

# REFERAT Psykiatrisk Dialogforum 2010-2013 d. 05-03-2013

**Mødedato**            Tirsdag d. 05. marts 2013 kl. 13:00

**Mødested**            Mødelokale 5

**Mødedeltagere**      Freddie H. Madsen, O (Fravær), Pia Tørving, A (Fravær), Jens Møller, V (Fravær), Ida Damborg, F (Fravær), Claus Sersar Thomsen (Fravær), Kirsten Hansen (Fravær), Minna Holm-Nielsen (Fravær)

## Indholdsfortegnelse

|                                                                                            |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Opfølgning på referat fra møde den 29. november 2012.....                                  | 3  |
| Tema-drøftelse af tvang i psykiatrien i Region Syddanmark i perioden 2009-2012.....        | 4  |
| Oversigt over ventetider, belægningsprocent og ECT behandling.....                         | 7  |
| Spørgsmål om anvendelse af DAT-behandlingsformen i Region Syddanmark.....                  | 8  |
| Undersøgelse om rehabiliteringstilbud til spiseforstyrrede.....                            | 9  |
| Integrated Care - samarbejdsprojekt mellem almen praksis, Odense Kommune og Region Syddanm | 10 |
| Kapacitetsanalyse af psykiatrierne v. Deloitte.....                                        | 12 |
| Revision af psykiatriplan.....                                                             | 15 |
| Anvendelse af psykoterapi.....                                                             | 17 |
| Koncept for Døgnpsykiatri.....                                                             | 18 |
| Orientering om kampagnen "En af Os".....                                                   | 19 |
| Årsrapport fra Klinisk Etisk Komite.....                                                   | 20 |
| Status på psykiatriens anlægsprojekter.....                                                | 21 |
| Årshjul 2013.....                                                                          | 22 |
| Mødekalender 2013.....                                                                     | 23 |
| Eventuelt.....                                                                             | 24 |

## **Punkt 1: Opfølgning på referat fra møde den 29. november 2012**

13/4822

### **Resumé**

Opfølgning på referat af mødet den 29. november 2012 i Psykiatrisk Dialogforum.

### **Sagsfremstilling**

Psykiatri- og socialstaben har modtaget en bemærkning fra Karen Margrete Nielsen i forbindelse med pkt. 4 på dagsordenen. Karen Margrete Nielsen gør opmærksom på, at det ikke var hende, der rejste det i dagsordensteksten nævnte spørgsmål på dialogmøde med afdelingen i Odense, men derimod Bedre Psykiatri. I samme henvendelse ønsker Karen Margrete Nielsen en orientering om det forestående integrated care projekt i Odense, da det efter sigende skulle være et eksempel på, hvad man kan gøre for at optimere behandlingen i almen praksis for en overskuelig investering.

Integrated Care er sat på dagens dagsorden som orienteringspunkt.

Endvidere blev der under pkt. 4 udtrykt ønske om, at pakkeforløb i børne- og ungdomspsykiatrien sættes på dagsordenen. Dette bliver dagsordensat på et senere møde.

### **Indstilling**

Til orientering.

### **Beslutning i Psykiatrisk Dialogforum den 05-03-2013**

Steen Andersen ønsker en temadrøftelse af pakkeforløb.  
Det sættes på dagsordenen til mødet i maj 2013.

## **Punkt 2: Tema-drøftelse af tvang i psykiatrien i Region Syddanmark i perioden 2009-2012**

12/4444

### **Resumé**

På baggrund af tal for tvang i psykiatrien i 2012 tages en bred temadrøftelse om tvang.

### **Sagsfremstilling**

På seneste møde i Psykiatrisk Dialogforum blev det besluttet, at dagsordensætte anvendelsen af tvang som tema når tal for 2012 foreligger. I det vedhæftede bilag ses udviklingen i tvang på samtlige parametre fra 2009 til 2012.

Afdelingerne indberetter løbende anvendelser af tvang til Sundhedsstyrelsen. De indberettede data danner grundlag for oversigten.

Generelt ses et lavere niveau af tvang i 2012 i forhold til 2011. Der ses i 2012 et fald i antallet af tvangsbehandlingsforløb (ECT, medicinering, ernæring m.m.) på 12 %. Der ses endvidere et fald i antallet af bæltefikseringer på 6 % og anvendelsen af beroligende medicin på 21 %.

Psykiatriudvalget har den 21. februar 2013 drøftet udviklingen i varigheden af bæltefikseringer samt mulige initiativer til at reducere anvendelsen af tvang. Notatet er ligeledes vedlagt punktet.

På mødet vil Lægefaglig direktør Anders Meinert Pedersen og ledende overlæge på Psykiatrisk Afdeling Kolding-Vejle Kirsten Støvring med oplæg tematisere en bredere drøftelse af tvangsanvendelse. De vil med udgangspunkt i konkrete patienthistorier præsentere de forskellige tvangsforanstaltninger og herigennem illustrere de dilemmaer, man som behandler kan stå i samt illustrere, hvor og hvordan man kan minimere tvangsanvendelse.

### **Indstilling**

Til drøftelse.

### **Beslutning i Psykiatrisk Dialogforum den 05-03-2013**

Lægefaglig direktør Anders Meinert Pedersen og ledende overlæge Kirsten Støvring orienterede, og nævnte bl.a.:

Anvendelsen af tvang har samlet set været meget stabil de seneste ti år. Det er bemærkelsesværdigt set i lyset af projekter og ændring i psykiatriloven. Det er endvidere bemærkelsesværdigt, at kun få klager får medhold. Det tyder på, at det er de rigtige patienter, der udsættes for tvang.

