

Psykiatriplan

Strategier for udviklingen i Region
Midtjyllands psykiatri og børne- og
ungdomspsykiatri
2013-2016

1. UDKAST

*Afsnit og handleplaner er under
fortsat udarbejdelse*

Psykiatriplan

Strategi for udviklingen i Region Midtjyllands
psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri
2013-2016

1. UDKAST

Afsnit og handleplaner er under
fortsat udarbejdelse

Kolofon

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse.....	5
1. Formål med Psykiatriplan 2013-16	7
3. Hovedvision: "Bedre behandling og længere liv til flere med psykisk sygdom"	10
2. Udfordringer for fremtidens psykiatri	12
4. Den historiske udvikling	14
5. Organisation	16
5.1 Overblik over psykiatrien i Region Midtjylland	16
5.2 Organisation	18
5.3 Specialeplanen – funktionsniveauopdeling	18
5.4 Drift og aktivitet	19
BEDRE BEHANDLING	21
6. Hovedaktør i eget liv	22
6.1 Baggrund	22
6.2 Strategier og handleplaner for at patienten kan være hovedaktør i eget liv	25
7. Styrkelse af den faglige kvalitet	28
7.1 Baggrund	28
7.2 Strategier og handleplaner for den faglige kvalitet	34
8. Bedre sikkerhed for patienter, personale og samfund	37
8.1 Baggrund	37
8.2 strategier og handleplaner for bedre sikkerhed for patienter, personale og samfund	39
9. Fortsat specialisering af psykiatriens ydelser	42
9.1 Baggrund	42
9.2 Strategi og handleplaner for fortsat udvikling i retning af en specialiseret psykiatri	44
10. Mere klinisknær forskning	47
10.1 Baggrund.....	47
10.2 Strategi og handleplaner for klinisknær forskning	54
LÆNGERE LIV	56
11. Nedbringelse af overdødeligheden blandt mennesker med psykisk sygdom	57
11.1 Baggrund.....	57
11.2 Strategi og handleplaner for nedbringelse af overdødeligheden blandt mennesker med psykisk sygdom.....	58
12. Forstærket integration og samarbejde mellem psykiatri og somatik	59
12.1 Baggrund.....	59

12.2 Strategi og handleplaner for forstærket integration og samarbejde mellem psykiatri og somatik	62
13. Psykiatrien i det hele sundhedsvæsen	64
14. Øget produktivitet og effektivitet i psykiatrien	65
14.1 Baggrund.....	65
14.2 Strategier og handleplaner for øget produktivitet og effektivitet.....	68
TVÆRGÅENDE INITIATIVER.....	71
15. Innovation og teknologi i psykiatrien	72
15.1 Baggrund.....	72
15.2 Strategier og handleplaner for innovation og teknologi i psykiatrien ...	74
16. De fysiske rammer for fremtidens psykiatri.....	76
16.1 Baggrund.....	76
16.2 Strategier og handleplaner for de fysiske rammer for fremtidens psykiatri	77
17. Psykiatrien som attraktiv arbejdsplads	80
17.1 Baggrund.....	80
17.2 Strategier og handleplaner for psykiatrien som attraktiv arbejdsplads	81
18. Ordliste	83

1. Formål med Psykiatriplan 2013-16

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

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

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

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

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

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

Omkostningseffektivitet: Samfundet skal have mest mulig sundhed for pengene.

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

Patientsikkerhed: Behandlingen skal være sikker for patienterne.

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

Rettidighed: Behandlingen skal foregå til rette tid.

Med afsæt i disse 6 overordnede værdier har Danske Regioner har lanceret oplægget "Kvalitet i psykiatrien – ny dagsorden for diagnostik og behandling".

Med oplægget fokuseres der på fællesregionale indsatser, som med effektiv udnyttelse af ressourcerne vil sikre mennesker med psykisk sygdom behandlingstilbud af ensartet, høj kvalitet.

Udrulningen af kvalitetsoplæggets 10 anbefalinger vil ske i tæt samarbejde mellem regionerne med det fælles sigte, at sikre borgerne adgang til et helt sundhedsvæsen kendetegnet ved kvalitet, gode muligheder for inddragelse, mest mulig sundhed for pengene, samt ensartede behandlingstilbud. Det tværregionale samarbejde vil bl.a. munde ud i fælles redskaber af høj kvalitet til at stille den korrekte diagnose, fælles retningslinjer for, hvordan de enkelte diagnoser skal behandles samt pakkeforløb, som vil sikre en effektiv udnyttelse af de ressourcer, der er til rådighed.

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

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

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

Psykiatriplanen skal sendes i høring blandt en bred kreds af interessenter, når planen har været 1. behandlet i regionsrådet i september 2012.

Boks 1: Læservejledning for psykiatriplanen

Kapitel 2 præsenterer hovedvisionen for psykiatriplanen: "bedre behandling og længere liv til flere med psykisk sygdom" samt de heraf afledte indsatsområder for planperioden.

I kapitlerne 3-5 gives et overblik over den aktuelle status for psykiatrien. Kapitel 3 indeholder en beskrivelse af de væsentligste udfordringer, som psykiatrien står overfor. Kapitel 4 er en beskrivelse af den historiske udvikling i psykiatrien, som gennem tiden har været retningsgivende for behandlingen af patienterne. Endelig redegøres der i kapitel 5 for den nuværende organisering og kapacitet samt nøgletal for virksomheden i psykiatrien.

I kapitlerne 6-17 foldes hovedvisionen ud i form af en nærmere gennemgang af de 12 indsatsområder for de kommende års arbejde i psykiatrien. I kapitlerne 6-10 redegøres først for de indsatsområder, som har til formål at sikre bedre behandling. Dernæst følger i kapitlerne 11-12 indsatsområderne, som sigter mod at sikre længere liv og forbedre overlevelsen blandt patienter med psykisk sygdom. I kapitlerne 13-14 følger indsatsområderne, som sigter mod at gøre psykiatrien i stand til at levere ydelser til flere med psykisk sygdom. Slutteligt redegøres der i kapitlerne 15-17 for de tværgående indsatsområder, som skal understøtte opfyldelsen af hovedvisionen for psykiatriplanen.

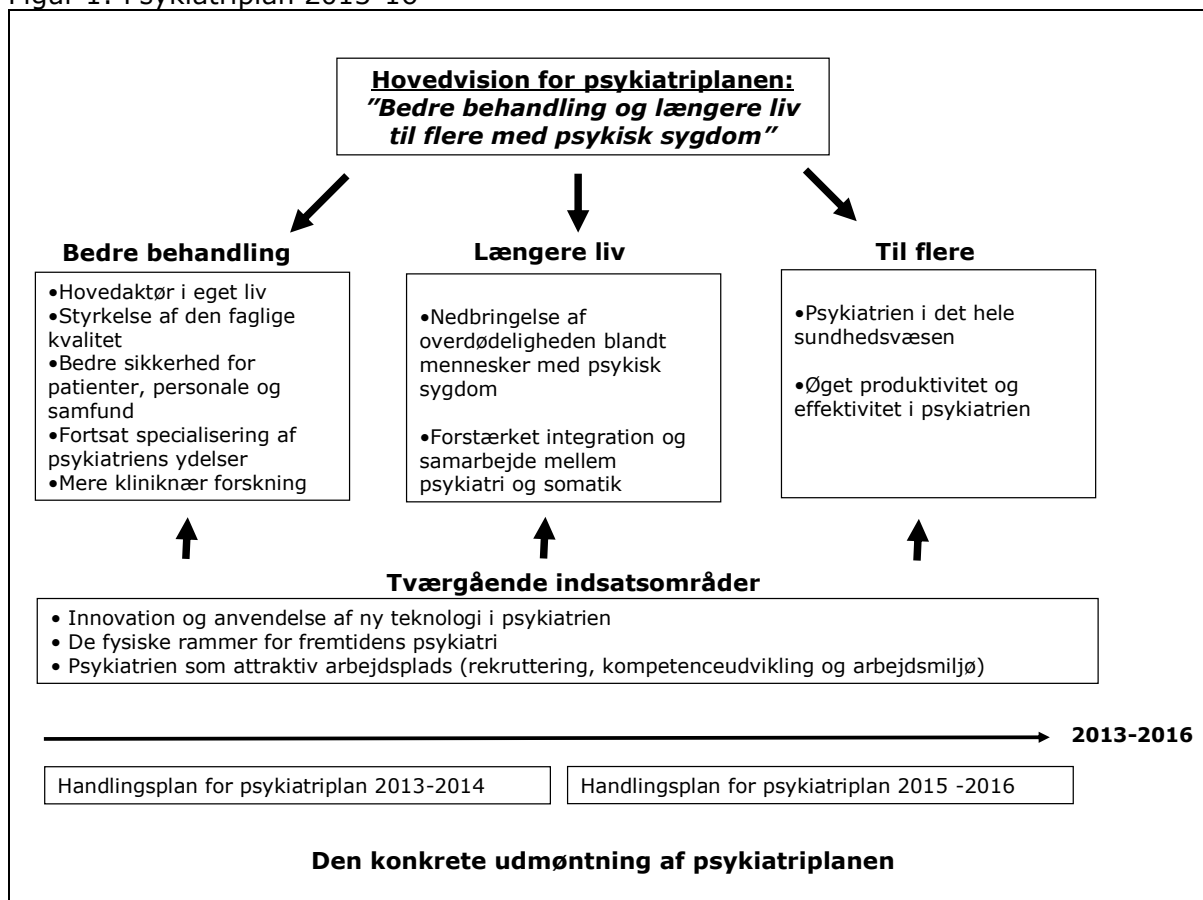
2. Hovedvision: "Bedre behandling og længere liv til flere med psykisk sygdom"

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

Bedre behandling og længere liv til flere med psykisk sygdom.

