: none"> • At behandler og plejepersonale har en bred almen viden - skal være uddannet og hele tiden efteruddannes • Pt. behandles lokalt – behandler udveksler viden med specialister ved behov
<ul style="list-style-type: none"> • Det er vigtigt med en udredning og tid. Diagnoser er bygget på symptomer, som skifter over tid. Der kan gå 3 år før man får den rette diagnose, som viser hvilke behandling der virker. Observationstiden er vigtig fra dage til år. • Helhedssyn giver den rette behandling
<ul style="list-style-type: none"> • Eksperterne må tale sammen på tværs. Det er ikke pt. der skal farte rundt mellem behandlingstilbuddene
<ul style="list-style-type: none"> • Specialisering er godt og læger skal være specialister, men man skal også kompetenceudvikle det tværfaglige personale, så man kan gennemføre systematisk observation og prioritere tiden, så der gives tid nok inden diagnosen stilles og undgå at igangsætte uhensigtsmæssig medicinsk behandling. • Observation af aktivitetsniveau og færdigheder er meget væsentlige, og derfor er fysio- og ergoterapeuter også meget vigtige i udredningsfase
<ul style="list-style-type: none"> • Øget samarbejde mellem de specialiserede enheder – gennemgående behandler, som søger afklaringen vjh. af eksperter
<ul style="list-style-type: none"> • Lade være med at centralisere
<ul style="list-style-type: none"> • Acceptere at der er forskellige vilkår for udvidelse af psykiatrien og muligheder i forskellige geografiske områder • Anerkende at det har konsekvenser for hvordan psykiatrien kan organiseres og udøves • Specialisering • Tværsektorielt samarbejde • Faggruppesammensætning og roller
<ul style="list-style-type: none"> • Specialistbehandling ser som oftest ikke hele pt. – det er vigtigt at sikre en holistisk integreret behandling – som adresserer hele pt. • Specialisering vanskeliggør en integreret behandling af disse pt. Det er væsentligt at vi alle som behandlere har uddannelse, kvalifikationer og ressourcer til at kunne sikre optimal integreret behandling lokalt. Psykiatriske pt. skal behandles lokalt og tæt ved familien. Alle psykiatere skal kunne behandle optimalt lokalt med supervision og støtte fra mere centralt baserede specialister. Her kan vidensdeling foregå via "tele" - ,am kunne evt. via tele se på pt. lokalt sammen med specialist. • Standardiserede retningslinjer for diagnose og behandling vil kunne hjælpe meget her, men med respekt for at mennesker med samme diagnose kan have meget forskellige behov i deres behandling. Specialisering medfører ikke bedre kvalitet. Kvalitet er at få adgang til specialiseret behandling lokalt, så man kan fortsætte sit liv samtidig

Hvordan kan vi løse de udfordringer, som længere afstande til behandlingstilbuddene kan medføre?

<ul style="list-style-type: none"> • Fasthold at det er op til pt. selv at tage imod tilbuddet • Der kan jo tilbydes akuttransport til indlæggelse, men evt. en pårørende kan køre – og derved kender til pt.'s sygdom/besværligheder
<ul style="list-style-type: none"> • Satellitfunktioner de enkelte steder

<ul style="list-style-type: none"> • Udkørende teams. Pt. magter det ikke og resultatet kan være/er udeblivelse
<ul style="list-style-type: none"> • Det er vigtigt fortsat at bevare et lokalt behandlingstilbud til de pt. som ikke kan – af den ene eller den anden grund, benytte de behandlingstilbud der er langt væk
<ul style="list-style-type: none"> • Behandlingstilbuddene kunne komme til pt. i stedet for omvendt • Udbygning af mobilteams • Udbygning af daghospitalerne
<ul style="list-style-type: none"> • Telemedicin • Sparring med de specialiserede tilbud. Pt. behøver ikke altid flytte sig. Det vil i en del tilfælde kunne klares med telemedicin eller ved at psykiater på de forsk. behandlingssteder taler sammen – eller mødes omkring enkelte pt. • Betaling af pt. transport
<ul style="list-style-type: none"> • Aftenåbent – så man kan deltage i arbejdsmarkedsrettede tiltag
<ul style="list-style-type: none"> • Afstande er <u>ikke</u> et problem – men for nogen en nødvendighed for at sikre kvalitet i indsatsen • Fokus på hvordan man kan sikre vilkårene for pt. – ændring af metoder og betaling af transport
<ul style="list-style-type: none"> • Let transport for pt. • Aftenåbent • Videomøder • Pt. skal hurtigt tilbage fra de specialiserede tilbud til regionsfunktionen
<ul style="list-style-type: none"> • Ændrede åbningstider – aften/weekend konsultationer
<ul style="list-style-type: none"> • Er pt. berettiget til kørsel?
<ul style="list-style-type: none"> • Samarbejde med kommunale psykiariteams – lad pengene følge pt. hvor det giver mening. Brug evt. psykologer i botilbud og kommuner
<ul style="list-style-type: none"> • Ekstra lokaler på små behandlingssteder til specialister
<ul style="list-style-type: none"> • Prioritering af opgaver ud fra behov og ikke ud fra geografisk placering og eksisterende relationer
<ul style="list-style-type: none"> • Telefonrådgivning
<ul style="list-style-type: none"> • At pt. sammen med lokale behandlere kommer til de specialiserede tilbud – så viden bliver delt og behandlingen kan fortsætte lokalt
<ul style="list-style-type: none"> • Personalet fra højt specialiserede og regionsfunktionerne kunne komme ud til regionsfunktionerne
<ul style="list-style-type: none"> • Øget anvendelse af telemedicin og telepsykiatri for de pt., der kan og hvor det giver mening
<ul style="list-style-type: none"> • Give muligheder for honorering af dobbeltkonsultationer i privat speciallægepraksis
<ul style="list-style-type: none"> • Gode IT-løsninger som kan arbejde på tværs af sektorer fx videokonferencer • Pt. kommer til os • Satellitkontorer hvor regionens EPJ kan fungere selvom kontoret er placeret kommunalt
<ul style="list-style-type: none"> • IT-understøttelse
<ul style="list-style-type: none"> • Mobile teams på faste hverdage i løbet af ugen på fx sundhedshuset i den enkelte kommune • Diagnostiske centre og derefter fastholdelse af pt. i forløb via telemedicinsk opfølgning
<ul style="list-style-type: none"> • Motivere borgerne til at bevæge sig fra punkt A til B • Primær indsats kan være at iværksætte miljøterapeutiske tiltag i forbindelse med netop at overvinde forhindringerne – bostøtte
<ul style="list-style-type: none"> • IT/telemedicin m.m. • Start med de unge, de kan og vil!