Det er politisk besluttet, at anvendelsen af tvang skal reduceres med 20%, og der ses en reduktion fra 2011 til 2012. Psykiatrisygehuset lægger stor vægt på at reducere tvang, men kan ikke med sikkerhed love, at den samlede anvendelse er reduceret med 20% ved udgangen af 2013.

Tvang strider mod grundloven, og kan kun komme i anvendelse i ekstreme situationer.

Tvangsforebyggelse kan ske før, under og efter indlæggelsen.

Før og efter indlæggelsen ved øget ambulant indsats, bl.a. opsøgende psykoseteam.

Og også ved en fælles rehabiliteringsplan, så man ikke som svært syg skal rende til flere instanser, men har fælles tovholder.

Under indlæggelse ved forebyggende samtale med patienten. Således kan man gennem dialog forberede, hvilken indsats, patienten ønsker fremadrettet. Der findes eksempler på, at patienter har udtrykt ønske om tvang, hvis situationen opstår igen. Man kan ikke i statistikkerne se, om der er tale om "aftalt" tvang, og uanset aftaler skal tvangshandlingen registreres, da der i situationen er tale om handlinger, som patienten på det givne tidspunkt modsætter sig.

Derudover kan fysio- og ergoterapi dæmpe angst.

Endelig erstattes eksterne faste vagter med kendt personale. Typisk patientens kontaktperson.

Fordele og ulemper ved non-stimuli-rum drøftedes.

Steen Andersen påpeger, at undersøgelser viser, at kulturen blandt medarbejdere er en vigtig faktor og foreslår at sammenligne kulturen på afdelinger med lidt tvang med afdelinger med meget tvang, kombineret med uddannelse og jobrotation mellem afdelinger.

Jeppe Bruun-Petersen nævner, at akutberedskaberne kan gøre meget. At den syge kender de personer, der sidder i beredskaberne, og at de er egentlige hotlines. Ved eksisterende hotlines er der personer, der ikke ringer, fordi de ikke ved, hvem de kommer i kontakt med.

Bodil Espensen siger, at psykisk syge i princippet er relationssyge. Derfor ligger der i det daglige arbejde megen tvangsforebyggelse i arbejdet med relationen mellem behandler og patient.

Bente Gertz fortæller, at tvang diskuteres meget i Danske Regioners psykiatriudvalg. Blandt andet forskellen regionerne imellem. Udvalget vil gerne lave en undersøgelse på retspsykiatrien for at se, hvordan det ser ud på landsplan.

Isabel Gindeberg siger om sammenligning af retspsykiatri, at man skal være opmærksom på forskelle i organiseringen. Forskellige typer patienter fra region til region giver forskellige mønstre for tvang.

Karen Margrete Nielsen spørger, hvordan forholdene er omkring tre dages motivationsfase?

Kirsten Støvring fortæller, at tvangsbehandling først kan iværksættes efter tre døgn's motivationsfase, men at man gerne må give beroligende medicin med det samme.

Ernæring under tvang drøftedes.

Tvungen ernæring med sonde registreres som tvang.

Steen Andersen nævner, at mange spiseforstyrrede oplever hele behandlingsforløbet som en lang tvang, fordi de tvinges til at spise et bestemt antal kalorier. Det registreres ikke som tvang og er ikke defineret som tvang, men det opleves som traumatiserende tvang.

Claus Warming spørger til dilemmaet; Hvornår er det i orden, at der er tvang i forbindelse med en behandling?

Jeppe Bruun-Petersen svarer, at der er nogen, der direkte ønsker en tvangsbehandling. De kan have sagt det på forhånd, men modsætter sig det på dagen for iværksættelse af tvang. Hans oplevelse er, at det er sobert arbejde, der laves med hensyn til selve behandlingen. Tvang kan beskytte den, der udsættes for tvang, men det kan også være nødvendigt at beskytte afdelingen og de andre indlagte. Det rejser et etisk dilemma; Kan man bruge tvang for at beskytte afdelingen og andre patienter?

Azra Hasanbegovic nævner, at PTSD-patienter kan opleve antidepressiv medicin som tvang. Bivirkninger opleves både før og tydeligere end de tilsigtede virkninger, og bliver de opfordret til at tage medicinen, oplever de det som tvang.

Ole Ryttof siger, at sygehuset har en klar politik i forhold til konflikthåndteringskurser, som er obligatoriske for alle medarbejdere. Det er den lange seje vej, hvor alle skal blive bedre til at observere og intervenere.

Jeppe Bruun-Petersen spørger, om der er erfaringer med bedøvelse/koma i stedet for fastholdelse?

Kirsten Støvring fortæller, at der er benyttet bedøvelse i sjældne tilfælde, hvor patientens tilstand ikke kan brydes.

Bodil Espensen supplerer med, at man i Norge har også arbejdet meget med medicinering i stedet for fysisk tvang.

Jacob Stengaard Madsen pointerer, at det psykiatrien kan gøre noget ved, det skal vi gøre noget ved. Derfor peger notatet på konkrete tiltag. Blandt andet sammenhængen til socialområdet. Hvis en patient foretrækker bæltefiksering på en afdeling frem for at komme hjem til bostedet, så skal vi i dialog med bostedet. Det skal vi blive bedre til.

Jacob Stengaard Madsen spørger om foreningernes syn på afdelinger uden tvang?