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

Figur 1: Psykiatriplan 2013-16



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

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

Der er som nævnt 12 indsatsområder i Psykiatriplanen, som er struktureret efter de tre pinde i hovedvisionen:

Under overskriften "bedre behandling" behandles indsatsområderne:

- Hovedaktør i eget liv,
- styrkelse af den faglige kvalitet,
- bedre sikkerhed for patienter, personale og samfund,
- fortsat specialisering af psykiatriens ydelser samt
- mere kliniknær forskning.

Under overskriften "længere liv" behandles indsatsområderne:

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

Under overskriften "til flere" behandles indsatsområderne:

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

Under overskriften "Tværgående indsatsområder" behandles følgende:

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

3. Udfordringer for fremtidens psykiatri

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

Overdødelighed hos psykisk syge

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

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

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

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

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

Forskelle i diagnostik

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

Som for alle andre specialer skal det sikres, at diagnosticering af psykiatriske patienter sker på et fagligt evidenter grundlag. Målgruppebeskrivelser samt fælles nationale kliniske retningslinjer, der som en del af pakkeforløbene er

under udarbejdelse, vil medvirke til at sikre ensartning af den diagnostiske proces.

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

Antallet af borgere, der modtager psykiatrisk behandling øges hvert år. Siden 2007 er antallet af patienter i børne- og ungdomspsykiatrien steget med 44 procent på landsplan. I voksenpsykiatrien er antallet af patienter i samme periode steget med 10 procent¹.

Der er således et stort pres på udrednings- og behandlingskapaciteten. Psykiatrien er kendetegnet ved store rekrutterings-vanskeligheder på lægeområdet. Situationen er bedret inden for børne- og ungdomspsykiatrien, men der er dog fortsat udfordringer forbundet med rekruttering inden for voksenpsykiatrien.

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

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

¹ Danske Regioners psykiatrioplæg marts 2012

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

4. Den historiske udvikling

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

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

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

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

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

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

I 1976 overgik ansvaret for administration af hospitalspsykiatrien fra staten til amtskommunerne, som dermed fik det behandlings- og driftsmæssige ansvar for både somatiske og psykiatriske sygdomme. Med denne decentralisering af det administrative og økonomiske ansvar for driften af hospitalspsykiatrien indledtes en udvikling af den psykiatriske behandling, der indebar afvikling af

sengepladser til gengæld for udbygning af ambulante behandlingstilbud i regi af distriktpsychiatrien og gennem socialpsykiatriske tilbud.

Intentionerne bag etableringen og udbygningen af distriktpsychiatrien i 1980'erne var ønsket om at tilbyde patienter med psykiske sygdomme behandling i nærmiljøet.

Den distriktpsychiatiske udvikling havde imidlertid også den ulempe at behandlerne i distriktsteamene skulle dække alle psykiske sygdomme. Det var derfor vanskeligt at målrette behandlingen og afpasse indsatsen efter diagnose og lidelsens omfang.

På tilsvarende vis var organiseringen i hospitalspsychiatrien indrettet med udgangspunkt i almenpsykiatriske afdelinger, hvilket også gjorde det vanskeligt at favne hele spekteret af viden og behandlingsmetoder om de enkelte sygdomme.

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

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

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

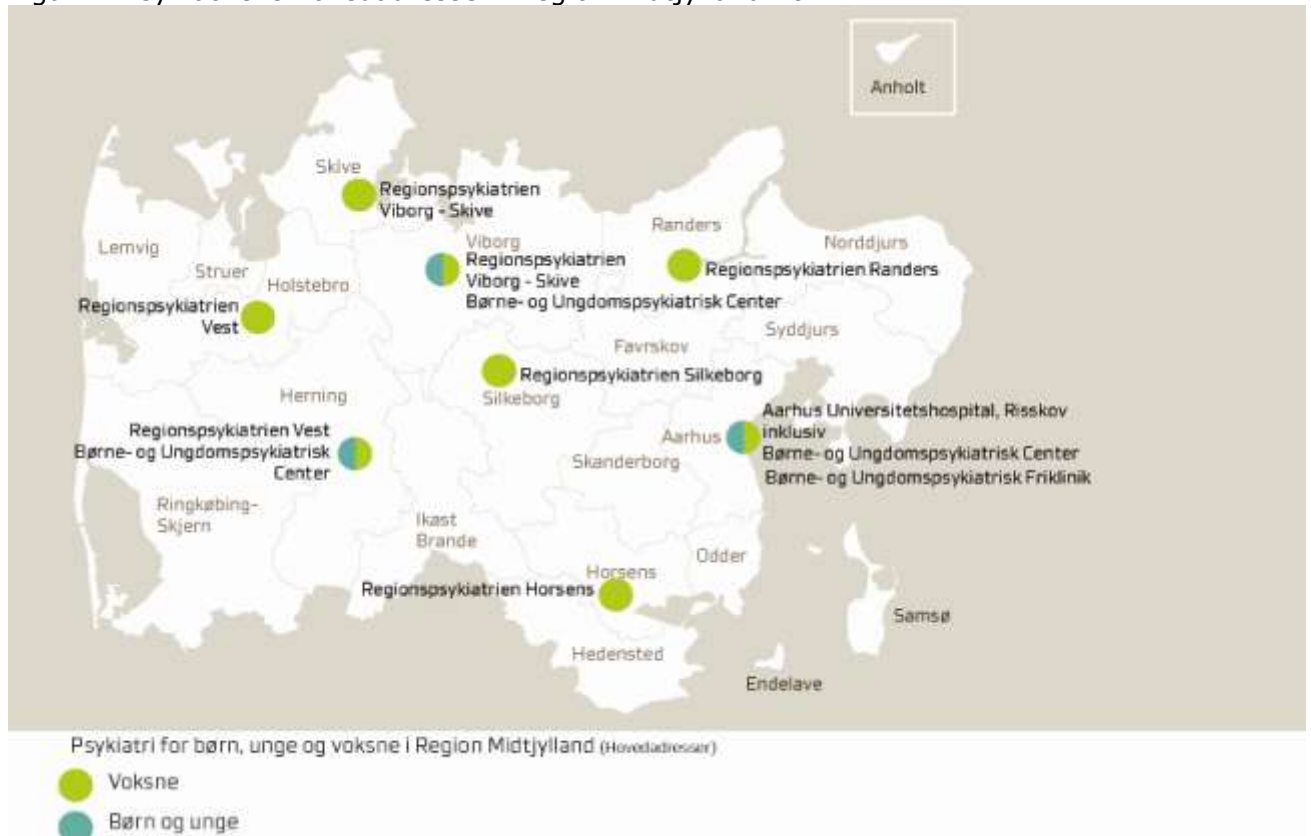
Behandlingen og forskningen på området er gået fra tvivlsomme og risikofyldte indgreb og metoder til at være forsknings- og evidensbaseret med fokus på teknologiske landevindinger – ofte i samarbejde med andre somatiske specialer.

5. Organisation

5.1 Overblik over psykiatrien i Region Midtjylland

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

Figur 1: Psykiatriens hovedadresser i Region Midtjylland 2012



Psykiatriens afdelinger

Psykiatrien i Region Midtjylland er organiseret i i alt 11 kliniske afdelinger, hvoraf flere har specialiserede funktioner, som dækker større dækningsområder:

- **Afdeling M - Afdeling for Organiske Psykiske Lidelser og Akutmodtagelse** (Aarhus Universitetshospital, Risskov)
Under Afdeling M hører de afsnit, der beskæftiger sig med behandling af psykiske lidelser hos personer over 68 år samt organiske psykiske lidelser, herunder rusmiddelpsykiatriske problemstillinger og ADHD. Desuden varetager afdelingen den psykiatriske modtagelse, den psykiatriske fysioterapi samt forskning og udvikling.

