



**Fremtidens psykiatri i Region Syddanmark
– på vej mod en ny psykiatriplan
8. maj 2019**

Samlet oversigt over gruppedrøftelser

1. Oplæg: Patienter og pårørende

Spørgsmål: 1. Hvordan skaber vi det bedste patient og pårørende samarbejde?

2. Hvilken udvikling skal vi prioritere på området?

3. Hvad skal vi gøre anderledes eller mere af i fremtiden?

Opsummering:

Bordnr: 1

Bordformand: Ulrik Sand Larsen

Referent: Heidi Hougaard

1):

Ingen bliver raske, hvis vi ikke går patientens vej. Håb er vejen. Recovery er essentielt for at blive rask.

Vær nysgerrig i forhold til patienten "hvad er vejen for dig?" – det kan være vanskeligt at kombinere den individuelle tilgang med pakkeforløb. Det er patienten der inddrager sin behandler – "Jeg skal nok fortælle, hvad jeg har brug for".

Det kan være vanskeligt at være lyttende og inddragende nok, når vi også skal tænke på evidens / pakkeforløb.

Vi må ikke ende i overtro – der er behov for, at behandlingen tilrettelægges ud fra evidens.

Psykofarmaka er ikke vores fjende – medicinsk behandling skal ikke tales ned.

Opfølgning efter indlæggelse: Vigtig med god opfølgning og inddragelse af netværket. De pårørende er en stor ressource, men vi skal blive bedre til at inddrage dem, f.eks. via åben dialog. Der er evidens for brugen af åben dialog, men det er én blandt mange metoder, som man skal kunne vælge hvor det giver mening.

Soldaterlegatet opererer med "360 graders konsulenter" – de fungerer som brobyggere til den kommunale rehabilitering, hjælper med familiesager og praktiske ting.

2+3):

Der er brug for bedre opfølgning. Der skal være mulighed for en forløbskoordinator, hvor der er behov.

Forløbskoordinatorer: Både Psykiatri og kommuner er glade for samarbejdet.

Forløbskoordinator-ordningen bør integreres for flere patienter, da effekten er stor.

Dog brug for opmærksomhed på, at ved mange forskellige led er der altid fare for et svagt led i overgangen.

Hvis alle var 100 % engageret i deres patienter, var der ikke behov for forløbskoordinatorer.

Bord nr.: 2

Bordformand: Andrea Terp / Jørgen Bjelskou

Referent: Jane Charlotte Andersen

Fokus på patientens sygdomserkendelse og tro på, at de kan blive raske

God erfaring med patientstyrede senge, da de bygger på patientansvar

Ved udskrivelse er pårørende vigtige

Pårørende har brug for viden om sygdommen. God erfaring fra København med ”**pårørende-mentor**”, som hjælper pårørende både ved indlæggelse og især ved udskrivning. Således sparer personalet på sygehuset tid.

Forslag om en kontaktperson på afdelingen for pårørende.

Bedre tværsektorielt samarbejde: Der opleves for lidt koordinering mellem de to sektorer og forskellige tilgange til patienten. Borgerne oplever forskellige tilgange, når de skifter system. Det anbefales, at værdier og tilgange er koordineret, og at der er mere dialog/samarbejde mellem sektorer, så patient oplever samme sprog. Udskrivelsesaftaler bør laves i fællesskab mellem sektorer og sammen med patient og pårørende, og alle relevante aktører i kommunen skal inddrages. Der skal være fælles behandlingsmål. Mere systematisk udskrivningssamarbejde og for stort set alle patienter.

Bordnr: 3

Bordformand: Kristian Nørgård/Anders Meinert

Referent: Berit Matzen

Bordformandens opsummering:

- Historisk mulighed for at skabe noget nyt, fordi der er historisk tilgang af ressourcer til psykiatrien
- Klæde de pårørende på til opgavevaretagelse, men hav samtidig respekt for at ikke pårørende har ressourcerne til at indgå, i hvert fald ikke hele tiden,
- Mulighed for at komme hurtigt til, f.eks. i børne- og ungdomspsykiatri
- Vigtigt at tænke at kommuner spiller stor rolle i forebyggelse, er det overhovedet regionen der skal forebygge, værdibaseret styring er en stor fordel

Øvrige noter fra drøftelsen ved bordet, der blev ikke svaret på spørgsmål:

Vi har muligheden for at skabe noget der er nyt og stærkere, der kommer penge til psykiatrien, men begrænsningen er mennesker/medarbejdere, hvad kan vi gøre.

Pårørende skal have en større rolle i forløbene, uddanne dem mere, gør dem klar til at bære ”en del af byrden”, hvis der er udfordringer med at rekruttere medarbejdere

Pårørende har ønske om at blive inddraget/inkluderet i behandlingen, og også i andre områder kommuner, praksis m.v.

Der skal være klare rammer, der er behandlere og der er pårørende, de skal være klædt på, men ikke overtage den terapeutiske rolle. Det er patienten, der skal gå vejen selv, pårørende og professionelle skal gribe patienten, hvor den er.

Vær opmærksom på at pårørende ikke altid har de ressourcer, vi tror, ramt af skam skyld m.v. der er familier og relationer, hvor broerne er brændt og hvad gør man så. Idealforestillingen er at pårørende er der. Samtidig skal der gives plads til at de pårørende kan være der, vi skal være bedre til at tage dem ind, når de er parate.

Fra ydelsesstyring til værdibaseret styring gør forhåbentlig, at man får fokus på større inddragelse ex BU psykiatri, hvor der ikke gives ydelse for samtale med forældre.

Er der opgaver udenfor regionen, som regionen måske skal deltage i at løse. Nærhed i sundhed, forudsætning for at lægge ud er at der er nogen der har fat i tovene, altså uddannede specialister, der kan være sikkerhedsnet for dem der skal overtage, specialister som backup for ex. Praksis.

Bordnr: 4

Bordformand: Mette Bossen Linnet

Referent: Sidsel Sindal

1. Inddragelse er kerneordet – inddragelse alle steder og på alle niveauer. Vi har i mange år talt om inddragelse, men pårørende oplever ikke inddragelse. En vigtig pointe er forventningsafstemning, både med patient og pårørende. Hvad forventer man af hinanden? Hvad sker der under en indlæggelse, hvad kan man forvente?
Patient skal inddrages i at vælge kontaktperson. Relationen er vigtig. (Kan dette imødekommes i nuværende rammer?)
Kan man overveje om kontaktpersonen til patienten er relationsbåret og ikke styret af faglige titler. Kontaktpersonen kan så have ansvaret for at inddrage relevante faglige aktører.
Inddragelse af patientens erfaring. Bruge deres egen mestringssevne. Skabe håb.
Tale med patienten om hvor patienten egentlig kunne tænke sig at komme hen i livet? Bruge viden i Recovery.
2. Fokus på Relationen er vigtigt at prioriterer i fremtiden, og dialogen.
3. Hvordan kommer vi videre – det er forsøgt i mange år? Et forslag er tilgå opgaven med at matche patient og kontaktperson systematisk.
Fælles beslutningstagen – stoppe op undervejs og træffe fælles beslutninger. Det skaber en naturlig forventningsafstemning.
Som fagfolk stor fokus på patologi, diagnose og behandling, og ikke så meget på livskvalitet.
Vigtigt spor er hvordan man kan håndtere patientens fravalg i Psykiatrien. Kan vi acceptere at de vælger medicin eller behandling fra? (reference til kræftpatienters mulighed for valg)
Dilemma i pårørendesamarbejdet – i dag skal der foretages et aktivt valg for at få pårørende med.
På det kommunale område er pårørende ikke prioriteret i bevillinger.
Arbejde med at rykke fra inddragelse til indflydelse. Inddragelse er ikke nok.

Bordnr: 5

Bordformand: Bent Olsen

Referent: Helene Vestergaard

Som pårørende er det vigtigt at vi gør det bedste for patienterne frem for pårørende. Pårørende ser gerne, at der er fokus på hvad vi erstatter medicin med, så patienterne kan få mere velvære. Bivirkninger ved medicin gør, at man tager på og bliver låst fast i "egen krop". Ser gerne at der arbejdes med alternativer og andre løsninger end brugen af psykofarmaka.

Overdødelighed – måske praksis kan blive bedre til at lave sundhedstjek "somatisk helbredsundersøgelse" som en mere systematisk indsats.

Aktiviteter og sansehaver bliver der arbejdet med i psykiatrien og nye byggerier; motion, sanserum og klaver/musik. Mulighederne er der for aktivitet i sygehusregi. Sterile rammer skal overholdes men samtidig er mulighederne i åbne afsnit gode.

Retspsykiatri:

I retspsykiatrien er aktivitets og velværemulighederne mere begrænsede. Vi er kommet et godt stykke vej i retspsykiatrien i et 10 årigt perspektiv med mono psykofarmaka. Vanskeligt nogle gange at komme i kontakt med pårørende til patienter i retspsykiatri. Nogle patienter er meget ensomme.

Vi skal blive endnu bedre til at inddrage patienterne i at vælge den behandling, der passer til den enkelte og støtte op om patientens valg, selvom vi fagligt synes noget andet. Pårørende påpeger at velvære og berøring betyder meget og at der hele tiden skal arbejde på at erstatte medicin med noget andet.

Samtykke er vigtigt - MEN - vi må gerne og skal tale med pårørende også selvom vi ikke må tale om patienten. Ved samtykke skal vi måske blive bedre til at "uddanne" pårørende – for at få en fælles fortælling og forståelse af patientens behov.