Steen Andersen svarer, at det kommer an på, om man vil skabe den tvangsfrie afdeling eller undgå tvang. Det mest repræsentative ville være at gøre det på en normal afdeling.

Hvad angår spiseforstyrrelser, så ville man ikke have så mange traumer bagefter, hvis der ikke var tvang. Mange går ikke i behandling, netop fordi de tvinges til at spise. Det er derfor et sympatisk initiativ. Det vil også kræve, at medarbejderne har plads til at bruge deres kreativitet, fornemmelser og evne til at etablere relation.

## **Bilag**

Anvendelsen af tvang i psykiatrien i Region Syddanmark 2007-2012

Udvikling i varigheden af bæltefikseringer

## **Punkt 3: Oversigt over ventetider, belægningsprocent og ECT behandling**

12/4444

### **Resumé**

Orientering om ventetider, belægning og ECT-behandling.

### **Sagsfremstilling**

Psykiatrisygehuset har fra og med mødet den 8. marts 2012 forelagt punkt om ventetider og overbelægning. Punktet er hen over året udvidet med tal for elektrochokbehandling.

På seneste møde blev der efterspurgt nogle ændringer i opgørelsen. Bl.a. anden opdeling på diagnosekoder samt antal patienter i tabel 2.2. Det lader sig desværre af forskellige grunde ikke gøre at efterleve disse ønsker.

Oversigten over ventetider viser, at den maksimale ventetid pr. 4. februar 2013 indenfor børne- og ungdomspsykiatrien i Region Syddanmark er på 8 uger. Den faktiske ventetid for den samlede børne- og ungdomspsykiatri viser, at 94% af patienterne, der er taget i behandling i 2012, har ventet under 2 måneder.

På de psykiatriske afdelinger varierer den maksimale ventetid mellem 7 og 13 uger, og 87% af alle patienter i 2012 er taget i behandling indenfor 2 måneder.

På RCT-området varierer den maksimale ventetid mellem 4 og 12 uger. Den aktuelle venteliste pr. 31. december 2012 viser, at 76% af patienterne har ventet under 2 måneder.

Af notatet om belægningsprocent fremgår, at belægningsprocenten i 2012 i almenpsykiatrien er på 90,4%. For børne- og ungdomspsykiatrien er belægningsprocenten for 2012 på 70,5%.

Derudover er antallet af ECT-behandlinger på de psykiatriske afdelinger i Region Syddanmark i 2010, 2011 og 2012 vist i tabel 4.

### **Indstilling**

Til orientering.

### **Beslutning i Psykiatrisk Dialogforum den 05-03-2013**

Ole Ryttovej orienterede.

Orienteringen gav ikke anledning til kommentarer.

### **Bilag**

Status på behandlingsretten - 2012

Oversigt over belægning og ECT til dialogforum 5. marts

## **Punkt 4: Spørgsmål om anvendelse af DAT-behandlingsformen i Region Syddanmark**

13/4822

### **Resumé**

Spørgsmål fra Kirsten Hansen, Bedre Psykiatri, om anvendelse af DAT-behandlingsformen i Region Syddanmark.

### **Sagsfremstilling**

Psykiatrien har modtaget følgende forslag til dagsordenspunkt fra Kirsten Hansen, Bedre Psykiatri:

Det kunne være interessant at vide noget om, i hvor stor udstrækning DAT-behandlingsformen anvendes i Region Syddanmark. Jeg ved, at den praktiseres i Svendborg.

Endvidere kunne det have interesse, om der muligvis var andre ”alternative” behandlingsformer.

Om DAT eller Dialektisk AdfærdsTerapi:

En indlæringsterapi og adfærdsterapi, som især henvender sig til mennesker med en borderline sygdom, men som formodentlig også kan anvendes i forbindelse med behandling af andre psykiske sygdomme. Grundtanken i behandlingen er, at man møder og anerkender patienten nøjagtig som han/hun er, og hjælper patienten til at opnå den forandring, som er nødvendig for at få det bedre. Desuden inddrages zenbudhistisk tankegang om bevidst nærvær og at acceptere nuet.

Ole Rytto vil på mødet søge at belyse spørgsmålene.

### **Indstilling**

Til drøftelse.

### **Beslutning i Psykiatrisk Dialogforum den 05-03-2013**

Udsættes til næste møde, hvor punktet gøres til genstand for en bredere temadrøftelse om terapiformer, herunder også kropsterapi.

## **Punkt 5: Undersøgelse om rehabiliteringstilbud til spiseforstyrrede**

13/4822

### **Resumé**

Orientering om undersøgelse blandt alle landets kommuner om rehabilitering udarbejdet af ViOSS, Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade.

### **Sagsfremstilling**

ViOSS, der er LMS' Videnscenter Om Spiseforstyrrelser og Selvskade, har netop færdiggjort en undersøgelse blandt alle landets kommuner om deres rehabiliteringstilbud.

Steen Andersen vil på mødet orientere om undersøgelsen med særligt fokus på kommunerne i Region Syddanmark.

Bilag eftersendes.

### **Indstilling**

Til orientering.

### **Beslutning i Psykiatrisk Dialogforum den 05-03-2013**

Steen Andersen præsenterede undersøgelsens hovedresultater.

Bente Gertz konstaterer, at små kommuner har behov for at gå sammen.

Jeppe Bruun-Petersen konstaterer, at der hvor regionen går foran kommer kommunerne med.