- **Afdeling P - Afdeling for Psykoser** (Aarhus Universitetshospital, Risskov)
Under Afdeling P hører de afsnit (underafdelinger), der specialiserer sig i udredning og behandling af psykoser.

- **Afdeling Q - Afdeling for Depression og Angst** (Aarhus Universitetshospital, Risskov)
Afdeling Q beskæftiger sig med følgende sygdomme:
 - Affektive sindslidelser (dvs. mani og depression)
 - Nervøse og stressrelaterede lidelser (dvs. angst- og tvangstilstande)
 - Patienter som udviser adfærdsændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer (herunder seksuelle forstyrrelser)
 - Personlighedsforstyrrelser (dvs. vedvarende adfærdsmønstre og oplevelsesmåder, som afviger fra det forventede).

- **Afdeling R - Retspsykiatrisk afdeling** (Aarhus Universitetshospital, Risskov)
Afdeling R er i samarbejde med Retspsykiatrisk Afdeling i Viborg en regionsdækkende specialafdeling. Afdeling R har landsdækkende funktion vedrørende mentalobservation. Afsnit R3 har særligt ansvarsområde for patienter, der behandles efter aftale med Det grønlandske Hjemmestyre.

- **Børne- og ungdomspsykiatrisk Regionscenter BUC - Aarhus, Herning, Viborg** (Aarhus Universitetshospital, Risskov)
BUC har ansvaret for den sygehusbaserede indsats i Region Midtjylland for børn og unge med psykiatriske problemstillinger. BUC, som årligt behandler ca. 4.000 patienter, er ét center med adresser i Risskov, Viborg og Herning (figur 2)

- **Børne- og ungdomspsykiatrisk Friklinik**
Børne- og Ungdomspsykiatrisk Friklinik blev oprettet i efteråret 2010, og er en ambulant klinik. Friklinikken er oprettet for at øge kapaciteten i børne- og ungdomspsykiatrien, og derved medvirke til at nedbringe ventelisten til børne- og ungdomspsykiatrien i Region Midtjylland. Friklinikken er placeret i lokaler på Psykiatrisk Hospital i Risskov.

- **Psykiatrien i Horsens, Skanderborg, Hedensted og Odder**
Regionspsykiatrien Horsens behandler alle psykiatriske lidelser, f.eks. lidelser som skizofreni, mani-depressive lidelser, de sværeste personlighedsforstyrrelser, ældrepsykiatri og ikke-psykotiske tilstande, hvor der er behov for en tværfaglig indsats. Det vil sige, der er behov for den indsats, som de distriktspsykiatriske teams kan yde i samarbejde med kommunernes støttekontaktpersoner.

- **Psykiatrien i Randers**

Regionspsykiatrien Randers, som geografisk er placeret i Randers og Rønde, behandler patienter med psykiatriske lidelser som for eksempel skizofreni, psykoser og svære depressioner.

- **Psykiatrien i Silkeborg**

Psykiatrien i Silkeborg har til huse i Psykiatriens Hus, der som nyt og banebrydende samarbejde mellem Region Midtjylland og Silkeborg Kommune, blev indviet juni 2012. Psykiatriens Hus tilbyder døgndækkende hjemmebehandling med mulighed for overnatning. Herudover er de, Affektive team og daghospital, Psykoseteam, Team for Personlighedsforstyrrelser og Klinik for OCD og Angstlidelser.

- **Psykiatrien i Vest** (Herning, Holstebro)

Regionspsykiatri Vest har en lang række specialiserede funktioner, bl.a. OPUS, Klinik for Traumatiserede Flygtninge, Team for Misbrug og Psykiatri og Center for Selvmordsforebyggelse.

- **Psykiatrien i Viborg-Skive**

Regionspsykiatri Viborg-Skive huser flere enheder, herunder Klinik for Affektive Lidelser, Klinik for Psykotiske Lidelser, Klinik for Retspsykiatri samt Daghospital med udgående funktioner.

5.2 Organisation

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

5.3 Specialeplanen – funktionsniveauopdeling

Hovedfunktionsniveau

Som anført i Sundhedsstyrelsens specialeplan fra 2010 varetages hovedfunktionsniveauet på samtlige behandlingspsykiatriske matrikler i regionen.

Regionsfunktionsniveau

I børne- og ungdomspsykiatrien varetages alle regionsfunktioner på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Regionscenter Aarhus, mens enkelte regionsfunktioner varetages på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Regionscenter Herning og Børne- og Ungdomspsykiatrisk Regionscenter Viborg-Skive.

I voksenpsykiatrien varetages samtlige regionsfunktioner på AUH, Risskov, en del regionsfunktioner varetages i Regionspsykiatrien Vest og Regionspsykiatrien Viborg-Skive.

Højt specialiserede funktionsniveau

Samtlige højt specialiserede funktioner i børne- og ungdomspsykiatrien varetages i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Regionscenter Aarhus, der fungerer som højt specialiseret videnscenter for den øvrige regionspsykiatri og således på tværs af regionen udreder, diagnosticerer og behandler patienter, der har de mest komplicerede psykiatriske tilstande, samt understøtter hovedfunktionerne og regionsfunktionerne heri.

Samtlige højt specialiserede funktioner for voksenpsykiatrien varetages på AUH, Risskov, som har en særlig opgave i at behandle de mest sjældne og komplicerede tilfælde. Endvidere understøtter AUH, Risskov de øvrige regionspsykiatrier i at behandle de mest sjældne og komplicerede tilfælde.

De højt specialiserede funktioner skal ligeledes kunne undersøge og behandle patienter fra andre regioner.

5.4 Drift og aktivitet

Budget

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

Personale

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

Aktivitet

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

Antal sengedage.

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

Antal besøg (eksklusiv sats-pulje projekter).

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

Antal personer i kontakt.

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

BEDRE BEHANDLING

6. Hovedaktør i eget liv

6.1 Baggrund

Patienter og pårørende til patienter i psykiatrien inddrages i dag i langt større omfang end tidligere i behandlingen og i planlægning, der vedrører behandlingen. Patienten er med til at drøfte de forskellige muligheder for behandling, og er med til at træffe beslutninger om behandlingen, der bliver skrevet ind i behandlingsplanen, som patienten giver sit samtykke til.

Patienten er informeret om fordele og ulemper, forbundet med de forskellige behandlingsmuligheder, og er involveret i sit behandlingsforløb. Der er således fokus på mobilisering af patientens egne ressourcer, patientens netværk og dermed patientens evne til at udøve egenomsorg (patient empowerment).

Nye muligheder for egenomsorg og patientinddragelse

Denne evne til og mulighed for at udøve egenomsorg skal styrkes og udvikles, så patienten i endnu højere grad og på nye måder inddrages i planlægning og beslutningstagning (shared decision making), der vedrører patientens egen behandling, ligesom patientens viden, ressourcer og handlekompetencer i forhold til eget liv og sygdom skal opdyrkes og understøttes yderligere³. På baggrund af en konkret og løbende vurdering af den enkelte patients sygdoms- og ressourcesituation skal patienten tage aktivt del i- og ansvar for sin egen sundhed og behandling – og så vidt muligt være hovedaktør i eget liv.

Psykiatrien vil naturligvis fortsat stå for den faglige ekspertise og vil fortsat have ansvaret for den faglige del, herunder ansvaret for at styrke patientens evne til egenomsorg.

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

³ "Shared decision making" er en form for patientinddragelse og som sådan en tilgang til behandling, hvor klinikere/behandlere og patienter på baggrund af god information om behandlingsmuligheder, deres fordele samt ulemper, i fællesskab træffer beslutninger, der vedrører behandlingsforløbet, bl.a. om medicin.

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

Udviklingsmuligheder

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

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

Et tredje eksempel er, at der på tværs af sektorerne bliver implementeret tiltag, som styrker og understøtter patientens engagement i egen behandling og evne til at overskue, monitorere og håndtere egen sygdom, blandt andet psykoedukation (undervisning af patienter eller pårørende i, hvordan man bedst kan forholde sig til sygdommen) i flere og nye afskygninger. Der vil dog fortsat være områder, hvor det fulde behandlingsansvar fastholdes i psykiatrien, herunder for eksempel medicinering. Hertil kommer børne- og ungdomspsykiatrien, der på grund af patienternes alder og det store omfang af forældreinddragelse, naturligvis er et særligt område.

Helhedsorienteret og velkoordineret indsats

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

Det kan for patienten med psykisk sygdom have en forstærkende positiv effekt på et igangværende behandlingsforløb – såvel ambulant som indlæggelses-

forløb – at patienten fastholdes i helt almindelige hverdagsaktiviteter, arbejde, uddannelse eller øvrig beskæftigelse.