Bordnr: 6

Bordformand: Annette Blynel

Referent: Mads Mikkelsen

1. Idag er det sådan at psykiatri er et medicinsk speciale - og så har vi i regionspsykiatrien stort fokus på rehabilitering. Men skal vi også til at tænke mere recovery - hvor patient og pårørende - inddrages i meget høj grad - og at ingenting går udenom patient og pårørende, men relationen er i fokus - som Christian nævnte.

2. Regionen har en rigtig fin "pixie-udgave" af principper for inddragelse af pårørende - MEN lykkedes det altid - skaber vi en forventning som vi af ressourcemæssige årsager ikke kan leve op til.... så er det skidt. Så måske skal vi arbejde med forventningsafstemning.

3. Psykoeduktion - det er faktisk et af de tilbud vi lover at give - men det sker ikke helt efter planen - og MÅSKE er det i ligeså høj grad pårørende netværk, der efterspørges - når der f.eks. nævnes Peer to Peer - som der er god erfaring med og som udbydes mere og mere - OG SÅ RIGTIGT vigtigt - HUSK børn og unge - som pårørende, de glemmes måske ???

Bordnr: 7**Bordformand: Stephanie Lose****Referent: Asger Kjellerup**

Vigtigt med fokus på temaet via f.eks. patient- og pårørende, viser interesse for området

Patient- og pårørenderåd på afdelingerne er god indsats

Vigtigt at patienter tager ansvar og styring, men også vigtigt at man høres og inddrages, når man tager ansvar. Mere af den gode udvikling vi er i gang med. (f.eks. informeres om bivirkninger ved medicin, så patient kan vælge til og fra -> Vil jeg være overvægtig eller mindske mine symptomer)

Ovenstående giver et dilemma for pårørende, hvis eks. vis selvmordrisiko øges ved at undlade medicin. Der er en balancegang ift. også at tage vare på patientens sikkerhed, hvor pårørende skal inddrages

Hvad kan vi lære fra somatikken? Eks.vis fælles beslutningstagning, hvor patient inddrages i valg af behandlingsform og eks. vis PRO-> disse redskaber skal bruges mere systematisk i psykiatrien.

Spænder eks.vis pakkeforløb ben for inddragelse?

Socialpsykiatrien inddrager ofte mere pårørende/peer, her kan sygehuset måske lære noget

Taler vi inddragelse eller decideret samarbejde?

Beslutninger skal træffes i fællesskab.

Inddragelse betyder ikke blot at ansvar lægges over på patient. Fagfolk skal rådgive og vejlede, og patienten skal lytte efter råd og vejledning.

Patientrollen kan gøre os ydmyge, og det kan gøre det svært at stille krav som patient.

Patienten skal i centrum, systemet er til for patienten og ikke omvendt.

Psykiatrien er en kompleks størrelse, inddragelse afhænger hvor vi er (retspsykiatri, b&u mv)

Bordnr: 8**Bordformand: Thies Mathiasen****Referent: Per. K. Hansen**

Opsummering:

Thies: Spørgsmål: Hvordan skal pårørende informeres / inddrages, særligt ift patienter +18 ?

Persondatalov, barriere?

Forslag: pårørende kursus, generelt.

Gælder om at identificere netværket. Hvem er de nærmeste pårørende – for patienten. Behøves ikke være den allernærmeste familie.

Netværkskort!

Den største udfordring er når man ikke for samtykket (til informering/inddragelse af de nærmeste).

Problem: forældre til psykisk syge børn, i risiko for selv at "køre ned". Pludselig 2 hold!

Koble socialrådgiver på.

B&U psykiatrien: Godt med fremme ift inddragelse af pårørende. Men, udfordringen på afdelingen er at afsætte de nødvendige ressourcer til pårørende arbejdet!

Spørgsmål: Hvilken udvikling skal vi prioritere på området?

Pårørende undervisning for alle

Samarbejdsaftaler med kommunerne – opruste dette vil påvirke håndtering af patienter og pårørende i positiv retning.

Tovholdere i kommunerne?

Bordnr: 9

Bordformand: Ida Damborg

Referent: Gert Frost

Ikke til diskussion om der skal ske øget inddragelse, men hvordan sker det bedst muligt – også når det bliver svært, og patienten eksempelvis trækker sit tilsagn tilbage?

Hvordan vil alle være bedst rustet til samarbejde?

Vi har ingen rettigheder som medarbejder når samtykket trækkes tilbage – så kan vi ikke samarbejde med pårørende – stort dilemma.

Meget frustrerende når man smides på porten (at tilsagn trækkes tilbage). Så kan pårørende ikke inddrages/involveres, og personalet kan ikke informere/samarbejde med pårørende.

En forandringsproces under vejs længe. Et kulturarbejde på afdelingerne.

Det er kulturen, at man skal samarbejde, men hvordan? Alle vil gerne samarbejde med alle instanser, men det kræver også ressource, når man skal blive bedre til at holde fysiske møder med eksempelvis kommuner, fremfor at maile frem og tilbage.

Rigtig god gavn af at holde pårørendearrangementer (traume- og torturoverlevere). Skal være målrettet og ikke generelle informationsmøder – der kommer ikke nogen til generelle informationsmøder.

Det kræver (økonomiske) ressourcer, at afsætte tid til at personalet kan samarbejde med de pårørende. Samarbejdet på tværs er vigtigt, hvis ikke pårørende føler sig involveret møder man også modstand fra de pårørende som ikke er befordrende

Tænke partnerskabstanker – så man ikke baserer noget på fornemmelser, men hurtigere kommer frem til at oplyst grundlag.

Patienter og pårørende dybere involveret i forhold til beslutninger omkring behandlingsplaner mv. Det er ikke nødvendigvis alene et tale om ressourcer, men også kultur

Tage afsæt i patientens situation (drømme og mål) og få lavet aftaler i fredstid, så man har noget at tage afsæt i – det var det her der er din drøm og det er det vi har baseret behandlingen på.

Kunne vi rent faktisk tage afsæt i hvad vil du gerne – fremfor at gætte hvad patienten gerne vil...starte med hvad patienten gerne vil og kan, så er det måske nemmere.

Samarbejde er bøvlet, men hvis vi starter med patientens vinkel, så er der ikke så mange forgæves skridt.

Mere fokus på åben dialog.

DET ER BÅDE (ØKONOMISKE) RESSOURCER OG ET ØGET FOKUS PÅ KULTUR. MERE PARTNERSKAB OG IKKE MINDST FOKUS PÅ AT TAGES AFSÆT I PATIENTENS HÅB OG DRØMME I FORHOLD TIL BESLUTNINGER OM KRIG BEHANDLING.

Bordnr: 10

Bordformand: Meho Selman, Henriette Schlesinger

Referent: Ulrich Jensen

- Pårørendeinddragelse: vigtigt at det både er for pårørende og patienters skyld.
- Udgangspunktet er at det anvendes, men erfaringen er at det ikke alle steder bruges lige meget – der kan være barrierer, som skal overvindes for at få etableret pårørendeinddragelse (eksempelvis kulturelle, sproglige).
- Nærmiljø: kan man inddrage nærmiljøet – der kan være udfordringer i forhold til afstande under indlæggelse.
- Kan man blive bedre til at lade patient/pårørende være omdrejningspunkt for behandlingen?
- Erfaringsudveksling er vigtig - mange afdelinger har patient/pårørenderåd.
- Mulighed for at hjælpe med at give patienterne et håb (recovery, aktiviteter)– eksempelvis frivillige via og ved at hjælpe familierne - der er andre sider af psykiatrien som kan blive styrket end lige det rent klinisk faglige – med inddragelse af patienter og pårørende.

Bordnr: 11

Bordformand: Morten Brixtofte Petersen

Referent: John Zola

En psykiatri vi kan være stolt af – Kunne det være en overskrift på planen? Det er vigtigt at være stolte.

Vi skal kunne etablere en vision som både brugere, pårørende og ansatte kan stå inden for.

Vi skal ikke se os som et sygehus med fire vægge, men bryde væggene ned og trække samfundet ind. Her til er peer medarbejderne et rigtig godt tiltag.

KBH kommune har såkaldte pårørende guides, der kan hjælpe nye forældre på fx BUP området.

Delte ansættelser (delt ansatte i kommune/region), kan sikre en bedre overgang mellem kommune og regionen. Det er headspace et eksempel på.

Det er de pårørende der tager det lange seje træk. Når medarbejderne holder fri, er det de pårørende der skal arbejde videre med /hjælpe patienterne.

I Børne og ungepsykiatrien (BUP) arbejdes der også med at uddanne de pårørende med måltidstræning, så de kan give støtte.

Det er dog vigtigt at de pårørende ikke bliver til behandlere – de skal fortsat være pårørende, altså far og mor, ikke terapeuter og behandlere.

Spørgsmål: Hvordan bydes pårørende velkommen når en patient indlægges? Det er i princippet patienten (over 18 år) der styre, hvordan de pårørende inddrages. Der er mange brugere der ikke ønsker at inddrage de pårørende, netop fordi de ikke skal være "behandlere".

Fagperson: det er altid gavnligt at inddrage de pårørende.

Respons: men vi skal være opmærksomme på at de er slidte.

Hjælpen kan også vendes mod de pårørende, så de støttes i at tackle den situation de nu er kommet i. Der kan dog være udfordringer, især der hvor der er kulturelle forhindringer, hvor de pårørende slet ikke involveres. Hvordan får vi fat i dem

Der bør arbejdes med systematisk information til pårørende, så alle pårørende klædes på i det omfang det nu er relevant i forhold til diagnosen, og hvor meget patienten vil involvere de pårørende.

Bordnr: 12

Bordformand: Mads Skau

Referent: Anders Wang Maarbjerg

Der mangler noget når man er færdig med behandlingen – i recovery/rehabiliterings-perioden.