Jacob Stengaard Madsen fortæller, at han tager spørgsmålet op på et forestående møde med kommunale socialdirektører i regionen, men at regionen blot er leverandør, der skal levere de sociale pladser, vi bliver bedt om.

Steen Andersen anbefaler italesættelse af rapportens illustration af sammenhæng mellem antal genindlæggelser og kommunal opfølgning.

### **Bilag**

Præsentation for Region Syd.pdf

Kortlægning af kommunernes tilbud til personer med spiseforstyrrelser eller selvskade - Kommunernes tilbud til personer med spiseforstyrrelser eller selvskade.pdf

# **Punkt 6: Integrated Care - samarbejdsprojekt mellem almen praksis, Odense Kommune og Region Syddanmark (somatik og psykiatri)**

12/17477

## **Resumé**

Orientering om integrated care. Et samarbejdsprojekt mellem almen praksis, Odense Kommune og Region syddanmark.

## **Sagsfremstilling**

Odense Kommune, Region Syddanmark og almen praksis er gået sammen om at udvikle en model for, hvordan øget fokus på tidlig indsats og inddragelse af borgeren kan bidrage til at skabe reelle sammenhængende patientforløb, så borgeren oplever at blive understøttet af ét samlet og proaktivt sundhedsvæsen.

Samarbejdet skal ske gennem en decentral samarbejdsmodel, hvor fagprofessionelle fra kommune og sygehus sammen med lægerne i almen praksis organiseres i tværsektorielle teams, der sammen står til ansvar for en koordineret og sammenhængende indsats for de mest udsatte borgere.

Samarbejdsmodellen henter inspiration fra det engelske ”NHS North West London integrated care pilot”.

I samarbejdsprojektets første fase er der fokus på to målgrupper:

- Den ældre medicinske patient (DÆMP)
- Borgere med stress, angst og/eller depression (SAD)

Projektet rulles i første fase ud for disse to målgrupper. Når udrulningen er sket, og evaluering viser, at samarbejdet fungerer, kan projektet udvides med andre målgrupper eller spredes til andre kommuner.

Målgruppen DÆMP er valgt, fordi det er en målgruppe, hvor en koordineret indsats ventes at kunne føre til øget livskvalitet og færre akutte indgreb for en sundhedsmæssigt sårbar gruppe samtidig med, at forbedret sundhed for gruppen vil kunne reducere udgifter til pleje og omsorg.

Målgruppen SAD er valgt fordi en tidlig koordineret indsats ventes at kunne begrænse sygdommens udvikling samtidig med, at det vil reducere sygefravær og udstødning fra arbejdsmarkedet og dermed reducere udgifter til overførselsindkomster.

For psykiatrien bliver projektet en spændende ny måde at tænke samarbejde på. Næste skridt for psykiatrien i det projektforberedende arbejde bliver igangsættelse af en bredt sammensat faglig arbejdsgruppe, der for stress, angst og depression skal beskrive;

- Hvordan patienter udvælges til projektet, og på hvilke kriterier, det skal ske.
- Best practice hos alle samarbejdsparter (almen praksis, psykiatrisk afdeling, kommunal psykiatri, jobcenter etc.)
- Skabelon for samlet handlingsplan, som kan udfyldes af praktiserende læge.

Fundamentet for projektet bliver et såkaldt datawarehouse, hvor der samles data fra såvel region som kommune og almen praksis. På baggrund af udvælgelseskriterierne opstillet af den faglige gruppe, udtrækkes de patienter, som den enkelte praktiserende læge skal indkalde til udarbejdelse af handlingsplan. I handlingsplanen skrives, hvilke opgaver de enkelte instanser skal varetage i henhold til den beskrevne best practice.

## **Indstilling**

Til orientering.

### **Beslutning i Psykiatrisk Dialogforum den 05-03-2013**

Region Syddanmark (somatik og psykiatri)

Jacob Stengaard Madsen orienterede om projektet.

Psykiatrisk Dialogforum udtrykte store forventninger til projektet.

## Punkt 7: Kapacitetsanalyse af psykiatrierne v. Deloitte

12/26927

### Resumé

Som et led i arbejdet med Regeringens psykiatriudvalg har Deloitte gennemført en kapacitetsanalyse af psykiatrien i Danmark. Analysen blev offentliggjort på Sundhedsministeriets hjemmeside torsdag den 13. december 2012. Rapporten er generelt kritisk over for styringen i psykiatrierne som helhed og i mindre grad Region Syddanmark. Analysen har været drøftet i psykiatridirektørkredsen. Der er enighed om, at analysen, på trods af dens metodiske mangler, har fat i relevante problemstillinger.

Der gives et kort overblik over analysens hovedbudskaber samt mangler ved den valgte proces og metode.

### Sagsfremstilling

Steen Andersen, LMS, har ønsket en drøftelse af Deloitte's kapacitetsanalyse af psykiatrien i Danmark. Herunder er den orientering, der blev givet til psykiatriudvalget på dettes møde den 8. januar 2013.

### Hovedbudskaber i analysen

Rapportens hovedkonklusion er, at der er klar mulighed for bedre kapacitetsudnyttelse i psykiatrierne i Danmark. *"Der mangler grundlæggende et overblik over, hvad ressourcerne anvendes til"*, s. 19.