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

Inddragelse af pårørende og øvrigt netværk

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

Inddragelse og engagement fra de pårørendes side vil blive udviklet i en retning, hvor det tilstræbes, at der trækkes på de pårørendes ressourcer i sammenhænge og situationer, hvor det giver mening for de pårørende og patienten. Hensigten er samtidig at sikre, at de regionale og kommunale instanser, der er ansvarlige for koordinering og opsamling på beslutninger, truffet i relation til behandlingsforløbet, får styrkede muligheder for denne koordinering og opsamling.

Patient- og pårørende uddannelse (psykoedukation)

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

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

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

↑ Strategi

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

→ Handleplaner

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

Igangsættes i løbet af 2013 og 2014

↑ Strategi

2. Der skal arbejdes på at styrke afstigmatisering af psykisk sygdom.

→ Handleplaner

- Der skal frem til udgangen af 2015 fortsat i samarbejde med kommunerne etableres arrangementer til afstigmatisering af psykisk sygdom som led i landskampagnen "En af os", eksempelvis offentlige temaaftener og arrangementer på arbejdspladser og uddannelsesinstitutioner.

7. Styrkelse af den faglige kvalitet

7.1 Baggrund

7.1 Kvalitet som kompas

Kvalitet er en af hjørnestenene i det sundhedsfaglige arbejde.

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

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

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

God kvalitet koster ikke nødvendigvis ekstra. Det gør dårlig kvalitet derimod. Kvalitetsudvikling er således også et vigtigt redskab i bestræbelserne på at løse en række af de økonomiske udfordringer som sundhedsvæsenet står over for.

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

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

Danske Regioners forslag til kvalitetsudvikling i psykiatrien

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

Øget middellevetid

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

Lige adgang til psykiatrien

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

Bedre diagnostik

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

Bedre udredning og behandling - kvalitativt som organisatorisk

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

Et vigtigt styringsredskab, når det skal sikres, at ressourcerne anvendes bedst muligt og at man opnår den bedst mulige kvalitet, er pakkeforløb, som indeholder standarder for sundhedsfagligt indhold, tidsangivelser, patientinformation, kvalitetsindikatorer mm.. Den 1. januar 2013 træder 9 pakkeforløb (1 udredningspakke og 8 behandlingspakker) på hovedfunktionsniveau i kraft i hele landet. Samtlige pakker indeholder systematisk screening for KRAM-faktorer og en række somatiske sygdomme (se endvidere faktaboks om pakkeforløb side 32).

Som led i indsatsen med at ensarte og standardisere udredning, diagnostik og behandling, så patienterne med pakkeforløbene kan tilbydes den bedste

behandling, er der i regi af Danske Regioner et arbejde i gang med udarbejdelse af fælles nationale kliniske retningslinjer, ligesom der i takt med implementering af pakkeforløbene vil blive udarbejdet fælles nationale henvisningskriterier.

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

Der er i stigende grad fokus på patienter med dobbeltdiagnoser (samtidigt misbrug og psykisk sygdom). Det er vigtigt, at man i indsatsen over for denne gruppe patienter styrker den regionale misbrugsbehandling, og samtidig mobiliserer og udviser et styrket fælles regionalt-kommunalt samarbejde med henblik på forbedring af indsatsen i forbindelse med udskrivning og ambulante forløb.

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

Måling af kvaliteten

Der foreslås en systematisk måling af de initiativer, der iværksættes med henblik på at det løbende kan vurderes om de ønskede resultater nås.

Pakkeforløb

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

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

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

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

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

Kvalitet på flere områder

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

Region Midtjyllands kvalitetsstrategi 2010- 2013

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

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

Herudover er der initiativer på vej med henblik på at integrere kvalitetsmål i budgetlægningen, ligesom fokus i Koncernledelsens arbejdsgrundlag fra primo 2012 bl.a. rettes mod udbredelse af initiativer, der forbedrer kvaliteten samt nye måder at gøre tingene på.

Den aktuelle kvalitetsindsats i psykiatrien i Region Midtjylland

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

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

I regi af Det Nationale Indikatorprojekt (NIP) er der udviklet indikatorer til måling af kvaliteten i udredningen, behandlingen og plejen af mennesker med henholdsvis skizofreni og depression. I forhold til skizofreni har der været målt

fremgang siden målingsopstart i 2009, mens de første resultater i forhold til depression foreligger i 2012.

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

Strategier

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

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

7.2 Strategier og handleplaner for den faglige kvalitet

↑ Strategi

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

Der skal i de kommende år fokuseres på følgende områder:

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

→ Handleplaner

- Fælles nationale henvisningskriterier skal implementeres som grundlag for visitationen i den centrale visitationsenhed både til hovedfunktionsniveau og til de specialiserede niveauer.
 - 1. jan. 2013
- Nationale retningslinjer vedrørende udredning, diagnostik og behandling skal implementeres.
 - I takt med at pakkerne implementeres
- Nationale udrednings- og behandlingspakker skal implementeres, jf. handleplan i kapitel 9.
- Den kommende udrednings- og behandlingsgaranti skal implementeres.
 - Tidspunkt fastsættes i lovgivningen
- Den Danske Kvalitetsmodel 2 (DDKM 2) skal implementeres, herunder
 - Dokumentsamlingen skal revideres.
 - Det skal sikres, at der er sammenhæng mellem udrednings- og behandlingspakker, kliniske retningslinjer og SFI'er.
 - I 2013 - 2014

↑ Strategi

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

→ Handleplaner

- Der skal udarbejdes en overordnet monitoreringsplan for psykiatrien med henblik på systematisk kvalitetsarbejde på afdelingsniveau
 - I 2013
- Med henblik på at understøtte arbejdet i psykiatrien skal der arbejdes på at udvikle muligheder for adgang til kvalitetsdata på henholdsvis sygehus-, afdelings- og afsnitsniveau
 - I 2013

↑ Strategi

3. Der skal til stadighed være fokus på justering af- og korrekt medicinering samt begrænsning af polyfarmaci (forbrug af forskellige slags medicin)

→ Handleplaner

- Der skal udarbejdes ny status for området, idet den seneste status er fra 2009.
 - Inden udgangen af 2014
- Der skal indgås fælles regionale aftaler med kliniske farmaceuter både i forhold til generel medicinvejledning, medicinpakker og i forhold til patienter med særligt komplekse medicinske behov eller patienter, som er behandlingsresistente.
 - I løbet af 2013
- Der skal udarbejdes og implementeres retningslinjer for medicingennemgang for definerede risikogrupper.
 - I løbet af 2013

↑ **Strategi**

4. Behandlingen af patienter med misbrug og anden psykisk sygdom skal styrkes

→ **Handleplaner**

- Der skal udarbejdes fællesregionale kliniske retningslinjer for misbrugsbehandling af indlagte patienter med samtidigt misbrug og psykisk sygdom.
 - I 1. halvår 2013
- Der skal udvikles en it-plattform, som kan bruges som koordinationsredskab til en sammenhængende indsats for mennesker med samtidig misbrug og psykisk sygdom.
 - Afprøvning af pilotprojekt i 2013

8. Bedre sikkerhed for patienter, personale og samfund

8.1 Baggrund

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

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

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

8.1. Patientsikkerhed

Psykiatriske patienter dør i gennemsnit mellem 15 og 20 år tidligere end gennemsnittet for den danske befolkning i øvrigt. Overdødeligheden skyldes for ca. 40 pct. af dødsfaldene hovedsagelig selvmord. Psykiatriske patienter står for langt størstedelen af antallet af selvmord og selvmordsforsøg i Danmark⁴. Mange selvmord og selvmordsforsøg begås, mens patienten er i behandling – enten ambulant eller indlagt. I den seneste opgørelse (2011) over rapporterede utilsigtede hændelser⁵ i psykiatrien i Region Midtjylland tegner selvmord og selvmordsforsøg sig for 44 pct. af hændelserne inden for kategorierne "moderat" og "alvorlig/dødelig".⁶

⁴ "Vurdering og visitation af selvmordstruede", Sundhedsstyrelsen 2007.

⁵ Utilsigtede hændelser kan defineres som en ikke tilstræbt begivenhed, der medfører risiko for skade på personer som følge af sundhedsvæsenets handlinger eller mangel på samme. Utilsigtede hændelser er hændelser, som principielt kunne undgås, eller som kan reduceres eller minimeres ved øget opmærksomhed på omstændigheder omkring pågældende hændelse.

⁶ Statusrapport 2011 – patientsikkerhed i psykiatrien, maj 2012.