Inddragelse af pårørende

Prioritere at patienten føler sig rustet

Skelne mellem ambulante og indlæggelsesforløb

- Lidt afhængig af behandlingstilgangen – lange inddragende forløb
- Ambulante pakker tager meget kort tid og kræver meget koordinering og at det spiller sammen
- Indlæggelser – ikke altid god overdragelse til den ambulante psykiatri
 - o Udskrivningsmentorer
- Ikke alt relevant tages med ind i recovery/rehabilitering-plan og samarbejde mellem kommune og regional psykiatri
 - o Sambo
 - o Samarbejdet med bostederne.

Kendskab til recovery/rehabilitering

- Fælles faglighed
- Tværfaglighed
- Psykiatrien mest behandlende, og rækker ikke ordentligt ud til virkeligheden – efter indlæggelsen

Patienterne føler sig dekkede som individer og deres pårørende ligeså

Sammenhæng og koordination, men fastholde at det er patientens plan

- Kan ikke løses med lineær tænkning

Opsummering:

Recovery og rehabilitering¹ som tilgang i den psykiatriske i Region Syddanmark er en rigtig og nødvendig tilgang.

Som system skal såvel den regionale som den kommunale psykiatri finde veje til at arbejde på et fælles fagligt grundlag som tager vare på patienternes individuelle tilstand og behov

Et indebærer at

- Indlæggelse og ambulant behandling skal hænge sammen
- Der skal findes veje til at den behandlende psykiatri forbereder og hjælper borgeren til at fungere i de omgivelser de skal leve i fremover
- Patienter skal være deltagende i recoveryarbejdet
- Der skal findes veje til at inddrage pårørende bedre i planlægning og udførelse af recovery-forløbet. Skal inddrages fra dag 1 i forløbet.

Forebyggelse skal tænkes ind i det generelle sikkerhedsnet af psykisk sårbare

Bordnr: 13

Bordformand: Lene Thiemer Hedegaard

Referent: Flemming Lauemøller

Noget af det der går igen i LUP og mange andre steder er patientinddragelse. Er det noget vi gør eller taler vi bare om det? Det kunne være en god ide at spørge hvordan man ønsker at blive inddraget – til både patienter og pårørende. Den praktiserende læge talte om at de gerne vil have nogle pårørende samtaler, hvor man kan fortælle om sygdommen. Man kunne vende det på hovedet og sige at behandlingspsykiatrien skal inddrages i behandlingen af patienten i stedet for omvendt. Undervisning til pårørende blev nævnt. Mor til to psykiatri patienter udtalte at der bør være tilbud til de pårørende, så de får den hjælp de har brug

¹ Hvad er forskellen mellem recovery og rehabilitering? Kilde: <https://www.brk.dk/Borger/Handicap/Psykiatri/Sider/Recovery-og-Rehabilitering.aspx>

Hvor recovery handler om det enkelte menneskes egen gennemlevede proces, omfatter rehabilitering også den hjælp, støtte og de værktøjer, som de professionelle stiller til rådighed. Man kan sige, at rehabilitering er det samarbejde om recovery-processen, der foregår mellem borger, pårørende og medarbejdere.

for. Hvis vi skal se på hvordan vi kan gøre noget anderledes skal vi se på hvordan vi gør det i dag. Behandlingsplanen bør vendes med patienten og der skal skabes enighed om, at det er det vi aftaler. Vi skal have fokus på kvaliteten af behandlingsplanerne. Det kan være positivt at mødes på video – mellem praksis, behandlingspsyk og patienten. Det giver et fagligt løft og er tryghedsskabende. Video er i det hele taget positivt. Det giver også nogle muligheder for de pårørende, der ellers skal tage fri eller bevæge sig langt for at være med. Det er vigtigt at få et overblik over hvilke muligheder der er, så de pårørende kan hjælpe med at vælge mellem de mange tilbud. Praksis mangler en kontakt ind i kommunen, så de kan hjælpe med bolig m.m., der kan løse op for den situation patienten er i. den pårørende efterlyser et bedre samarbejde omkring hvornår patienten kan være hjemme, så det er de pårørende/patientens behov der kommer i centrum frem for afdelingens behov.

Bordnr: 14

Bordformand: Karsten Fogde

Referent: Anita Lykke

Spørgsmål: 1. Hvordan skaber vi det bedste patient og pårørende samarbejde?

Åben dialog – fælles netværk med peer-medarbejdere, der er forsket i det. Vigtigt at patienten bestemmer, hvem der skal være der.

Tiden er moden til hvordan vi på reel vis skal inddrage os selv, bedst hvis de mennesker der kommer ind ved at vi er til for dem. "Intet om os uden os". Vigtigt at inddrage peer – for at komme videre og inddrage personalet til noget positivt. At møde én, der har været der selv, nedbryder skammen – jo bedre kan man hjælpe sig selv.

Kolding Kommune – vi kunne godt være bindemiddel – kender borgeren bedre. Inddrage hinanden meget mere. Hænger sammen med pkt 2 nedenfor.

2. Hvilken udvikling skal vi prioritere på området?

Billund: Sundhedsaftalen – skabe sømløse overgange. Vi er nødt til at tage hinanden i hånden. Vi er nødt til at finde ud af at inddrage hinanden undervejs – fx at involvering af kommunen starter ved indlæggelsen.

Samarbejde mellem somatik og psykiatri skal prioriteres – mennesker har alle mulige andre sygdomme og vi har svært ved at få ører i det somatiske system

Socialpsykiatri – der er mange tilbud til de stærkere mennesker, men de svage der ikke kan komme ud af døren – hvordan når vi dem? Hvordan får vi øje på dem – og laver netværk for dem?

Måden vi kommunikerer på IT-mæssigt – kan blive bedre

3. Hvad skal vi gøre anderledes eller mere af i fremtiden?

Mere fokus på forebyggelse. Fokus på sundhedsfremme – også på det psykiske område. Mere af det med åbne indlæggelser – at kunne gå ind og ud af sin indlæggelse, og vi så kan tilbyde det samme i kommunen.

SIND – stigning af autister, som skal have tilpasset tilbuddet

I LAP – levende refugier, lære at mestre livet bedre med yoga, tegning, maling. På psyk er du i en patientrolle – det er du ikke dér. At give patienterne nogle aktive roller – lave mad etc.

Retspsykiatri – at man kan vælge mere selv.

2. oplæg: Kapacitet og organisering

Spørgsmål: 1. Hvilke udfordringer skal vi håndtere i tiden fremover?

2. Hvilke scenarier bør vi tage i brug for at håndtere udfordringerne?

Opsummering:

Bordnr: 1

Bordformand: Ulrik Sand Larsen

Referent: Heidi Hougaard

Målgruppeafgrænsning: Hvilke patienter er psykiatriens målgruppe?

- Dem som er færdigbehandlet, skal kunne få et tilbud uden for psykiatrien.
- Der er en stigende gruppe i psykisk mistrivsel - det bruger psykiatrien meget tid på. Hører børn og unge i mistrivsel ind under psykiatriens målgruppe?
- Der mangler tilbud til psykiatri-minor (den lette del) – det kan være patienter der ikke kan fungere på arbejde, i skole mm. og derfor har brug for et tilbud, men som ikke tilhører psykiatriens målgruppe.
- Der bør etableres et tættere samarbejde med de frivillige organisationer.

Mistrivsel: Hvordan italesætter vi de unges udfordringer – som en naturlig del af livet eller som en psykisk problemstilling? Der er brug for en mellemting mellem psykiatriens /kommunernes tilbud og de frivillige tilbud.

Psykiatri- og socialfaglig udredning kunne foregå sammen, hvor psykiatrien og kommunerne samarbejder. Kunne den kommunale socialrådgiver være med under psykiatriens udredning? Så kan psykiatrien udrede i forhold til den psykiatriske del og kommunen tage sig af den sociale del og tilbud til patienten.

Frivillige / tidligere patienter: Der skal være nogle der koordinerer den frivillige indsats, for at det bliver konstruktivt.

Den praktiserende læge burde kunne opdele patienterne i to grupper, ud fra en vurdering af, om der er tale om psykiatri-minor (den lette del) eller psykiatri-major (den svære patientgruppe, som er psykiatriens målgruppe) i det enkelte tilfælde – og have mulighed for at aktivere to forskellige systemer.

2)

Retspsykiatri: Det er fornuftigt med retspsykiatri flere steder, f.eks. Odense da det er en større by – dette også af hensyn til de pårørende og afstanden til afsnittet.

Kan psykiatrien komme ud til fængslerne i stedet for at patienterne kommer ind i psykiatrien? - for de patienter som er idømt almindelig dom, men som under afsoning i fængslet bliver syge. Dette kunne f.eks. være via faste aftaler om besøg i fængsler i afdelingens optageområde.

Bord nr.: 2

Bordformand: Andrea Terp / Jørgen Bjelskou

Referent: Jane Charlotte Andersen

Store forventninger til akutteam. Kapacitetsbehov kendes endnu ikke.

Anbefaling: Mindre ventetid til lokalpsykiatri.

Anbefaling: Der mangler overgangspladser.

Store forventninger til telepsykiatri – det skal skabe bedre vilkår for borgeren døgnet rundt.

Anbefaling: Mere fleksibilitet i region og kommuner. Ventetid er for lang, og der skal være mere glidende overgange. F.eks. akutteam i psykiatrien ligesom i somatikken, som hurtigt kan træde til, især ved udskrivning, eksempelvis en brobygger.

Særlige pladser: Kapaciteten burde bruges mere fornuftigt.