Deloitte ser potentialer i en generelt fastere aktivitets- og økonomistyring. Deloitte vurderer, at der ikke er et tilstrækkeligt fast grundlag for styring i psykiatrierne, og at der heller ikke er tilstrækkeligt ledelsesmæssigt fokus på området. *"Det er samlet set vores indtryk, at aktivitetsstyringen endnu har et forholdsvis lavt modenhedsniveau, men samtidig at der er stort fokus på at udvikle den. Der er – med Region Syddanmark som væsentligste undtagelse – endnu ikke indført automatiske mekanismer, hvor budgettet reguleres i forhold til graden af målopfyldelse."*, s.17. Dette i kombination med udpræget decentral autonomi og uklare faglige normer har medført en uønsket uensartethed, som medfører en lavere kapacitetsudnyttelse i systemerne end der ellers kunne have været. Region Syddanmark og Region Sjælland fremhæves som værende kommet lidt videre.

Rapporten anbefaler generelt, at der strammes op, og at ledelserne fokuserer mere på ressourcestyring – herunder den systemmæssige understøttelse dette forudsætter.

Herudover anbefaler rapporten (s.3), at DRG/DAGS-taksterne i psykiatrien ajourføres / gøres præcise, så de reelt kan anvendes til styring. De nuværende takster er fra 2005/2006 er alene pris- og lønfremskrevet frem til i dag. Uden DRG-værktøjet er reel kapacitetsstyring vanskelig, særligt for så vidt angår den stationære indsats.

Med hensyn til speciallægepraksis, så konstaterer Deloitte, at området stadig er et parallelt system, som regionerne indtil videre alene planlægger at anvende mere systematisk.

### Produktivitetsanalyse

Når det drejer sig om produktivitet, så anvender Deloitte forskellige mål, men blandt målene synes det mest hensigtsmæssigt at holde sig til udgifter pr. patient, og her har Region Syddanmark de laveste enhedsomkostninger inden

for både B&U -, voksen- og retspsykiatri. Rapportens nye produktivetsmål synes mindre anvendeligt pga. beregningsmetode (se bilag med opsamling af produktivetsvurderinger).

For så vidt angår børne- og ungepsykiatrien har Psykiatrien i Region Syddanmark fortsat de laveste udgifter pr. patient, mens regionen ligger nummer 3 mht. produktivitet jf. rapportens nye produktivetsdefinition. Rapporten konkluderer, at aktiviteten på landsplan kunne hæves med hhv. 14 pct. og 11 pct. for hhv. stationær og ambulant aktivitet, hvis gennemsnitsproduktivitet kunne opnås blandt regioner med produktivitet under gennemsnit, s. 47. Samtidig fremgår, at antallet af ambulante ydelser pr. behandler i Region Syddanmark ligger ca. på gennemsnittet. For så vidt angår voksenpsykiatri, så har Psykiatrien i Region Syddanmark også her de laveste udgifter pr. patient og samtidig den højeste produktivitet jf. rapportens nye produktivetsdefinition. Rapporten konkluderer, at aktiviteten i voksenpsykiatrierne på landsplan kunne hæves med hhv. 5 pct. og 10 pct. for hhv. stationær og ambulant aktivitet, hvis gennemsnitsproduktivitet kunne opnås blandt regioner med produktivitet under gennemsnit, s. 77. Samtidig fremgår, at antallet af ambulante ydelser pr. behandler i Region Syddanmark ligger ca. på gennemsnittet.

For så vidt angår retspsykiatri vurderer Deloitte, at der er meget begrænsede potentialer at gå efter. I lyset af de konstaterede meget store forskelle i f.eks. udgifter pr. patient er dette en interessant konklusion.

### **Mangler ved den valgte proces og metode:**

Samlet set har de tidsmæssige rammer for regionernes mulighed for at bidrage konstruktivt til Deloitte's opgaveløsning været kritisable. Tidsfristerne har været så korte, at analysen og dens datagrundlag lider under det. Det kan diskuteres, om ambitionen i kommissoriet er indfriet. Der er reelt ikke afdækket en periode på 10 år, og der er ikke foretaget analyse på afsnitsniveau. Derimod er der primært set på 2011 og på specialniveau.

Det skal bemærkes, at analysen intet siger om kvaliteten af behandlingen i psykiatrierne - og ej heller effekten af behandlingen. Analysen handler alene om kapacitets- og ressourceudnyttelse.

De gennemførte kvalitative interviews anvendes i rapporten, men læseren gives ingen mulighed for at se kildematerialet eller få indblik i hvordan interviewenes indhold er vægtet eller analyseret. Det er metodisk problematisk.

Regionerne har ikke fået lejlighed til at validere de data, som fremgår i rapporten.

### **Vurdering af potentialer**

Det vurderes, at det er helt afgørende, at vi får taget mere systematisk fat på en konsekvent mål- og aktivitetsstyring i alle regioner, hvis der skal ske afgørende løft af kapacitetsudnyttelsen i psykiatrierne i hele Danmark.