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

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

Regionernes løbende kvalitetsarbejde i psykiatrien viser, at tvang kan reduceres. Regionerne har således fastsat som mål at reducere antallet af fikseringer og fastholdelse samt den samlede længde af fikseringer med 20 pct. over tre år.⁷

8.2. Sikkerhed for personalet.

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

8.3. Sikkerhed i forhold til omgivelserne.

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

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

Retspsykiatriske problemstillinger har i de seneste år været genstand for stor opmærksomhed. Region Midtjylland har således i de senere år arbejdet på at

⁷ "Mindre tvang i psykiatrien", Danske Regioner, 2010.

løse de faglige og sikkerhedsmæssige retspsykiatriske udfordringer, der blev rejst i forbindelse med et udvalgsarbejde i regi af Danske Regioner.⁸

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

↑ Strategi

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

→ Handleplaner

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

Igangsættes i løbet af 2013 og 2014

⁸ Udvalgsarbejdet mundede ud i rapporten "Retspsykiatri – kvalitet og sikkerhed", Danske Regioner 2011.

↑ Strategi

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

→ Handleplaner

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

Igangsættes i løbet af 2013 og 2014

↑ Strategi

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

→ Handleplaner

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

↑ **Strategi**

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

→ **Handleplan**

- Der skal fortsat være en målrettet indsats for ultimo 2013 at nå det fælles regionale mål fra 2010 om over en treårig periode at nedbringe:
 - antallet af tvangsfikseringer og fastholdelser med 20 % og
 - den samlede længde af fikseringer med 20 %.
- Der skal ske en løbende monitorering og opfølgning på anvendelsen af tvang i psykiatrien.

9. Fortsat specialisering af psykiatriens ydelser

9.1 Baggrund

En af de centrale opgaver for sundhedsvæsenet er at sikre, at patienterne tilbydes udredning og behandling, der bygger på evidens og erfaring med det, der virker.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Region Midtjyllands psykiatriplan I fra 2008 igangsatte denne proces. Efterfølgende har Masterplanen for Aarhus universitetshospital, Risskov, der blev godkendt af regionsrådet i 2010, udstukket rammerne for en omlægning fra almenpsykiatriske afdelinger til specialiserede afdelinger. Psykiatrien bevæger sig hen imod en opdeling, hvor hovedfunktions-niveauet varetages i samtlige regionspsykiatriske afdelinger i regionen, regionsfunktionerne varetages i Risskov, Vest samt Viborg, og de højt specialiserede funktioner alene varetages i Risskov.

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

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

Specialiseringen rummer imidlertid også en række dilemmaer. Den diagnoseopdelte behandling rummer eksempelvis risikoen for, at patienter bliver tabt mellem de specialiserede tilbud, fordi de har uklare symptomer, der ikke umiddelbart kan henføres til en bestemt diagnose. Der er ligeledes risiko for, at patienter som har mere end én psykisk lidelse ikke opnår et tilstrækkeligt behandlingstilbud. Der skal derfor fremlægges en plan for, hvorledes der skal tages højde for disse udfordringer.

Funktionsopdeling medfører endvidere, at udredning og behandling i nogle tilfælde vil blive samlet på færre afdelinger. Patienterne vil dermed, ligesom de somatiske patienter, opleve, at der kan blive længere til behandlingsstedet. Færre og kortere indlæggelser for den enkelte patient i form af øget brug af ambulant behandling og nye behandlingsredskaber som internet og telemedicin

vil bidrage til, at patienten kun mærker den længere geografiske afstand til behandlingsstedet, når det er absolut nødvendigt.

9.2 Strategi og handleplaner for fortsat udvikling i retning af en specialiseret psykiatri

↑ Strategi

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

→ Handleplaner

- De nationale udrednings- og behandlingspakker på hovedfunktionsniveau skal løbende implementeres i takt med, at de bliver udarbejdet. De første pakker implementeres pr. 1. januar 2013.
- I forlængelse af Specialeplanens anbefalinger og tildelte specialfunktioner udarbejdes og implementeres i 2013 yderligere præciseringer af målgrupperne for de enkelte specialiseringsniveauer.
- Antallet af overflytninger mellem specialiseringsniveauerne overvåges løbende med henblik på,
 - at følge, at der sker overflytninger med afsæt i de måltal, der er meldt ud fra Sundhedsstyrelsen og
 - at kunne tilpasse kapaciteten fremadrettet. Etableres i første halvår af 2013.
- Der etableres i løbet af 2013 en registreringspraksis, der dokumenterer, hvordan og hvor meget regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner understøtter hovedfunktionerne i de tilfælde, hvor behandlingsansvaret fortsat er hos hovedfunktionen.

↑ Strategi

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

→ Handleplaner

- Der skal foretages regelmæssig audit af visitationspraksis i den centrale visitationsenhed med henblik på at sikre ensartet visitationspraksis, så patienter med samme symptomer, diagnose og kompleksitet får samme behandlingstilbud. I opstartsfasen gennemføres audit hver måned. Igangsættes i 1. halvdel af 2013.
- Patienter, som ikke umiddelbart kan visiteres til en behandlingspakke skal have tildelt en udredningspakke. Relevante klinikere fra de specialiserede funktioner inddrages i udredningsforløbet virtuelt.
 - 1. januar 2013.

↑ Strategi

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

→ Handleplaner

- Der skal i 2013 -2014 udarbejdes kompetenceprofiler for alle enheder i psykiatrien, som sikrer, at de nødvendige kompetencer er til stede set i forhold til enhedens opgave og specialiseringsniveau.
- Psykiatriens efter- og videreuddannelsestilbud skal sikre, at medarbejderne kan erhverve sig de besluttede kompetencer.

↑ Strategi

4. Udfordringerne omkring den geografiske afstand til behandlingsstederne skal løses med øget brug af telemedicin, internetpsykiatri, ambulante tilbud og mobile teams (**strategi og handleplaner flyttes evt. til det endnu ikke udarbejdede kapitel 13 om psykiatrien i det hele sundhedsvæsen**)

→ Handleplaner

- Der skal i løbet af 2014 sikres tilgængelighed til psykiatriske tilbud i de eksisterende sundhedshuse, enten gennem fysisk tilstedeværelse eller virtuelt.
- Det skal hvert år sikres, at der er den nødvendige kapacitet i de udadgående teams målrettet
 - de mest syge patienter, som har svært ved selv at opsøge ambulante behandling samt
 - de patienter, som er i størst risiko for behandlingsophør.

10. Mere klinisknær forskning

10.1 Baggrund

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

Psykiatrien i Region Midtjylland har en lang tradition for at bidrage væsentligt til den psykiatriske forskning både nationalt og internationalt. Regionen har en særlig styrke og tradition i forhold til grundforskningen, og den kliniske forskning er under udbygning.

Region Midtjylland skal fastholde og udbygge forskningsindsatsen i de kommende år. Arbejdet hermed sker med udgangspunkt i forskningsstrategien for behandlingspsykiatrien i Region Midtjylland.

Psykiatrien undergår en øget specialisering af den kliniske behandling i enheder, som koncentrerer indsatsen om specifikke sygdomsgrupper (jf. kapitel 9). Denne specialisering skaber et fundament for etablering af fokuserede forskningsmiljøer. Eksempelvis danner etableringen af en enhed med behandling af affektive lidelser på såvel hovedfunktionsniveau, regionsfunktionsniveau som højt specialiseret niveau grundlag for et sygdomsgruppefokuseret forskningsmiljø. I den nye forskningsstrategi er der større fokus på den kliniske forskning. Blandt andet skal de kliniske afdelinger i Aarhus Universitetshospital, Risskov og Regionspsykiatri Vest have tilknyttet hver sin professor. Center for Psykiatrisk Forskning vil forsat fokusere på grundforskning og derudover udbygge deres core-funktion (ressource/hjælpefunktion) for alle forskere i behandlingspsykiatrien.

Forskningssamarbejdet med Aarhus Universitet og andre uddannelsesinstitutioner

Den psykiatriske forskning i Region Midtjylland sker i tæt samarbejde med især Aarhus Universitet. Region Midtjylland og Aarhus Universitet indgik i starten af 2012 et nyt aftalekompleks for samarbejdet på sundhedsområdet. Aftalen medfører blandt andet, at samarbejdet mellem regionshospitalerne i Region Midtjylland og Aarhus Universitet intensiveres. Indtil nu har samarbejdet om den kliniske forskning hovedsageligt centreret sig om Aarhus Universitetshospital. Med inklusionen af alle hospitaler i samarbejdet,

understøtter aftalekomplekset således udviklingen af et sammenhængende og samarbejdende sundhedsvæsen, hvor alle borgere i regionen sikres adgang til forskningsbaseret behandling på højt internationalt niveau.

Psykiatriens samarbejde med Aarhus Universitet centrerer sig omkring Health (det tidligere Sundhedsvidenskabelige Fakultet). Eksempelvis har Institut for Klinisk Medicin under Health ansvaret for al forskning ved regionshospitalerne, inkl. regionspsykiatrien, Præhospitalet og Aarhus Universitetshospital. Derudover er Center for Psykiatrisk Forskning en del af Institut for Klinisk Medicin. Det er vigtigt, at det tætte samarbejde med Health, Aarhus Universitet fortsat udbygges og intensiveres.