Frivillige: Kan især bruges ved udskrivning og til at forebygge genindlæggelser. Navnlig på misbrugsområdet: Her kan frivillige være en stor hjælp, da der nogen gange ikke er pårørende. Især ved udskrivning.

Bordnr: 3

Bordformand: Kristian Nørgård/Anders Meinert

Referent: Berit Matzen

Bordformandens opsummering:

- Der er ikke entydige svar på spørgsmål om kapacitet
- Gerontopsykiatri fra nordfyn vil hellere søge Odense
- Lokalpsykiatri, det er vigtigt at indsatsen er så mange steder som muligt, være mere udadgående til de områder, hvor der ikke er så let adgang,
- Der skal være en seng, når man har brug for det enten regional eller kommunalt, godt med brugerstyrede indlæggelser

Øvrige drøftelser ved bordet, der blev ikke svaret på spørgsmål:

I stedet for hele tiden at flytte rundt på den eksisterende kapacitet kan man også tænke, at det kan være nødvendigt at skabe mere kapacitet

Sammenhæng hen over det regionale/kommunale felt, så der kan skabes sammenhængende forløb

Der skal være adgang til lokalpsykiatri så mange steder som muligt, evt. som satellitter, der er brug for kendskab til hinanden på tværs og mulighed for at tale sammen på tværs af systemer.

Delestillinger, bringe psykiatrifaglighed ind i kommunerne, hvor der ikke er en lokalpsykiatri. Sektorer skal ændre tilgang til muligheder for at skabe mere optimale forløb.

Samling af retspsykiatri i Middelfart, det er et problem, at man så flytter almenpsykiatriske patienter fra Middelfart til Vejle, men det er ikke et problem, hvis man er geronto patient, det er tankevækkende.

Der er brug for mere kapacitet ikke bare en flytning af kapacitet, der er overbelægning, mulighed for at "holde på patienter" giver færre genindlæggelser.

Retspsykiatri i almenpsykiatrien, personalet er ikke klædt på til det, det går ud over de andre patienter, hvis løsning er integration af retspsykiatri i almenpsykiatri, så skal personale klædes bedre på.

"Selvom jeg får en sengeplads på gangen og I skal løbe hurtigere, så betyder det stadig meget for mig, at jeg er indlagt".

"Hellere en seng på gangen end ingenting"

Bedre mulighed for hjælp, det betyder noget at få en kugledyne (skal bevilliges af kommunen og de ser medicin som førstevalg), at kunne få en snak, eller andre ting, der kan kigges på forebyggende, så der ikke altid er behov for en indlæggelse

Patientstyrede indlæggelser er positivt modtaget, at vide at man har muligheden for indlæggelse giver ro.

De patienter vi har nu er somatisk dårligere, eller også er det fordi vi finder dem. Vi taler meget om sammenhæng med kommunerne – men samarbejdet med somatikken er helt vitalt, når vi taler om gnidningsfrie forløb for patienter. Nogen gange er det en gråzone om patienter i virkeligheden skal være i somatik, overset cancer, mavesår m.v.

Det kan være svært at blive indlagt, man bliver afvist i døren, hvis man ikke har argumenter i orden. Det gør at patienter bliver presset længere ud, bliver dårligere end nødvendigt - lad os komme ind noget før.

Nogen gange kan indlæggelse i regionalt regi være løsning – men kan en kommunal akutplads ikke være mulighed, en psykiatrisk akutplads i kommunen findes ikke. Det fordrer, at der i kommunerne er en faglighed, der kan matche behovet. Psykiatriens hus i Silkeborg bliver nævnt.

Bordnr: 4

Bordformand: Mette Bossen Linnet

Referent: Sidsel Sindal

1. Udfordringer er især weekender. Der er ikke hjælp efter kl. 16.
Vigtigt at se på sammenhænge. Hvad er effekten af en indlæggelse.....
Findes der tilbud som er imellem det ambulante og sengeindlæggelse. Så man i samarbejde med kommunen graduere tilbuddet til borgeren.
Beskrivelse fra patientrepræsentant, at en hot-line tlf. har afbødte en række indlæggelser. (OPT)

Muligheden for kontakt uden at blive indlagt. Region Midtjylland har et fælles tlf.nr. hvor man kan ringe ind, erfaringen er færre indlæggelser og færre kontakter til vagtlægen.

Bør løsningen værre i samarbejde med en kommune, en tværsektoriel løsning?

Opmærksomhed på at det tager tid at få akut telefon ud og leve blandt borgerne.

Oplevelser fra BU skadestue, hvor mange henvender sig med deres børn, når de ikke kan håndtere situationen mere. Forældrene kommer med en forventning om, at der en løsning. Skal man drøfte om der fortsat skal være uvisiteret skadestue? (Vi er den eneste region, som fortsat har den mulighed) Fremmødet er ofte udtryk for afmagt hos forældre. Og afmagt håndteres ofte ikke godt på sygehuset.

Bekymring for børnepsykiatrien (børn op til 10-12 år), bliver de nedprioriteret? Til fordel for det mere akutte og for de unge, hvor reaktioner måske er mere voldsomme. Men hvis man taler forebyggelse er det relevant at arbejde med børnene.

Retspsykiatri, hvor kommer der flere patienter, refleksion over hvorfor. Er det udtryk for at vrede undertrykkes.

2. (blev ikke drøftet konkrete scenarier)

Bordnr: 5

Bordformand: Bent Olsen

Referent: Helene Vestergaard

Almen psykiatri i Middelfart er begrænset. Bekymring for hvilket miljø man skaber, hvis der alene skal være retspsykiatri i Middelfart

Genindlæggelser efter besøg i almen psykiatri er vanskeligt – det er tankevækkende at vi har en ofte anvendt sætning om at "hvis man skal være sikker på en plads, skal man være retspsykiatrisk patient".

Der er pres på børne- og ungdomspsykiatri og manglende "lighed for sundhed": eksempelvis er ambulante behandling for spiseforstyrrelse samlet i Vejle – det giver mange besøg og lang transport for patienter fra Nordborg.

Vi skal bruge videokonferencer noget mere – det kan styrke samarbejdet og bidrage til at løse kapacitetsudfordringer. Eksempelvis ved udskrivningssamtaler – sammen med patient, pårørende og kommunal – inviter evt. egen læge til videomøde (hvis lægen har en rolle i det videre forløb). Videoudstyr er meget udbredt nu, men bruges endnu meget begrænset – det handler om kultur og vaner.

En bemærkning til demografiudfordringen: Vækst i trekantsområdet handler ikke kun om antal borgere, men mere om *hvor* de sårbare patienter bor og hvor der er de største problemer. Demografivæksten i trekantsområdet handler ikke om de sårbare patienter.

Perioden lige efter indlæggelse er den vanskeligste – vi skal blive bedre til at støtte op lige efter udskrivelse, hvis vi skal forebygge genindlæggelser. Eksempelvis med:

- Sygeplejerske til ambulante samtale — intensiv opfølgning. Selvmordsrisikoen er størst inden for 14 dage. Overgangen fra indlæggelse med mange mennesker at tale med til at komme i egen bolig, hvor man sidder alene og bliver ensom og ulykkelig er vanskelig.

- En mulig løsning er måske opsøgende teams/følge hjem ordninger med personale/behandlere fra kommune og region a la akutteam i FAM Esbjerg – dobbelt ansættelse (delestillinger).
- Man må ikke slippe patienterne når man udskriver – mentor ordninger / besøgsordninger – måske af frivillige?

Bordnr: 6

Bordformand: Annette Blynel

Referent: Mads Mikkelsen

1. Udfordring i forhold til sektorovergange - ikke kun tværsektorielt men også overgange internt i egne rækker. Vi har måske selv skabt en del af problemet i forhold til den voldsomme specialisering vi har oprettet, både i regionalt og kommunalt regi. I det specialisering giver flere sektorovergange.

2. Vi må insistere på et forpligtende samarbejde - men ikke ansætte flere koordinatore/forløbskoordinatore - MEN derimod lade de fagfolk, der har den direkte kontakt med patienten, være dem der koordinerer, og lægge det ind som en prioriteret opgave.

3. Knække kurven til retspsyk. Langt de fleste patienter er i forvejen kendt i almenpsyk. - så hvad kan vi selv gøre - det må vi se nærmere på?

4. Hvor skal retspsyk. være - fik vi ikke svaret på? Kun at vi ikke må lukke almen psyk. I Middelfart

Bordnr: 7

Bordformand: Stephanie Lose

Referent: Asger Kjellerup

Der kommer flere senge på Nyt OUH end vi har i dag

Hvad kan vi gøre for at forebygge stigning (lave projekter mv), for at knække kurven

I børne- og ungepsykiatrien opleves færre tidlige indsatser end tidligere. Men det er netop ift. børn- og unge vi skal sætte ind, med sundhedsplejesker, PPR, tilbud i skolen, plejeforældre, kompetente bosteder, tidlig udredning/ screening

Den tidlige indsats er afgørende og der skal fokus på tidlig forebyggelse

Den tidlige forebyggelse er en god investering

Vi skal bruge hinandens ressourcer bedst. Psykiatrien får mange børn og unge til udredning fordi der er udredningsret.

Der behov for tilsvarende oprustning ift. PPR

Ved misbrug skal vi være bedre til at samarbejde, borgeren oplever pt vi er to systemer,

Ift. unge har man forsøgt sig med fremskudt misbrugsbehandling (Eks Vejle) på udd. Institutioner, der har betydet flere i behandling

Både sammenhæng mellem kommune og region og internt i kommune og region.