### **Adressering af de påpegede emner**

Nedenfor knyttes en kommentar til nogle af de emner, som fra Deloitte's side påpeges som vigtigt for at fremme ressource- og kapacitetsudnyttelsen i psykiatrierne:

- Ajourføring af DRG-taksterne:
  - Dette er en opgave, som alene staten kan løfte, hvorfor det vil være hensigtsmæssigt at bringe emnet op over for staten i alle relevante sammenhænge. Regionerne vil i givet fald skulle bidrage ved at udarbejde fordelingsregnskaber til takstberegningerne.
- Aktivitetsstyring:

- Takststyringen i Region Syddanmark kan fortsat forbedres og et serviceeftersyn af takststyringsmodellen indgår i arbejdet med revision af psykiatriplanen.
- Ensartet kliniks praksis:
  - Implementering af ambulante behandlingspakker vil i et vist omfang kunne medføre samme behandling ved ens symptomer samt øge kvalitet og produktivitet. Dårlig kvalitet og lav produktivitet hænger ofte sammen.
- Rekruttering, jf. anden sag på dagsordnen.
  - Rekruttering af de rette kompetencer til organisationen vil ofte kunne medføre øget flow i behandlingsaktiviteten.
- Bygningsafledte forbedringer i kapacitets – og ressourceudnyttelse:
  - Potentialer afledt af de store bygningsinvesteringer i Psykiatrien i Region Syddanmark vil fremadrettet blive høstet.
- Øget ledelsesmæssigt fokus på styring:
  - I Region Syddanmark vil øget fokus på styring sammen med et klarere målfokus kunne forbedre kapacitetsudnyttelsen.

## Indstilling

Til drøftelse.

## Beslutning i Psykiatrisk Dialogforum den 05-03-2013

Jacob Stengaard Madsen orienterede om rapporten. Herunder at rapporten intet siger om kvalitet. Det er en ren produktionsvinkel, der er anlagt på psykiatrien.

Steen Andersen finder det problematisk, hvor forskelligt, man gør tingene. Kan man visionært tage det bedste fra hver region? Rapporten er mangelfuld, men den bekræfter, at det ikke er ligegyldigt, hvor man er patient.

Jacob Stengaard Madsen svarer, at psykiatridirektørkredsen er enig i, at selvom der kan stilles metodiske spørgsmål, så har Deloitte fat i noget, vi skal koncentrere os om. Det vil indgå i benchmarking mellem regionerne. Region Syddanmark er gået foran med henblik på aktivitetsstyring. Det giver os en lidt bedre mulighed for at sige, hvad vi bruger vores ressourcer til.

Steen Andersen foreslår, at kvaliteten og hvordan mennesket har det, kommer til at indgå i benchmarking. Patientens oplevelse gennem systemet må have fokus.

Jeppe Bruun-Petersen udtrykker bekymring for kapaciteten i retspsykiatrien på baggrund af, at der er så mange retspsykiatriske patienter indlagt i almen psykiatrien.

Isabel Gindeberg svarer, at der i Region Syddanmark p.t. er god balance mellem antal retspsykiatriske senge og antal retspsykiatriske patienter, men at det er svært at forudsige fremtidigt behov i og med, at der er domstolene, der styrer gennem deres aktuelle praksis.

## Bilag

Kapacitetsanalyse-i-psykiatrien

## Punkt 8: Revision af psykiatriplan

12/12917

### Resumé

Orientering om revision af psykiatriplan.

### Sagsfremstilling

Psykiatriudvalget har igangsat en hurtig proces for revision af psykiatriplanen for Region Syddanmark.

Revisionen sætter fokus på seks hovedområder:

- kerneydelser
- psykiatrien i samfundet
- behandlingssamarbejde
- økonomi og effektivitet
- teknologiske redskaber
- kvalitet

Der er nedsat en hurtigt arbejdende gruppe for hvert område, og tidsplanen er, at grupperne afrapporterer inden udgangen af april med henblik på færdiggørelse af høringsoplæg, der forelægges for psykiatriudvalget den 7. maj 2013.

Det betyder, at høringsudkast kan behandles af Psykiatrisk Dialogforum på mødet den 14. maj.

Revision af patient- og pårørende-politikken er ikke gjort til et hovedområde i denne fase. En sådan revision vil blive taget op i forlængelse af den igangsatte proces.

Gruppen der arbejder med kerneydelser skal belyse, hvad implementeringen af den nuværende psykiatriplan med vægtning af den ambulante indsats har betydet for behandlingen af mennesker med psykiatriske lidelser i Region Syddanmark. Endvidere skal gruppen belyse, hvilken indflydelse de allerede gennemførte tiltag, kombineret med nye nationale tiltag og tendenser vil have på det fremtidige behov for behandlingspladser og –tilbud. Herunder fordeling mellem døgn-, dag- og ambulant behandling, akutberedskaber og specialisering.

Gruppen der arbejder med psykiatrien i samfundet afholder en temadag med fokus på:

- hvordan det politiske ønske om, at psykiatrien sammen med kommunerne tager ansvar for det hele forløb kan udmøntes i praksis
- hvordan psykiatrien kan være med til at sikre kvalitet og effektivitet i borgerens hele forløb

Gruppen for behandlingssamarbejde vil stille skarpt på samarbejdet mellem psykiatri, almen praksis og praktiserende speciallæger og psykologer.

Økonomi- og effektivitetsgruppen vil gennemgå erfaringerne med takststyringsmodellen og komme med bud på eventuelle ændringer.

Gruppen for teknologiske redskaber skal beskrive, hvordan der sikres en offensiv anvendelse af velfærdsteknologiske hjælpemidler i psykiatrien indenfor rammerne af de nationale og regionale strategier på området.

Kvalitetsgruppen skal opstille konkrete mål for de seks vedtagne temaer i psykiatriens kvalitetspolitik. Temaerne er:

- fælles akutmodtagelse
- Ensartet udredning og behandling
- Øget patientsikkerhed
- Øget middellevetid
- Reducering af tvang
- kompetenceudvikling

## **Indstilling**

Til orientering.

### **Beslutning i Psykiatrisk Dialogforum den 05-03-2013**

Jeppe Bruun-Petersen og Karen Margrete Nielsen spørger, om der inviteres brugere til temadagen om psykiatri i samfundet.