Som nævnt ovenfor skal den psykiatriske forskning fremover i større grad inddrage viden og metoder fra andre discipliner med henblik på blandt andet sundhedstjenesteforskning. Derfor er det også vigtigt at udbygge samarbejdet med andre hovedområder ved Aarhus Universitet end Health. Eksempelvis skal der arbejdes på at udvikle psykiatriens samarbejde med Business and Social Sciences (det tidligere samfundsvidenskabelige fakultet).

For at opnå forskningsstrategiens mål om at udvikle ny viden om de psykiske sygdommes behandling, årsager og udvikling og sikre et sammenhængende sundhedsvæsen er det desuden vigtigt, at den psykiatriske forskning generelt inddrager flere samarbejdspartnere og faggrupper i forskningsaktiviteterne end hidtil. Blandt andet ved også at involvere kommunerne og primær sundhed, herunder også de praktiserende læger/speciallæger. Det er derfor væsentligt, at der også etableres tætte forskningsbaserede relationer til professionsbacheloruddannelserne, fx VIA University College.

Forskningsmæssige indsatsområder

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

Klinisk forskning og translational forskning

Hidtil har både voksenpsykiatrien og børne- og ungepsykiatrien i Region Midtjylland markeret sig stærkt inden for den psykiatriske grundforskning og i mindre grad inden for klinisk forskning og translational forskning. Et vigtigt element i psykiatriens forskningsstrategi for 2011 – 2015 er derfor at styrke såvel den kliniske forskning som den translationelle forskning.

Mens den kliniske forskning beskæftiger sig med afprøvningen af nye behandlingsformer og undersøgelser, omhandler translational forskning interaktionen mellem grundforskning og klinisk forskning. Interaktionen

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

Samspillet mellem psykiatriske og somatiske sygdomme

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

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

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

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

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

Det sammenhængende sundhedsvæsen

Også på det forskningsmæssige område skal psykiatrien ses som en integreret del af det sammenhængende sundhedsvæsen. Det er derfor centralt, at der ikke alene forskes i sygdommenes årsager og opståen (grundforskningen), men i alle områder af psykisk syge personers møde med psykiatrien. Det være sig i behandlingen (den kliniske forskning), patientens integration i nærmiljøet, og ved tidlig opsporing og forebyggelsen af psykiske lidelse (sundhedstjenesteforskningen). Sundhedstjenesteforskning er desuden vigtig i forhold til at sætte fokus på overgange og grænseflader mellem sektorerne samt forbedringspotentialer ved sundhedsvæsenets organisatoriske strukturer. Da flere centrale opgaver i den samlede undersøgelses- og behandlingsindsats ved psykiske lidelser også varetages af psykologer, er der endvidere behov for i højere grad at inddrage psykologer i den psykiatriske forskning.

Internationalisering

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Styrket forskning i regionspsykiatrien

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

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

herfra skal indgå i forskningsprojekter gennem styrket samarbejde med forskningsmiljøerne i de specialiserede funktioner.

Forskningsmidler

Gennem universitetet modtager Center for Psykiatrisk Forskning hvert år en forskningsbevilling på ca. 20 mio. kr. Fokus i anvendelsen af bevillingen har hidtil været grundforskning, mens fokus fremover vil være bredere.

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

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

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

Rekordstor bevilling til grundforskning: Årsagerne til psykisk sygdom skal kortlægges

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

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

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

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

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

10.2 Strategi og handleplaner for kliniknær forskning

↑ Strategi for forskning i psykiatrien

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

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

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

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

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

→ Handleplaner

- Forskningsbaseret viden skal i langt hurtigere grad omsættes til handling i den kliniske praksis. Det skal bl.a. ske ved,
 - At de kliniske afdelinger i Aarhus Universitetshospital, Risskov, og Regionspsykiatrien Vest skal have hver sin professor ansat
 - I løbet af 2013
 - At de kliniske afdelinger skal oprette kombinationsstillinger, så medarbejdere både kan arbejde klinisk og forske samtidig.
 - De første kombinationsstillinger skal være oprettet i løbet af 2013
 - At core-funktionen i Center for Psykiatrisk Forskning udbygges, så den bliver tilgængelig for alle forskningsinteresserede i behandlingspsykiatrien.
 - I løbet af 2013
- For at udbygge forskningsaktiviteten skal der hvert år skaffes flere eksterne midler til forskning.
- Forskningskompetencerne blandt ansatte med lange eller mellemlange uddannelser skal generelt styrkes med henblik på at kunne beklæde en kombinationsstilling, f.eks. ved at ansætte en professor i psykiatrisk sygepleje.
 - Inden udgangen af 2014
- For at psykiatrien kan fastholde og udbygge sin internationale profil, skal der ansættes udenlandske gæsteforskere i kortere perioder, så de kan bidrage til psykiatriens forskningsmiljø. Endvidere skal forskere fra psykiatrien på studieophold i udlandet.
- Inden udgangen af 2014 skal der i samarbejde med somatikken iværksættes mindst 1 forskningsprojekt, som undersøger sammenhænge mellem psykiske og somatiske sygdomme.

LÆNGERE LIV

11. Nedbringelse af overdødeligheden blandt mennesker med psykisk sygdom

11.1 Baggrund

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

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

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

Strategier og handleplaner

I foråret 2012 er der udarbejdet "Strategi og handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse for psykiatrien i Region Midtjylland". Denne fokuserer på tre indsatsområder:

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

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

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

11.2 Strategi og handleplaner for nedbringelse af overdødeligheden blandt mennesker med psykisk sygdom

↑ Strategi

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

→ Handleplaner

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

Igangsættes i løbet af 2013 og 2014

12. Forstærket integration og samarbejde mellem psykiatri og somatik

12.1 Baggrund

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

Mange psykiatriske patienter bliver ikke udredt for deres somatiske lidelser, hvilket især skyldes manglende fokus på dette i psykiatrien og i praksissektoren. Omvendt har også patienter med en somatisk lidelse risiko for enten at have eller at udvikle en psykisk lidelse. Det er derfor nødvendigt at øge fokus på somatiske sygdomme i psykiatrien, og øge kendskabet til psykiatriske lidelser i somatikken. Øget gensidig opmærksomhed og fokus på patientens samlede helbredstilstand – såvel psykisk som somatisk - kan bl.a. opnås ved at styrke samarbejdet og sammenhængen mellem psykiatrien og somatikken.⁹ Samarbejde og sammenhæng starter i den nære behandling af patienterne med opsporing og forebyggelse og skal sikres gennem behandlingen i alle dele af sundhedsvæsenet.

Forebyggelse og opsporing i den primære sundhedssektor

Kontakten med borgerne i den primære sundhedssektor er det naturlige udgangspunkt for forebyggelse og tidlig opsporing af somatiske og psykiatriske problemstillinger.

Somatisk syge patienter vil ofte ses jævnligt af egen læge. Den praktiserende læge har derfor gode muligheder for at opdage psykiske lidelser. Det er derfor vigtigt, at den praktiserende læge er opmærksom på psykiske problemstillinger hos patienten og gives forudsætninger for at reagere korrekt og rettidigt på psykiatriske problemstillinger. Dette kan understøttes gennem let adgang til rådgivning fra psykiatrien.

Det er også vigtigt, at der er en opsøgende tilgang og en aktiv forebyggende indsats i forhold til somatiske problemstillinger hos psykiatriske patienter, således at sygdomme opdages og livsstilsrelaterede sygdomme forebygges. Der kan eksempelvis arbejdes systematisk med, at psykiatriske patienter får regelmæssigt helbredstjek hos egen læge, fx. i forbindelse med kontakt til

⁹ Redegørelse om samarbejdet mellem psykiatri og somatik, foråret 2011.

kommunen, jf. kapitel xx. Blandt praktiserende læger er der mulighed for med udgangspunkt i lægernes journalmateriale om medicinudskrivning o. lign. at identificere psykiatriske patienter, og indkalde/indbyde disse til helbredsundersøgelser.

Forløbsprogrammer for psykiske lidelser

Der er i de seneste år udarbejdet forløbsprogrammer og behandlingsindsatser for kronikere i Region Midtjylland. Disse forløbsprogrammer og behandlingsindsatser rummer imidlertid de psykiatriske patienter dårligt, fordi de ikke tager højde for multisygdom, og fordi psykiatriske patienter kan have svært ved at være opsøgende og følge et behandlingsforløb. Et forløbsprogram for depression er under udarbejdelse i Region Midtjylland. Forløbsprogrammet skal bidrage til at skabe sammenhæng i behandlingsindsatsen for patienter med depression og medvirke til, at psykiske sygdomme tænkes ind i øvrige indsatser og i det tværsektorielle samarbejde. Forløbsprogrammet for depression er således det første i Region Midtjylland og skal sikre bedre og tidligere behandling. Forløbsprogrammet indeholder bl.a. lægetjek og indeholder dermed opsøgende aktiviteter i forhold til somatiske sygdomme.