Hvordan virker de udgående indsatser vi har iværksat i nyere tid? Modvirker forhåbentligt stigning i indlæggelserne

Vi skal have mere evidens for hvad nedskæring et sted betyder for ressourcetrækket andre steder

Hvis vi kommer ud på skoler mv. og italesætte psykisk sygdom – og her kan vi måske opspore nogle tidligere end vi gør i dag

I Silkeborg har man et psykiatriens hus, hvor man kan sætte tidligere ind.

Der er lovgivningsmæssige barrierer for at bo og løse opgaver sammen, da der skal være et myndighedsansvar.

Gode erfaringer med at opgradere hinanden ift. f.eks. selvmordsforebyggelse, hvor region "oplære" kommune og man har aftalt en behandlingskæde

Hver gang vi bygger et ny afsnit, øges behovet i retspsykiatrien, så vi er også nødt til at forebygge.

Bordnr: 8

Bordformand: Thies Mathiasen

Referent: Per. K. Hansen

Patienter der falder udenfor kassen/pakkerne?

Theis: Udfordringerne.....

Samarbejdet omkring udskrivningerne – udfordring med færdigbehandlede patienter.

Der er forbedringspotentiale omkring samarbejdet. Men, forventningsafstemning. Indlæggelser er ofte meget korte – matcher ikke med samarbejdspartneren, dvs næste stafet.

Kommunerne: behov for at vi snakker udskrivning allerede ved indlæggelse. Kræver flere dages forberedelse.

I alles interesse at systemet kan køre mere "smooth". Dyrt for kommuner, dyrt for SGH.

Mere smidighed i samarbejdet.

Borger/bruger: erfaring med rundbordssamtaler der fungerede!

Fint med det formelle / aftaler... men det skal også fungere i det praktiske. Formelt ser det fint ud. Men fungerer ikke i praksis (hvor ikke?). Også brugers oplevelse.

Idé: casemanager for patienten. Én der kan bruges til at tage hånd om den enkelte patient. Kan vi ikke anvende frivillige som koordinatore.

Spørg patienten hvem de kunne tænke sig at være koordinator for deres forløb.

Hvorfor er der den stigning i retspsykiatrien?

B&U psykiatrien:

De rigtige tilbud til de spiseforstyrrede – tage ud / udgående funktion → undgå indlæggelser.

Udgående tilbud der rækker ud i yderområderne.

Specialiserede tilbud passe på med at de ikke bliver for centraliserede.

Satellitter?

Spørgsmål 2:

Kommune - Særlige pladser gerne flyttes.

Geronto-psyk: Akutpladser i eget hjem – tilbud fra Svendborg kommune. Videreudbygges

Bruger: kan man udnytte kapacitet på tværs af somatik/psykiatri

Bordnr: 9

Bordformand: Ida Damborg

Referent: Gert Frost

Kan man afbøde udviklingen/stigningen i retspsykiatrien ved at øge kapaciteten i almenpsykiatrien, og derved få lov at færdigbehandle patienterne?

Mangler der overhovedet sengepladser?

- Problematisk for almenpsykiatri at huse retspsykiatriske patienter (der mangler flere pladser til retspsykiatriske patienter).
- Hvad kommer først – hønen eller ægget? Er det flere pladser til almen der på den lange bane kan løse retsproblemet
- En indlæggelse påvirker funktionsniveauer (negativt). Der er ikke noget kvik fikts svar. Det er hele spektret med sammenhængende forløb hvor indlæggelse/ambulant samtænkes, og hvor der er mulighed for åbne indlæggelser.
- Øget fokus på ambulant behandling understøtter at der ikke skal etableres flere sengepladser. Ikke nødvendigvis flere sengepladser, men flere personaleressourcer til at behandle patienterne.

Problematisk for kommunerne når der sker for tidlig udskrivning.

Svært at forebygge, når der er så meget tryk på.

Også et nederlag for patienten hver gang man bliver indlagt (derfor vigtigt at gøre tingene færdig inden udskrivning).

De særlige pladser (i Esbjerg) er gode til at samtænke alle fagligheder, og der bedre tid til at behandle færdigt.

Der må gerne være mange forskellige fagligheder (fys, pædagog mv.)?

Vigtigt med bred tværfaglighed. Man skal være gode til at sige hvorfor der skal bred faglighed, så man ikke alle sammen kommer til at ligne hinanden.

Mobilteam, fremskudt funktion er vigtige i forhold til samarbejdet med kommuner/skoler osv. Viser gode resultater. Vigtigt med forebyggende indsats som i sidste ende også er med til at forebygge presset på døgnfunktion og retspsykiatri på sigt.

Ikke desto mindre er det også vigtigt at holde fokus på den nuværende situation hvor der er et øget pres?

Øget fokus på samarbejdet mellem kommuner/regioner/pårørende/patient. Det løses ikke ved at øge sengekapaciteten, men at holde fokus på den brede faglighed, herunder de udgående funktioner som kan understøtte denne udvikling.

Bordnr: 10**Bordformand: Meho Selman, Henriette Schlesinger****Referent: Ulrich Jensen**

- Kan dialog mellem region og kommune gøre bedre brug af de særlige pladser, som kan forebygge behovet for retspsykiatriske senge. Der er allerede slækket lidt på kravene til anvendelse.
- Det er en udfordring at der er mange genindlæggelser i nogle områder – giver uhensigtsmæssig brug af sengekapacitet på afdelingerne. Er et fokusområde i den kommende sundhedsaftale.
- Nogle genindlæggelser er gavnlige – eksempelvis brugerstyrede senge, men andre kan forebygges.
- Retspsykiatriske senge: Der er fordele og ulemper ved at have en samlet rets-psykiatrisk afdeling-optimering. Men fordel at have samlet ekspertisen og undgå retspsykiatriske indlæggelser på andre afdelinger – vil vægte højere end manglen på en almen afdeling i Middelfart.
- Vigtigt at have fokus på alternativer til indlæggelser - dele erfaringer – herunder at personale kan være på forskellige afdelinger og forskellige sektorer ("dele-stillinger"). (Gode erfaringer fra Sønderjylland og Odense om at medarbejdere kan tage "med ud i kommunerne") – kan skabe bedre overgange, der kan hjælpe til at forebygge genindlæggelser.
- Opsøgende arbejde kan forebygge indlæggelser, men kræver ressourcer ved intensive forløb.
- Telepsykiatri kan styrke indsatsen udenfor sygehuset og bidrage til forebyggelse.
- Geronto-psykiatri: 70 er ikke længere en rimelig grænse – bør ændres til 75 el. 80.

Bordnr: 11**Bordformand: Morten Brixtofte Petersen****Referent: John Zola**

- Hvilken konsekvens har regeringens sundhedsreformsudspil for psykiatriens organisering?
- Retspsykiatriske patienter er en del af almenpsykiatrien. Det er et stort problem, da det går ud over de almene patienter ift. prioritering og opholdsvilkår. Derfor bør de retspsykiatriske patienter adskilles fra den almene psykiatri.
- Betyder det så at den almene psykiatriske afdeling i Middelfart bør nedlægges til fordel for flere retspsykiatriske pladser her? Ikke nødvendigvis. En afd. i Esbjerg og/eller Odense, kan godt fungere, så længe de er adskilt fra de almenpsykiatriske afsnit.
- Er der nogle forebyggelsesperspektiver ift. retspsykiatriske patienter. Hvis der sættes ind ift. misbrug kan man forebygge nogen typer patienter.
- I det kommunale system kunne man fokusere mere på akutpladser og udslusning.
- Er den store vægt der lægges på ambulante behandlinger en god ting, eller burde der være flere sengepladser? Kunne en rehabiliteringsafdeling, hvor en patient kunne være længe og gennemgå en langsom udslusning kunne være en god ting (ala retspsykiatrien). Det kunne både være i

kommunalt og regionalt regi.

Sundhedshusene – som Fredericia, giver nogle muligheder for at skabe sammenhæng og fællesskaber på tværs af region og kommune.

Bordnr: 12

Bordformand: Mads Skau

Referent: Anders Wang Maarbjerg

Godt med sammenhængen til somatikken. Især indenfor

- Gerontopsykiatri
- Spiseforstyrrelser

Passe på med at samle gerontopsykiatri i Odense – en vigtig lokal funktion. Vigtigt at patienter og pårørende kan være i det vante og hjemlige miljø

Det handler ikke kun om få sengepladser –

- også om mangel på speciallæger – betyder længere indlæggelser
- rette kompetencer til rette opgaver

Retspsykiatriske på almenpsykiatriske afdelinger.

Genindlæggelser pga

- manglende kapacitet til at tage sig ordentligt af patienten
- manglende kapacitet til at overdrage patienten
- manglende sammenhæng og overgange

Forslag om at kommune og region arbejder i samme hus

Systematisering af samarbejdet mellem region og kommuner

Planer for patienterne skal tage udgangspunkt i patienten/borgeren – behandlere skal inddrages i patientens liv

Opsummering:

To væsentlige diskussioner:

1. Pladser til den specialiserede psykiatri
2. Mindre træghed i forløbene ved bedre samarbejde

Pladser til den specialiserede psykiatri

God ide at tænke spiseforstyrrelser tæt sammen med somatikken

Derimod er gerontopsykiatrien bedre placeret lokalt

Retspsykiatrien presser indlæggelsesforløbene i almenpsykiatrien, når man er nødt til at udskrive patienter, der ikke er færdigbehandlede pga. en retspsykiatrisk indlæggelse, som man skal finde plads til.