Jacob Stengaard Madsen noterer ønsket.

## **Punkt 9: Anvendelse af psykoterapi**

13/4822

### **Resumé**

Der gives en oversigt over anvendelsen af psykoterapi i psykiatrien i Region Syddanmark.

### **Sagsfremstilling**

Det blev på mødet i Psykiatrisk Dialogforum d. 29. november 2012 besluttet, at der på mødet d. 5. marts 2013 skal fremlægges en undersøgelse af anvendelsen af psykoterapi.

Psykiatrisygehuset har nu gennemført denne undersøgelse. Undersøgelsen er vedlagt som bilag.

### **Indstilling**

Til orientering.

### **Beslutning i Psykiatrisk Dialogforum den 05-03-2013**

Ole Ryttoft fortæller, at de vigtigste elementer er relationen og dialogen, og at de enkelte terapiformer er udtryk for en lang række af metodiske videreudviklinger af relationen og dialogen. Der foregår rigtig mange former for terapi. Både stationært og i lokalpsykiatrien. Der er mange samtaler med behandlingssigte. Hver eneste samtale og dialog har et sigte med det, der tales om, så det er en målrettet indsats.

Karen Margrete Nielsen udtrykker ønske om at kunne se, hvad det især er for terapiformer, der bliver brugt.

Ole Ryttoft svarer, at det er svært at gøre op, fordi det ikke registreres, hvad der bruges mest. Bestræbelserne går ud på at benytte elementer, der har en effekt, men de handler mere om at matche de rigtige mennesker med hinanden.

Steen Andersen siger, at man efter hans opfattelse arbejder multiterapeutisk og systemisk, så at lave statistik over, hvor mange, der bruger hvad, er ikke så relevant. Det samlede tal for, hvor meget samtaleterapi bruges, er mere relevant.

### **Bilag**

Forskellige former for psykoterapi

## **Punkt 10: Koncept for Døgnpsykiatri**

12/14396

### **Resumé**

Psykiatrisygehuset har udarbejdet koncept for døgnpsykiatri.

### **Sagsfremstilling**

En arbejdsgruppe bestående af repræsentanter for afdelingsledelserne og sygehusledelsen har udarbejdet Koncept for Døgnpsykiatri. Konceptet har været forelagt psykiatrisygehusets ledergruppe og FMU i efteråret 2012, hvorefter konceptet blev redigeret i mindre omfang. I januar måned 2013 har konceptet været udsendt til præsentation og drøftelse i afdelingernes lokale MED-udvalg. På baggrund af de indkomne kommentarer er Koncept for Døgnpsykiatri blevet tilrettet. Det justerede koncept er godkendt af sygehusledelsen den 6. februar 2013.

Med konceptet beskriver psykiatrisygehuset principper for indhold og struktur i et integreret afsnit. Et integreret afsnit fordrer særlig opmærksomhed på den enkelte patients aktuelle tilstand, der udvikler sig i kritisk eller stabiliserende retning. Risikovurderinger, observationer og interventioner er derfor centrale elementer i pleje og behandling af patienten i et integreret døgnafsnit. For en succesfuld implementering af koncept for døgnpsykiatri er det blandt andet afgørende, at de enkelte afdelinger oparbejder en kultur, hvor rutiner og arbejdsgange vurderes og evt. nytænkes i forhold til dette koncept.

En del af døgnafsnittene har allerede i en længere årrække været i gang med at implementere integrerede afsnit meget lig intentionerne i konceptet. Mens andre døgnafsnit ikke er startet og blandt andet afventer, at de fysiske rammer kommer på plads i forbindelse med nybyggerier. For alle afdelinger skal der derfor laves individuelle handleplaner for, hvordan de sikrer implementering af konceptet. Der er påbegyndt udarbejdelse af plan for tværgående implementering og kompetenceudvikling i forhold til Koncept for Døgnpsykiatri.

### **Indstilling**

Til orientering.

### **Beslutning i Psykiatrisk Dialogforum den 05-03-2013**

Ole Ryttovej orienterede.

### **Bilag**

Koncept Døgnpsykiatri, februar 2013. pdf

## **Punkt 11: Orientering om kampagnen "En af Os"**

11/6228

### **Resumé**

Der gives en mundtlig status på kampagnen "En af Os".

### **Sagsfremstilling**

Ulla Lindgren, leder af PsykInfo og regional koordinator på kampagnen "En af Os", vil på mødet give en mundtlig orientering.

### **Indstilling**

Til orientering.

### **Beslutning i Psykiatrisk Dialogforum den 05-03-2013**

Ulla Lindgren orienterede om

- aktuel kampagne målrettet unge og uddannelsesinstitutioner.
- Uddannelse af En-Af-Os-ambassadører
- Brug af facebook
- Deltagelse på sommerens musikfestivaler i regionen
- Samarbejde med Green Network og VINSA om indsats på arbejdspladser

# **Punkt 12: Årsrapport fra Klinisk Etisk Komite**

08/19035

## **Resumé**

Klinisk Etisk Komite i Psykiatrien i Region Syddanmark har nu udgivet en årsrapport for sit 2. år i drift. Rapporten sammenfatter komiteens sagsbehandling og aktiviteter i perioden juli 2011 – juni 2012.

## **Sagsfremstilling**

Psykiatriens ledelse etablerede i 2010 Klinisk Etisk Komite. Komiteen afholdt første møde i juni 2010 og aflagde i 2011 for første gang årsrapport. Rapporten indeholdt en beskrivelse af opstart, etablering og drift i komiteens første leveår.