<ul style="list-style-type: none"> • Lokalpsykiatri = socialpsykiatri • Puljer til transport med deltagelse fra både region og kommune mhp. optimering
<ul style="list-style-type: none"> • Telekommunikation
<ul style="list-style-type: none"> • Udrykningstjeneste
<ul style="list-style-type: none"> • Telemedicin – evt. fra egen læge
<ul style="list-style-type: none"> • Dette kan erfaringsmæssigt ikke løses – det er essentielt at sikre at pt. ikke får længere afstande til deres behandlingstilbud, men at tilbuddet er tæt ved pt. Decentralisering er essentielt for at løse denne udfordring • Specialistviden kan godt samles et sted, men det skal være lokalt tilgængeligt ex. via afklaringsklinikker hvor man lokalt kan få råd og vejledning, samt sammen se på en eller flere mennesker med sindslidelser sammen evt. via video • Mennesker med sindslidelser skal og må ikke institutionaliseres. De skal hjælpes til at leve lokalt og engageres og integreres i lokalsamfundet – dette betyder der må være adgang til at blive behandlet lokalt med telestøtte fra centrale specialister
<ul style="list-style-type: none"> • Behandlingstilbuddet skal følge borgeren • Der skal være forskel på decentralisering og specialisering!
<ul style="list-style-type: none"> • IT-løsninger – telemedicin • Supervision af lokalt netværk
<ul style="list-style-type: none"> • Behandlingstilbud <u>skal</u> være tæt på pt. • Godt med specialisering men ikke centralisering
<ul style="list-style-type: none"> • Kun specialistviden/behandlingen ved specifikke behov og væk fra lokalområdet kortest muligt
<ul style="list-style-type: none"> • Applikationer til hjemmearbejde i kognitiv terapi
<ul style="list-style-type: none"> • SKYPE, Ipad, andet IT
<ul style="list-style-type: none"> • Pårørende er udfordring • Virtuelle konferencer • Lægge kompetencer ud – eksperter flytte ud/rejsehold • Kørselsordning (infrastruktur dårlig i Vest)
<ul style="list-style-type: none"> • Udflytte specialambulatoriefunktion ud lokalt X-antal gange om ugen
<ul style="list-style-type: none"> • Satellitkontor hvor specialisterne kommer ud • Anvendelse af ny teknologi
<ul style="list-style-type: none"> • Specialisterne rykker ud med supervision til de lokale behandlere – kompetenceløft • Benyt teknologien til at uddanne specialister og bevar nærheden til borgerne
<ul style="list-style-type: none"> • Videokonferencer, så vi ikke skal bruge tid på at flytte specialisterne • Lade andre faggrupper løse en lang række opgaver • Sikre supervision til andre faggrupper
<ul style="list-style-type: none"> • Være opmærksom på at for de mindste børn kan daglig kørsel på 140X2 km. være et problem ifm. amb. Udredning og bør overvejes fortsat delvis at kunne finde sted mere lokalt
<ul style="list-style-type: none"> • Oprette steder som kan udrede og vejlede pt. så de kan komme i rette behandling første gang, og ikke skal "prøve" flere forskellige steder før der findes noget der kan bruges
<ul style="list-style-type: none"> • At man fra centralt sted kommer ud til nærområderne og ikke omvendt at børn og unge samt forældre skal køre langt efter behandling
<ul style="list-style-type: none"> • At specialistopgaver laves lokalt i det omfang det er muligt. Specielt i BUC er det svært for forældre og børn med lange afstande både i ambulans og indlæggelsesregi. Specialister kan bruges ad hoc.

<ul style="list-style-type: none">• Videokonferencer bruges i BUC med stor succes men kan ikke erstatte speciallæges fysiske tilstedeværelse
<ul style="list-style-type: none">• Satellitfunktioner• At vi gennem bedre samarbejde får fælles fokus på ml. praksis, kommune og region – om hvad der kan gøres i nærmiljøet
<ul style="list-style-type: none">• Skal behandlingstilbuddene være så langt væk? Kunne behandlerne sidde decentralt og være i "tele"-forbindelse 3D, video m.m.?
<ul style="list-style-type: none">• Det kan være problematisk for de psykiatriske pt., som har et vedvarende behov for behandlingspsykiatri, hvis de skal køre langt