Mindre træghed i forløbene:

- Bedre faglige ressourcer ift. sammenhængende forløb
- Flere faglige ressourcer til at tage sig ordentligt af patienterne når de har behov
- Bedre systematik for samarbejdet mellem region og kommune
 - o Samme bygning
 - o Fælles fagligt sprog
 - o Bedre gensidigt kendskab til muligheder og ressourcer
 - o Delestillinger
 - o Og meget andet

Bordnr: 13

Bordformand: Lene Thiemer Hedegaard

Referent: Flemming Lauemøller

- En pårørende fortalte at det nye hus i Odense, gør at man, når man skal behandle patienter, skal booke både patient og lokale. Derudover skal man bevæge sig rundt i huset, så man kan nu kun nå 3 patienter på en formiddag mod før 4. retspsykiatrien vokser og vokser, så der skal bygges flere pladser. Der skal sættes ind med tidlig behandling og opsporing, så vi kan forebygge de mange retspsykiatriske patienter. Igen er der sammenhæng med hvordan kommunen behandler deres borgere. Med de særlige pladser er vi blevet tvunget til at arbejde sammen om behandlingspsykiatri, socialpsykiatri, misbrugsbehandling m.m. det er positivt. Vi skal blive bedre til at arbejde sammen – praksis, kommune og behandlingspsyk. Vi er nød til at samarbejde tidligt i forløbet, så vi undgår de svære tilfælde. Praksis: tidligere havde vi problemer med at få behandlet borgere med misbrug, fordi behandlingspsyk ikke ville have med dem at gøre. I esbjerg har man gode erfaringer med samarbejdet mellem kommunen og behandlingspsyk om misbrug. Når man holder udskrivningssamtale med kommunen, kan de ikke med det samme sige ja til de tilbud behandlingspsyk foreslår. Når de så kommer hjem til kommunen kan det let blive et nej, og så ender det i en genindlæggelse. Vi skal lade være med at planlægge på hinandens vegne. Vi har en tendens til at beskrive hvad kommunen skal gøre (fra beh psyk) og omvendt. Praksis er ikke helt enig. Vi skal lære af de andre sygdomme. Der er nogle kommuner der ikke er så rige. De har ikke de samme tilbud kommunerne på tværs. Der må være et basistilbud inden for f.eks. skitsofreni. Nogle krav til hvad kommunen skal kunne tilbyde. Det er ikke godt nok, hvis de sige, at det har de ikke penge til. Igen er mødet og dialogen vigtig – f.eks via video, hvor man kan byde ind med de kompetencer og ressourcer man har hver især. Når vi holder møder skal vi være bedre til at lytte til hinanden. Hvad er det ikke bare de tre parter siger, men også hvad siger patienten og de pårørende. Nogle gange skal de tre parter også holde møde inden mødet med patienten/pårørende – så man kan afstemme hvilke tilbud der er til patienten. Kan måske blive løst af den sundhedsreform der er på banen hvor der stilles krav til kommunerne om et minimumstilbud. det er til tider personafhængigt. Der kan være en kommune hvor der sidder en dygtig person, de ikke har i en anden kommune.

Bordnr: 14

Bordformand: Karsten Fogde

Referent: Anita Lykke

Spørgsmål: 1. Hvilke udfordringer skal vi håndtere i tiden fremover?

Som sygeplejerske modtog og modtog... vi skal styrke almenpsykiatrien for at forebygge retspsyk. Mere behandling forebygger vold. Svært at rekruttere når man står og hælder mennesker ud over kanten.... Jo mere et menneske bliver presset...

Ole: skal vi udbygge i Middelfart eller udbygge i Esbjerg Vi må drøfte dette (udover forebygge)

Forebyggelse er afgørende, men alligevel se på senge. Retspsyk-senge IKKE fængsel – det er vigtigt.

Ikke nedlægge almenpsykiatriske sengepladser til fordel for retspsyk sengepladser. Misbrug er årsagen til rigtig meget skidt. Samlet har sygehuset døgnkapacitet nok, og hvor skal vi så lægge de retspsyk-pladser vi mangler? Det er scenarieøvelsen.

Birgitte – kan se hos misbrugspatienter, at vi kunne have forebygget, hvis vi sammen med kommunen havde været meget mere derude – komme hver dag etc. Altså et team omkring den gruppe af patienter...

Anne/SIND – frivillige – optimalt, hvis de via kommunen kan få en frivillig person

2. Hvilke scenarier bør vi tage i brug for at håndtere udfordringerne?

Der er en mætningsgrad i forhold til hvor mange retspsykiatriske patienter man kan rumme i en afdeling

Vi gør ikke nok for at undgå at de bliver retspsykiatriske – gør vi en indsats, hvor det lykkes, så finder vi nok noget andet at bruge sengene til...

Vi er nødt til at køre i to spor – altså både flere retspsykiatriske senge og øget forebyggelse

Gitte – vigtigt med samarbejde med kriminalforsorgen. Sige hvad er det for en tyngde vi har her – forskel på alvorlige retspsykiatriske og mere "uskyldige"

Børn og unge – inden de bliver til retspsykiatriske patienter. Det er super vigtigt at have en indsats dér!

Anne: fra 18 år til en voksenafdeling – det er en helt anden paragraf. Forældre, der undrer sig – hvad sker der

3. oplæg: Forskning og kvalitet

Spørgsmål: 1. Hvordan arbejder vi med forskning og kvalitet, så det understøtter den faglige udvikling og det kliniske arbejde bedst muligt, til gavn for patienterne?

2. Hvor ligger udviklingspotentialiet i særlig grad?

3. Hvordan udnytter vi det?

Bordnr: 1

Bordformand: Ulrik Sand Larsen

Referent: Heidi Hougaard

1)

Geografien er en udfordring ift. forskning:

- I Odense har de mange ressourcer ift. forskning, og kompetencerne er samlet i Odense og til dels Esbjerg.
- Forskningskulturen skal udbredes til alle afdelinger. Der er forskningskoordinatorerne på alle afdelinger, men de færdes ikke dagligt i de kliniske afdelinger de er tilknyttet.

Udbredelse af forskning:

- Det skal være lettere at kunne forske
- Forskning skal afmystificeres.
- Sygehusledelsen bør opfordre til forskning
- Alle medarbejderne skal opfordres til at forske – hverdagsforskning, herunder effektmålinger. Her kan mange medarbejdere inddrages, da det giver mening.
- Redskaberne ligger i den syddanske forbedringsmodel, hvor det er muligt at lave projekter i hverdagen.

Områder for forskning:

- Forskning skal ikke kun være interesserede, men forskningsområderne bør udvælges strategisk – hvad mangler vi viden om?
- Der bør skabes en undringskultur – hvad undre jer (personalet)?
- Også forskning i de små ting, eksempelvis kæledyrs betydning
- Forskning også på tværs af sektorer. Der er kendte udfordringer i overgangene, som der bør forskes i.

Bord nr.: 2

Bordformand: Andrea Terp / Jørgen Bjelskou

Referent: Jane Charlotte Andersen

Anbefaling: Vi skal stille spørgsmålstejn ved de ting, vi gør. En hel del af det, vi gør, er ikke evidensbaseret. Derfor skal vi øge evidensen.

Anbefaling: Alle faggrupper skal forske, for at der forskes i det hele menneske.

Anbefaling: Alle afdelinger skal forske, da forskningsresultater hurtigere implementeres, der hvor forskningsresultaterne skabes.

Alle skal arbejde med forbedring. Det giver en god cirkel, at de som arbejder i klinikken ser problemerne, og kan forske i løsninger, og de kan anvende resultaterne i det videre arbejde. Der skal dog være en fælles, overordnet retning, så der kommer systematik og retning på forbedringstiltag.

Det er vigtigt at kigge på, om tiltag virker. God indikator for effekt: Hvad mener brugeren om tiltag/indsatser.

Somatikken har et it-system, hvor patienter selv/frivilligt indberetter. Dette kunne man også bruge i psykiatrien.

Bordnr: 3

Bordformand: Kristian Nørgård/Anders Meinert

Referent: Berit Matzen

Bordformandens opsummering:

- To strømninger i drøftelserne, 1)rekrivere noget forskning om bestemte emner, 2)spørge patienter og pårørende om, hvad der skal forskes i,
- Forskning i personlig medicin, hvorfor stigende mental usundhed blandt børn og unge, patient og pårørende inddragelser og samarbejde i bermuda trekant.

Øvrige drøftelser ved bordet, spørgsmål blev ikke besvaret:

Ad 1 Vi skal definere de store påtrængende udfordringer, som der skal generes viden om

- personlig medicin, 75% af den medicin vi bruger i psykiatrien har ingen virkning, men den hast som dette udvikler sig, så er der god grund til at være optaget af dette.
- Den anden store udfordring er den store stigning af børn og unge med behov for psykiatri,
- et studie i hvordan patienter og pårørende inddrages,
- studie i samarbejde region/kommune/praksis hvad er det der lykkes

Feed back informed treatment er det nye hotte i terapi (psykolog) mere sammenhæng mellem klinik og forskning, sikre at det vi laver har effekt for patienter, hele tiden tjekke op med den enkelte, hvad der er effektiv – incl PRO.

Alle faggrupper skal forske

Hvis vi spørger behandlere/patienter, hvad vil de så ønske sig – brug for større involvering af patienter i udvælgelse af forskningsområder. Hvad er vigtigt for patienter, at der forskes i.

Blive bedre til at formidle den viden forskning/kvalitet som vi allerede har, så vi ikke gentager forskning.

Videreudvikle på eksisterende indsatser behandlinger, ex. DAT contra mentaliseringsbaseret terapi, man skal ikke forandre for forandrings skyld.

Sammenhæng mellem somatisk sygdom og psykisk sygdom – oversete somatiske problemstillinger og et studie på, hvordan man forebygger dette. Der findes studie fra Odense, der viser, at psykisk syge senere får diagnosticeret colon cancer. Det er noget med at ændre holdningen hos læger, når en psykisk syg har en somatisk lidelse, den forstuede fod bliver negligeret – patienter oplever det som en udfordring at blive hørt, når det kommer til den somatiske sygdom.