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

Forebyggelse og opsporing i den sekundære sundhedssektor

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

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

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

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

- Spiseforstyrrelser, pædiatri og intern medicin.
- Gerontopsykiatri, neurologi og geriatri.

- I visse tilfælde skizofreni, psykoser, affektive lidelser i forhold til gynækologi og obstetrik.
- Somatoforme lidelser¹⁰ i forhold til de somatiske specialer.

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

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

¹⁰ Somatoforme lidelser drejer sig om tilstande med vedblivende klager over somatiske symptomer med krav om undersøgelser til trods for negative fund og lægelig forsikring om, at symptomerne ikke har nogen fysisk årsag.

↑ Strategi

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

→ Handleplaner

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

Igangsættes i løbet af 2013 og 2014.

TIL FLERE

13. Psykiatrien i det hele sundhedsvæsen

Kapitlet er under udarbejdelse

14. Øget produktivitet og effektivitet i psykiatrien

14.1 Baggrund

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

Et andet vigtigt element, der i forbindelse med tilrettelæggelsen af den kommende ret bør vies opmærksomhed, er teknologirelaterede ydelser, som telepsykiatri, internetsamtaler, videosamtaler og telefonrådgivning, der i dag ikke kan registreres som aktivitet i psykiatrien, og derfor ikke tæller med i aktivitetsopgørelserne, til trods for at disse er vigtige instrumenter i bestræbelserne på at øge produktivitet og effektivitet i psykiatrien. Registreringssystemerne i psykiatrien er i dag indrettet sådan, at viften af teknologirelaterede aktiviteter samt aktiviteter, hvor patienten ikke selv deltager, ikke tæller med som aktivitet. Opgørelser viser, at 40 % af alle ambulante ydelser ikke kan registreres som aktivitet. Ændring af denne situation vil derfor være en forudsætning for en effektiv og ændret tilrettelæggelse af arbejdet i psykiatrien.

Aktivitet

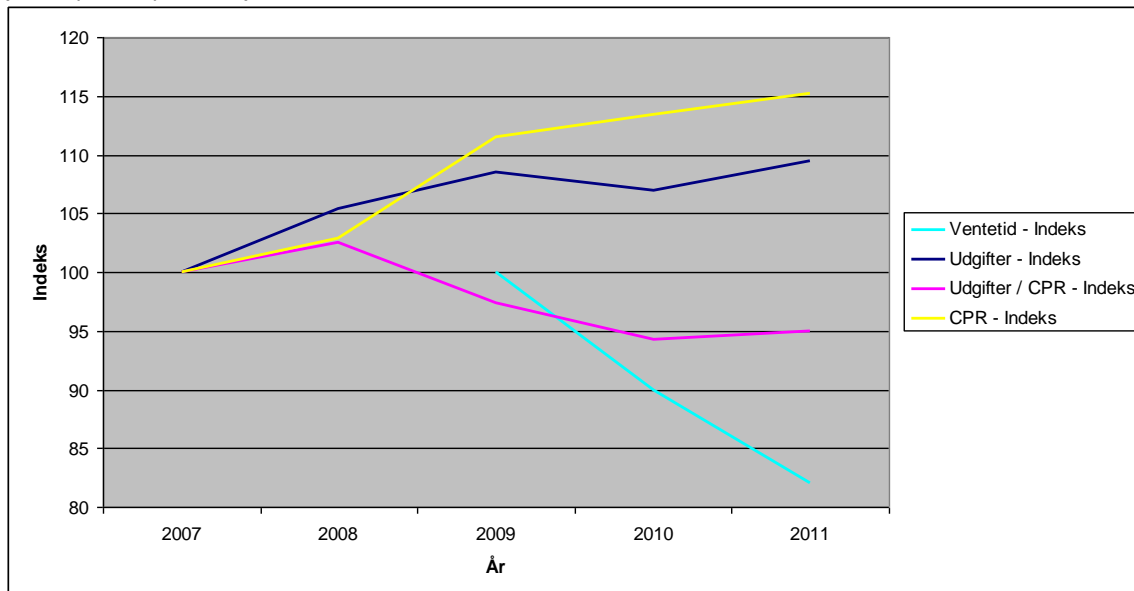
Hvis man kigger på udviklingen fra 2007 til 2011, har der været en stigning i antallet af patienter i psykiatrien på 15,2 %. Stigningen har især været markant i børne- og ungdomspsykiatrien hvor stigningen har været på 38,2 %, mens der behandles 10,2 % flere i voksenpsykiatrien. Samtidig har der været et fald i udgifter¹¹ pr. patient i samme periode på 5,0 %. Ventelisterne for

¹¹ Udgifterne er i kapitlet lig de tilrettede driftsudgifter der er indberettet til Sundhedsstyrelsen

psykiatrien, defineret ved personer, der har ventet i mere end to måneder, er i perioden 2009 til 2011 blevet reduceret med 18,0 %.

Graf 1: Indekserede udgifter og antal CPR fra 2007 – 2011

(Faste priser, p/l 2011)

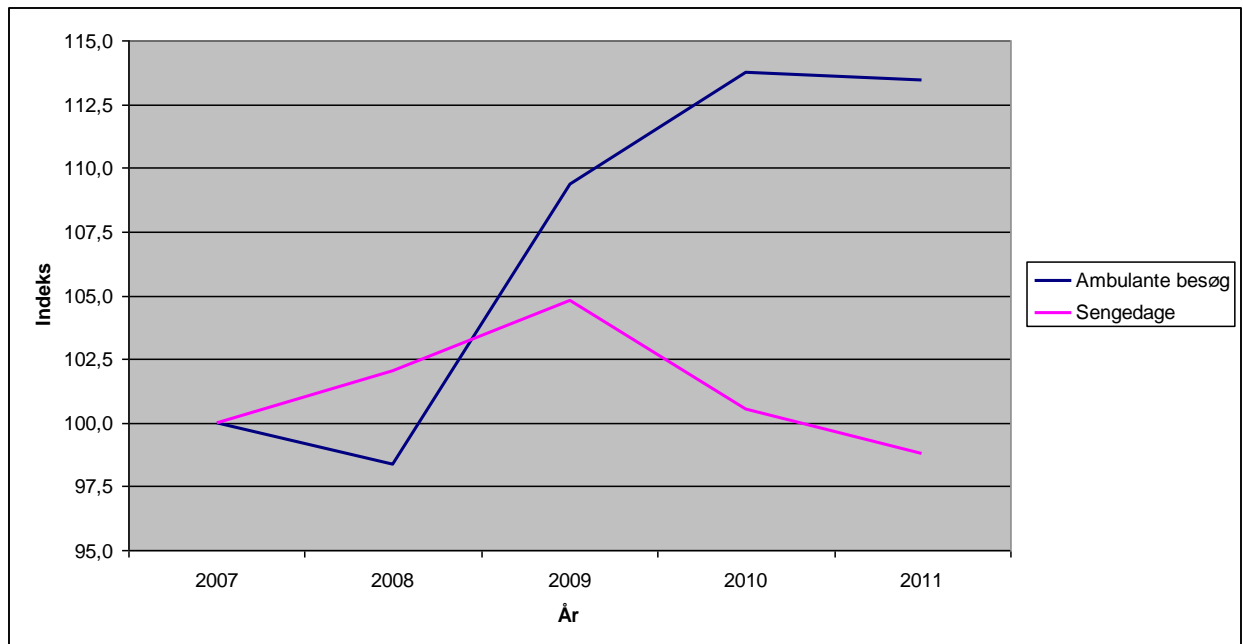


Kilde: InfoRM 27. april

Ventetider er opgjort som ventetid ud over 2 måneder. Der findes ikke data fra før 2009

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

Graf 3: Indekseret ambulante ydelser og sengedage



Kilde: InfoRM 27. april

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

Produktivitet

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

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

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

- Driftsudgifterne pr. behandlet patient.