Komiteen aflægger nu rapport for sit 2. driftsår. Rapporten opsummerer komiteens sagsbehandling, aktiviteter og udvikling i perioden fra juli 2011 til og med juni 2012.

Der har i perioden været afholdt 10 ordinære møder og 2 temadage. På møderne er blevet behandlet 11 sager med efterfølgende udarbejdelse af skriftlig analyse, der i anonymiseret form offentliggøres på intranettet til inspiration for alle ansatte i psykiatrien. De indbragte etiske dilemmaer er alle, i en eller anden form, velkendte dilemmaer i psykiatrien og befinder sig i det svære felt at yde omsorg og bedst mulig behandling for syge mennesker, hvis selvbestemmelse samtidig skal respekteres.

Komiteen har i det forgangne år haft særligt fokus på at sprede etisk analyse ud på afdelingerne, således at den enkelte kliniker selv bliver klædt på til at inddrage etiske refleksioner, når et svært valg skal træffes. Det foregår via uddannelse af ambassadører fra hver afdeling, der forestår undervisning i etisk analyse og på anden måde synliggør komiteens arbejde og metoder på den enkelte afdeling.

Det har siden opstarten af komiteen været planlagt at sikre patientrepræsentation i komiteen. Derfor blev psykiatriens patientvejleder i første omgang indsat som medlem af komiteen i 2012. Fra 1. februar 2013 indtræder en tidligere psykiatribruger, som samtidig er ambassadør i den landsdækkende kampagne, ”En af os”.

Derudover har komiteen arbejdet aktivt på at inspirere og hjælpe andre kliniske etiske komiteer i Danmark. Siden komiteen i Psykiatrien i Region Syddanmark blev etableret, har der været en markant stigning af lignende komiteer og fora i hele Danmark, både på somatiske sygehuse og i psykiatrien. Klinisk Etisk Komite i Psykiatrien i Region Syddanmark var en af de første komiteer, og enkelte medlemmer af komiteen har derfor brugt tid på oplæg på andre sygehuse i Region Syddanmark og andre regioner for at hjælpe deres komiteer i gang. Endvidere har komiteen været initiativtagere og medstiftere af det landsdækkende selskab for Kliniske etiske komiteer, DASKET, der blev stiftet i 2012.

## **Indstilling**

Til orientering.

## **Beslutning i Psykiatrisk Dialogforum den 05-03-2013**

Der orienteredes.

## **Bilag**

Årsrapport for Klinisk Etisk Komite år 2011-2012

## **Punkt 13: Status på psykiatriens anlægsprojekter**

13/4822

### **Resumé**

Mundtlig status på psykiatriens anlægsprojekter.

### **Sagsfremstilling**

Karsten Sauer, anlægssekretariatet vil på mødet give en kort status på psykiatriens igangværende anlægsprojekter.

### **Indstilling**

Til orientering.

### **Beslutning i Psykiatrisk Dialogforum den 05-03-2013**

Karsten Sauer gav en aktuel status. De fleste projekter kører efter planen. Dog forventes det, at sengeafdeling i Aabenraa forsinkes ca. to måneder i opstarten, fordi for få håndværkere har meldt sig i prækvalifikationsfasen.

Jeppe Bruun-Petersen spørger, hvordan økonomien hænger sammen?

Karsten Sauer svarer, at der styres med hård hånd, og at der ikke er alarmklokker, der ringer. Middelfart blev billigere end budgetteret. I Esbjerg holdt licitationen lige sammen. Licitationen i Aabenraa til ca. ½ mia kr. ventes med spænding.

## **Punkt 14: Årshjul 2013**

13/4822

### **Resumé**

Årshjul for Psykiatrisk Dialogforum 2013.

### **Sagsfremstilling**

Psykiatri- og socialstaben har revideret årshjulet således, at tvang er gjort til tema for mødet den 5. marts 2013 efter ønske fra Psykiatrisk Dialogforum.

Det betyder, at det tidligere fastlagte tema for d. 5. marts; ”Statistik om somatisk sygdom for psykisk syge” nu er taget ud af årshjulet.

Endvidere foreslås, at ”Patientens vej”, psykiatrisygehusets nye koncept for patient- og pårørendeinformation, gøres til tema.

På den baggrund ønskes en drøftelse af prioriteringen af følgende temaer til årets tre resterende møder:

- Patientens vej
- Statistik om somatisk sygdom for psykisk syge
- Misbrug og dobbeltdiagnoser
- Forebyggelse
- Patientundervisning / psykoedukation

### **Indstilling**

Til drøftelse.

### **Beslutning i Psykiatrisk Dialogforum den 05-03-2013**

Såvel pakkeforløb som terapiformer gøres til temadrøftelse på mødet i maj.

### **Bilag**

Årshjul februar 2013

## **Punkt 15: Mødekalender 2013**

13/4822

### **Sagsfremstilling**

Mødeplan for 2013:

14. maj 2013

2. september 2013

28. november 2013

### **Indstilling**

Til orientering.

### **Beslutning i Psykiatrisk Dialogforum den 05-03-2013**

Godkendt.

## **Punkt 16: Eventuelt**

13/4822

### **Beslutning i Psykiatrisk Dialogforum den 05-03-2013**

Bente Gertz orienterede om, at evaluering af kommunalreformen er sendt i høring, og at rapportering fra psykiatriudvalget ventes medio 2013.