Ambition om at definere de ti vigtigste forskningsprojekter, der kunne rykke psykiatrien mest, i f.m. denne proces.

Anerkende at forskning er andet end randomiserede studier, der er også forskning, som er lettere, og som man hurtigere vil kunne tage aktion på.

Bordnr: 4

Bordformand: Mette Bossen Linnet

Referent: Sidsel Sindal

1. Kan vi kigge ud af boksen, forsker vi for meget i siloer. Kender vi effekten af det vi gør i dag, er det godt nok? Hvordan lærer vi af "at patienterne kommer sig på trods". Patienterne er objektiviserede i forskningen. Kan vi i højere grad inddrage patienter og pårørende i forskning, og især høre hvad de oplever, som relevant at forske i.
Forskning i relationens betydning et vigtigt potentiale. (Ofte hører man fra patienter, som er kommet sig fra svær psykisk sygdom, genganger i fortælling er ofte at pt. mødte lige præcis den behandler som gjorde en forskel (relationen))
Praksisnær forskning har været psykiatriens fokus de senere år.
Måske mangler der tværsektoriel forskning, hvor både kommuner, psykiatri, institutioner mv. inddrages. Tværfaglig forskning mangler også.
2. Hvordan kan man gøre forskning tilgængelig. Hvordan gøres forskningen anvendelig. (learning and sharing)
En stor forsinkelse (delay) fra forskning færdiggøres til det bringes i anvendelse i praksis. Hvordan kan det understøttes bedre.
Forskning i forebyggelse skal der være mere af.
3. Hvis forskning skal gøres tilgængelig skal man arbejde med kulturen. Hvordan undgår man at ny forskning bliver afvist, fordi man siger, det ikke virker hos "os".
En del af udbredelsen er, at alle faggrupper inddrages. Det skaber højere grad af "vi-følelse".
Hvordan understøtter vi karriereveje for andre faggrupper.
Kan man inddrage patienter og pårørende mere i forskningen. I dag er patient og pårørende foreninger inddraget i styregruppe mv. Måske skal man i højere grad blot få dem til at deltage i selve opstart af forskning, udvælgelse af forskningsprojekter.
Forskning betragtes af mange medarbejdere stadig lidt elitært, og der hæmmer. Tilgangen bliver for akademisk.
Kan man rekruttere sygeplejersker med interesser for forskning allerede på sygeplejerskeskolen.
Skabe interesse for forskning hos nyansatte unge sygeplejersker.

Bordnr: 5

Bordformand: Bent Olsen

Referent: Helene Vestergaard

Interessant at høre, at alle faggrupper skal forske

Forskning er afprøvning af nye løsninger. Det er der brug for.

Forskning i udredning – så vi bliver bedre til at finde den rette behandling.

Tendens til overstyring og ensretning – kun én metode som alle skal bruge. Advarer mod evidensbaseret metoder og ensretning. På dette komplekse felt er der brug for metodefrihed. Metodefrihed i et terapeutisk rum. Eksempel: Man skal spørge til interesse for rygestop kursus ved indlæggelsessamtale – svaret er altid nej. Pinligt at skulle spørge om dette ved indlæggelse, hvor der foregår så meget andet.

Udviklingspotentiale inden for alternativ behandling. Hvad er det der virker?

Relationen og kontinuitet er vigtig. Ingen bliver raske hvis de ikke selv vil – håb og relation.

Canabis bør afprøves. Uenighed ved bordet og diskussion. Er frigivet uden at der er forsket. Ingen penge til forskning.

Udviklingsperspektiv – ligestilling i forskning mellem fagpersonale. Der er andet end de lægefaglige aspekter og vi skal være bedre til at bruge den samlede viden.

Pakker – er det mere gavnligt end skadeligt? Hvad er den rigtige pakke? Dur pakker i psykiatrien?

B og U: Udviklingen i diagnoser og efterspørgslen herefter fra forældre. En trist udvikling. Er der plads til børn med uro i skolerne?

Bordnr: 6

Bordformand: Annette Blynel

Referent: Mads Mikkelsen

Patientnært - inddrage patienten allerede i emnet og designet. Hvordan tænker patienterne og de pårørende? Og meget gerne på tværs af faggrupper og sektorer.

2. Det er IKKE ALLE faggrupper der kan forske - det forudsætter at man er kvalificeret - men vi behøver ikke at udarbejde PhD om ALT.

3. Derimod mener vi godt vi kan udarbejde mere erfaringsbaseret kvalitetsudvikling - hvor alle medarbejdere og patienter kan inddrage og involveres - f.eks. Syddanske Forbedringsmodel.

4. Meget gerne forske i den store gruppe af unge som mistrives - fordi vi kan risikere at hvis vi intet gør, kan vi risikere at de er vores fremtidige patienter i psykiatrien. Og generel forebyggelse

Bordnr: 7

Bordformand: Stephanie Lose

Referent: Asger Kjellerup

Forskning skal også formidles til f.eks. kommunerne – der er ikke samme tradition i eks.vis socialpsykiatri, på trods af der analyseres og samles data

Vi burde forske i hvordan vi får det gode samlede forløb på tværs af sektor

Der skal være kobling mellem den kliniske dagligdag og forskningsresultater.

Positivt at forskere mødes med dagligdagsklinikere, det sker for lidt

Alle skal forske, også når patienten er der hjemme, og dele de forskellige perspektiver.

Systematisk indsamling af patientrapporterede oplysninger, for at give den bedste individuelle behandling.

Hvordan får vi forskning på tværs af sektorer(kommune, politi, region ift. eks.vis. tvang) – det er svært i dag!

Gode erfaringer ift. idlsjæle der kan ”brænde igennem” på tværs, eks. vis Anette Søgaard/Flemming Balvig

Forskningsstrategien i RSD understøtter udvalgte områder med ph.d stillinger

Vi har stadig brug for forskning i selve den psykiske sygdom, da psykiatrien er bagud ift. somatikken

Forskning i hvor tidligt vi skal sætte ind ift. børn – hvor er det vi bør sætte ind, hvad virker, hvor skal vi ikke spare. Og herefter skal det implementeres i samfundet.

Kunne man have et forskningscenter på tværs af sektorer.

Psykiatrien skal skabe tættere sammenhæng mellem klinik og forskning

Det er svært at rekruttere patienter til psykiatrien. Eks. på løsning Safari (database der løbende sikrer patienter til forskning i børne- og ungepsykiatrien, hvor patienterne informeres)

Det handler ikke kun om at forske i ”masserne” men også i de mindre sygdomsgrupper.

Har vi det rigtige fokus (på det tværsektorielle)? Kommunerne vil gerne med

Landsindsamling til psykiatrien? Kunne også være med til at nedbryde tabuer mv.

I dag gør ”En af os” ambassadørerne allerede en stor arbejds

Bordnr: 8

Bordformand: Thies Mathiasen

Referent: Per. K. Hansen

Spørgsmål: 1. Hvordan arbejder vi med forskning og kvalitet, så det understøtter den faglige udvikling og det kliniske arbejde bedst muligt, til gavn for patienterne?

Udfordring: Der igangsættes mange initiativer/forskning. Men det halter ofte med implementering og opfølgning. Går ofte i glemmebogen

Nødvendigt med implementering

Forudsætning er at forskningen bliver kliniknært og inddragende – i praksis.

Men, har man ressourcerne?

Husk at inddrage erfaringerne fra personalet på gulvet.

Bruger: den levende patientfortælling. Hvor er den? Ikke det samme som data mv. Oplever at der ikke er dialogmuligheder – i her-og-nu situationen.

Vi skal tænke forskning meget mere bredt?

Thies: hvor er input fra kommunerne (ift forskning)

+ inddrage patienter/pårørende i forskning.

Har vi den rette organisering ift igangsætning og implementering/opfølgning på forskningsinitiativer?

2. Hvor ligger udviklingspotentialer i særlig grad?

Inddragelse af de folk der har med behandlingen at gøre (på tværs)

Bruger: bliver ikke inddraget (i forskning)

Problem: vi gør som plejer

Problem: berøringsangst ift at inddrage patienter

Patient-pårørenderåd – kan vi anvende dette meget mere?

Anvendelse af temadage med patienter/pårørende/brugere

Forskning på tværs af sektorer – forskning med afsæt i patientens gang i systemet → forsker vi "sektoreret". Livet for brugeren/patienten/borgeren er sammensat!

3. Hvordan udnytter vi det?

Starter med at italesætte det... for hinanden

Vi skal have de praktiserende læger med! Stort forbedringsarbejde.

Udnytte mobilteknologi ift behandlingstilbud – særligt ift de ambulante

Telepsyki ift B&U – potentiale.

B&U: vi har fokus på dette. Særligt ift efterskoleelever.

Bordnr: 9

Bordformand: Ida Damborg

Referent: Gert Frost

Kan forskning være med til at løfte udfordringen omkring retspsykiatrien?

Hvorfor dør psykiatriske patienter tidligere – kan forskning være med til afhjælpe?

Kan lære af somatikken omkring afsæt i patienten, så man ikke skal løbe spidsrod mellem forskellige ambulatorier, men det hele løses ved et besøg.. forskningvinklen er at undersøge effekten for de patienter der er del af fællestækningen?

Selvmonitorering kan bidrage til at understøtte forskning...

Vigtigt at alle faggrupper forsker – hvordan sikres dette. Der laves alene lægefaglig forskning i psykiatrien.

Lære af somatikken, som er bedre til den brede forskning

Man (alle faggrupper) skal undre sig, det giver også lyst til at forske. Det kræver også tid og overskud til forskning...