- Antal behandlede patienter pr. ansat

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

Effektivitet

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

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

Psykiatrien vil eksempelvis sætte fokus på bl.a.:

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

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

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

14.2 Strategier og handleplaner for øget produktivitet og effektivitet

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

↑ Strategi

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

→ Handleplaner

- Der skal indføres en sammenhæng mellem budget og aktivitet for alle behandlingssenheder
 - Fra 2013
- Det skal undersøges om modellen: Psykiatriens Hus i Silkeborg er en omkostningseffektiv organisationsform for den psykiatriske indsats, der samtidig sikrer høj kvalitet af behandlingen. Dette skal ske med henblik på at vurdere mulighederne for at implementere modellen andre steder i regionen.
 - Ultimo 2012.
- Der skal iværksættes eksperimenter med den behandlingsmæssige indsats med henblik på at udvikle nye behandlingsforløb, som giver patienten et bedre liv, og som samtidig anvender færre af psykiatriens ressourcer. Der kan for eksempel tages udgangspunkt i
 - Patienter, som psykiatrien samlet set anvender mange ressourcer på, uden at patienten samtidig er i psykisk bedring.
 - Patienter, som hurtigere kan udskrives/afsluttes, hvis de samtidig kan have lettere adgang til behandling i psykiatrien, hvis eller når behovet opstår. Det kan både handle om stationære og ambulante patienter.
 - I løbet af 2013 og 2014
- Der skal ske en løbende vurdering af ressourcefordelingen mellem de stationære og ambulante behandlingstilbud
 - Årligt

↑ Strategi

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

→ Handleplaner

- Den ambulante aktivitet skal øges med særligt fokus på at overholde (en kommende) udredningsgaranti og de nuværende behandlingsgarantier i forhold til alle diagnosegrupper i regionspsykiatriens målgruppe.
 - Både i 2013 og 2014

↑ Strategi

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

→ Handleplaner

- Optimering af arbejdsgange gennem implementering af fælles nationale udrednings- og behandlingspakker og central visitation
 - Løbende fra d. 1. jan. 2013
- Alle afdelinger udpeger 3 områder, hvor der formodes at være størst gevinst ved at optimere arbejdsgangene:
 - der udarbejdes handleplaner, opfølgning sker på dialogmøderne
 - der etableres en organisation til intern survey, med henblik på at afdelingerne gensidig kan udfordre hinanden i forhold til at optimere arbejdsgange og sikre kvaliteten i behandlingsindsatsen
 - Medio 2013

TVÆRGÅENDE INITIATIVER

15. Innovation og teknologi i psykiatrien

15.1 Baggrund

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

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

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

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

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

IT og teknologi

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

teknologier i klinikken med videre. Ordningen begyndte i slutningen af 2011 og løber frem til 2013.

Eksempel 1: Psykiatriske patienter udskrives med iPad

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

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

Eksempel 2: Fear Fighter

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

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

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

Procesoptimering

Psykiatrien har ansat en medarbejder, som i samarbejde med Koncern HR's afdeling for Organisation, Ledelse og Procesoptimering har udviklet og afprøvet fleksible metoder til at implementere nye arbejdsgange, processer med videre på psykiatriske afdelinger og afsnit. Modellen udmærker sig særligt ved at kunne anvendes i miljøer og kulturer, hvor der ikke er tradition for at arbejde systematisk med produktivitet, og hvor delprocesser, trivsel og arbejdsgange svært lader sig adskille eller måle. Der lægges vægt på at give

afdelingsledelsen sparring, sikre konstruktive processer samtidig med at man hjælper til med dokumentations- og analysearbejdet. Psykiatrien har med sit metodearbejde og afprøvning dannet model for disse værktøjer, som nu også bliver efterspurgt på de somatiske områder til andre anvendelser.

Eksempel 1: Lean - Kaizen Blitz light

Bag fremmedordene gemmer sig en hurtig og effektiv måde at gøre sin afdeling bedre. Den japanske leveregel om kaizen = forbedring har gjort Toyota til et af de mest succesrige bilmærker i verden.

Psykiatri og Social har tilbudt sine afdelinger og afsnit at bruge et par eftermiddage på at identificere nødlidende områder, analysere problemerne og løse dem undervejs i det daglige arbejde. Light kommer af, at processen kun varer 2 dage, og ikke som normalt en uge.

Projektet tager fat om nældens rod og forandrer på stedet. Der foretages såkaldt intervenserende observation, hvor arbejdsgange betragtes, og der gribes ind med det samme, når arbejdsgange, der kan optimeres, identificeres.

15.2 Strategier og handleplaner for innovation og teknologi i psykiatrien

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

↑ Strategi

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

→ Handleplaner

- Etablering af internt innovationsstab i psykiatrien
- Tydeliggørelse af ledelsesansvar
- Udvælgelse af 1-2 "innovationslokomotiver"
- Uddanne frontmedarbejder i innovative kompetencer

↑ **Strategi**

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

→ **Handleplaner**

- Teknologien skal udnyttes, så den understøtter handleplanerne under "Hovedaktør i eget liv"
- Der skal gennemføres pilotprojekter, som efterfølgende skal opskaleres, hvis de viser et positivt resultat

16. De fysiske rammer for fremtidens psykiatri

16.1 Baggrund

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

Status for bygningsmassen

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

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

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

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

Hvad er planerne?

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

Samlingen af somatikken og psykiatrien i de fælles akutmodtagelser i de eksisterende akuthospitaler sker i forhold til de lokale bygningsmæssige forudsætninger. Når den endelige fælles akutmodtagelse står klar, vil psykiatrien også have plads i afdelingens funktion og beredskab.

Somatik og psykiatri er også integreret i de fælles akutmodtagelser, der etableres i DNU og DNV-Gødstrup.

Flytningen af AUH, Risskov, til DNU er et led i realiseringen af målet om tættere integration mellem somatik og psykiatri.

Samling af Psykiatrien i Vest ved det nye hospital i Gødstrup

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

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

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

Projekter i den eksisterende bygningsmasse

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

16.2 Strategier og handleplaner for de fysiske rammer for fremtidens psykiatri

↑ Strategi

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

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

Bygningerne skal understøtte en effektiv psykiatribehandling og bygningsdrift.

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

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

➔ Handleplaner

- Flytning af Aarhus Universitetshospital Risskov til DNU skal ske som et Offentligt Privat Partnerskab (OPP).
 - Muligheden for at indgå en aftale med en partner inden udgangen af 2014 afsøges
- Psykiatrien indgår fortsat i 2013 og 2014 sammen med somatikken i brugergruppearbejdet vedrørende indretningen af de fælles akutmodtagelser i henholdsvis DNU og DNV. Der etableres i relevant omfang fælles forsknings- og uddannelsesfaciliteter og fælles undersøgelsesfaciliteter.
- Psykiatriens personale, patienter og patienters pårørende inddrages i 2013 og 2014 yderligere i planlægning af psykiatriens bygninger i DNU og DNV med henblik på at sikre, at patienternes behov tilgodeses i relation til at give den bedst mulige behandling.
- Anlægsbudgettet for psykiatriens byggeri i DNV skal indarbejdes i Region Midtjyllands investeringsoversigt for de kommende år.
- Der afvikles en projektkonkurrence om psykiatriens bygninger i DNV.
 - Konkurrencen forventes afviklet i 2013
- Der indhentes erfaringer fra nyere psykiatrisk byggeri i Danmark og i udlandet
 - I 2013

↑ Strategi

2. Den eksisterende bygningsmasse i Randers, Horsens, Viborg-Skive og Silkeborg skal løbende vedligeholdes, så den lever op til nutidig standard.

→ Handleplaner

- Den udarbejdede oversigt over bygningernes tilstand opdateres løbende.
- En gang om året indkaldes ønsker til vedligeholdelsesarbejder og mindre bygningsmæssige ændringer fra afdelingerne blandt andet med henblik på, at bygningerne kan leve op til standard for moderne byggeri til psykiatriske patienter.

17. Psykiatrien som attraktiv arbejdsplads

17.1 Baggrund

Det er vigtigt, at psykiatrien i Region Midtjylland generelt er en attraktiv arbejdsplads, der tilbyder faglige udfordringer og udvikling samt attraktive arbejdsforhold. Rekruttering, kompetenceudvikling og arbejdsmiljø er væsentlige faktorer, der medvirker til at gøre psykiatrien til en attraktiv arbejdsplads.

Rekruttering

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

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

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

Kompetenceudvikling

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

Inden for psykiatrien er følgende fem kompetencer fastlagt:

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

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

Arbejds miljø

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

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

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

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

17.2 Strategier og handleplaner for psykiatrien som attraktiv arbejdsplads

↑ Strategi

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

→ Handleplaner

- Fortsat udvikling af den nuværende strategi i forhold til rekruttering af læger – Skarpe hjerne og varme hjerter

↑ Strategi

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

→ Handleplaner

- Kompetenceudviklingsplaner for alle faggrupper – målrettet opgaver
- Udnyttelse af specialuddannede psykologer og sygeplejersker

↑ Strategi

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

→ Handleplaner

- Sikkerhed – kompetencer i sikkerhedsprocedurer
- Sygefravær
- Forebyggelse af vold - kompetencer i konflikthåndtering

18. Ordliste

Under udarbejdelse



BAG afsender

Side 89

regionmidtjylland **midt**