Hvordan øger vi den tværfaglige forskning i psykiatrien – det skal også kunne gøres til en karrierevej for alle faggrupper. Man skal også kunne se en karrierevej som personale. Akademiske muligheder for alle faggrupper.

Forskning på tværs af regionen og på tværs af fagligheder – skal der stilles krav om eksempelvis 15 % tværfaglighed.

Fokus på forskning i socialpsykiatrien

Fælles databaser der samler op forskningen, så man ikke begynder de samme projekter forskelligheder.

Der skal være en (central) understøtning i forhold til dataopsamling.

Skal der være en målsætning om én akademisk medarbejder inden for hver faggruppe, som kan understøtte denne forskningsmæssige udvikling.

Svært at foretage forskning pga. sundhedsloven da det er svært at få adgang til journaldata.

Skal kunne understøtte forskning på tværs af geografi og (ikke mindst) på tværs af faglighed – herunder også i forhold til socialpsykiatrien. Dokumentere og kalibrere de mange fornemmelser der er blandt de forskellige fagligheder, så det ikke alene er baseret på forskning i de faggrupper der i forvejen er akademiske. Der skal være et ledelsesmæssigt fokus (alle niveauer) til at understøtte og identificere forskningen og de personer/projekter som er relevante i forhold til den tværfaglige forskning.

Bordnr: 10

Bordformand: Meho Selman, Henriette Schlesinger

Referent: Ulrich Jensen

- Hvis man ikke forsker selv, kan man indgå i forskningsprojekter, hvor man bidrager til forskning andre steder.
- Tværfaglig forskning kan inddrage flere personalegrupper, hvor man anerkender hinandens faglige kompetencer og perspektiver. Også mulighed for tværsektorielle forskningsprojekter.
- Det kan være svært, at vurdere effekt af behandlingsindsats på det psykiatriske område, vigtigt at have de rigtige redskaber.
- Forskning behøver ikke være store projekter: ok at have fokus på mindre projekter og kvalitetsarbejde. For eksempel den syddanske forbedringsmodel
- Medarbejderne skal fokusere på at lære af den viden og forskning, der ligger på andre områder. Også på tværs af sektorer. Systematisk brug af den data man allerede indsamler.
- Udvikle systemer der kan generere data automatisk til at understøtte den kliniske indsats.

Bordnr: 11

Bordformand: Morten Brixtofte Petersen

Referent: John Zola

Vi vil gerne forskning, men det vil kunne underbygges, hvis man kunne lave halve forsker/klinikstillinger. Der er mange der gerne vil forske, men ikke nødvendigvis fuld tid.

Det nye EPJ giver mulighed for at fodre data ind i forskningsprojekter. Men den nye persondataforordning sætter en række begrænsninger for arbejdet med dat i forskning.

Der er en række barrierer for samarbejde omkring forskning der skal fjernes, hvis det skal blive bedre.

Har vi en kultur for at invitere hinanden ind i et samarbejde (kommuner og kommuner i mellem og region og kommune i mellem).

Den lokale dagsorden pt, er en kandidatuddannelse i medicin i Esbjerg om 2 år. Her bør man prioritere forskning i psykiatri. (det er der vist truffet beslutning om regionalt). Men der skal ansættes forskere, og kan de tiltrækkes til et lille forskningsmiljø?

Samarbejdet omkring funktionelle lidelser er et godt eksempel på et samarbejde mellem psykiatri og somatik.

Hvordan breder vi forskningstraditionen ud til andre faggrupper? Der er nogle faggrupper der ikke er vant til at tænke akademisk. Der er en spirende forskningstradition hos flere faggrupper, men der er fortsat et stykke vej.

Det er ikke nødvendigvis alle faggrupper der skal forske. Måske skal deres ideer bare løftes videre til andre faggrupper.

En mindre akademisk tilgang til forskning kan måske give en mere patientrettet forsknings.

Men skal der forskes, skal medarbejderne frikøbes, for der kan ikke trækkes medarbejdere ud af den daglige drift.

Det tværsektorielle samarbejde/forskning er afgørende.

Hvor ligger udviklingspotentialer i særlig grad? Der er behov for at få skabt et bedre samarbejde mellem lokalpsykiatrien og socialpsykiatrien.

Bordnr: 12

Bordformand: Mads Skau

Referent: Anders Wang Maarbjerg

To væsentlige diskussioner:

1. mere forskning i underprioriterede områder
2. bedre udnyttelse af den forskning og vidensudvikling, der sker.

I forhold til at skabe mere forskning:

- Mangler meget viden og forskning i hvad der virker i recovery-, rehabiliterings- og behandlingsforløbet
- Forsknings samarbejde over sektorer

I forhold til at udnytte forskere og forskning bedre.

Vi får ikke udnyttet de forskningsuddannedes bedre evner

- Forskningsmulighederne i dagligdagen og plejen
- Fastholdelse af nyuddannede forskere
- Mangler midler til forskningsprojekter

- Deltidsstillinger, så det er muligt at forske og være kliniker i samme stilling

Bedre udnyttelse af den nyeste viden.

- Svært at implementere forskningsresultaterne
- Kvalitetssikring
 - o Ikke bare retningslinjer
 - o Datafangst i den nye e-journal
- Undervisning i nye metoder og nye resultater

Mange projekter sættes i gang

- uden der evalueres på værdien
- uden inddragelse af deltagerne i forskningsprojekterne

Syddanske forbedringsmodel har store potentialer for at sætte fart på implementeringen af den nye viden

Bordnr: 13

Bordformand: Lene Thiemer Hedegaard

Referent: Flemming Lauemøller

Noget af udfordringen er at vi ikke har en kultur der understøtter, at vi ser på forskningsresultaterne. I Odense hvor de har meget forskning, kommer det heller ikke rigtig ud i klinikken. Der er ganske få sygeplejersker der forsker. Det er mest læger og psykologer der forsker. Det skal være mere klinisknært. Praksis fortæller at hun arbejder med det til dagligt. De er test klynge for diabetes. Det skal være en del af hverdagen, frem for at være noget de få udvalgte gør. De pårørende er glade for at der bliver forsket. Det giver håb og der kommer positive ting frem. Pdsa gør forskning jordnært for den menige medarbejder. Forbedringsarbejde. Esbjerg er med i et steno projekt hvor de ser på sukker i blodet. Det er vigtigt at det giver mening i hverdagen. Som der blev sagt i oplæget, så er det bio-psyko-socialt, hvilket er genialt, fordi det bliver noget alle kan se sig selv i. bare det at samle data ind og reagere på utilsigtede eller u hensigtsnæssige forhold, er jo også forskning. Der er berøringsangst for forskning fordi det kun er noget der foregår på campus... forskningens dag gav nogle bud på hvordan man får forskning ud i dagligdagen. Forskernes problem kan være implementeringsudfordringen, da det somme tider er et lille hjørne de brænder for, men ikke rigtig kommer tilbage til klinikken. Det er vigtigt at vi dataindsamler -> får forskerne til at fortolke og derefter få feedback til dem der indsamlede data, så de kan ændre adfærd. Vi er ikke gode nok til at bruge forskerne. Nu er alle afdelinger forskningsafdelinger og vi kan dermed alle trække på forskerne, men vi er for dårlige til at trække på dem. Eksempel: i esbjerg havde man en forestilling om at det var de mange retspsyk patienter der gjorde at de brugte så meget tvang. De samlede data ind og fandt ud af at det overhovedet ikke var nogen sammenhæng. Det var helt andre faktorer der gjorde sig gældende. Vi er ikke vildt gode til at dele resultaterne med hinanden. Vi skal passe på at det ikke bliver for stort så det bliver mere jordnært. Derfor er det vigtigt at vi alle forsker, da vi har hver vores virkelighed. Man skal også holde fast i den overordnede (nørdede) forskning. Det er vigtigt.

Bordnr: 14

Bordformand: Karsten Fogde

Referent: Anita Lykke

Spørgsmål: 1. Hvordan arbejder vi med forskning og kvalitet, så det understøtter den faglige udvikling og det kliniske arbejde bedst muligt, til gavn for patienterne?

Forskning skal være en naturlig del af hverdagen.

Enhver kan gå ud og prøve noget af – lad være med at gøre det mere kompliceret end det er. Kaste os ud i det.

Jakob – nationale indikatorer – mere systematik så ikke hver afdeling skal opfinde systematik. Vi skal blive bedre nationalt til at sætte retningen og tilrettelægge efter den enkelte patient.

Gitte – i praksis vægtes lægeforskning anderledes – pille vs nada. Fra café møder – fokus på at fejle mere end én ting ad gangen, for det er ikke god ti dag

Lene: skabe gode netværk til universiteter – mange skal skrive specialer, som kan danne baggrund for mere længerevarende forskning.

Ole: kvalitetsudvikling og forskning – skelne imellem, så kan vi måske bedre handskes med det...

Gitte: Vores systemer er barriere – forklaringen behøver vel bare at være hvis det virker, så lad os gøre det

2. Hvor ligger udviklingspotentialer i særlig grad?

Medicin – der gives rigtig meget medicin. Kig mere ind i det område!

Gitte – fokus på *medforskning*! Så vi ikke alle skal have en phd for at være på afdelingen.

Marianne: Nærvær, kop kaffe og samtale – det rykker mange gange, almindelig medmenneskelighed

Jakob – hvad er det vi laver, hvad er indholdet i "min" ydelse – det er det, der gerne skulle gøre at jeg ikke ser patienten igen. Måleinstrumenter, der belyser – vi har dem men skal bare have den indført.

Vi skal spørge patienterne. Hvor blev masterne i nettet for store? Kigge ind i det der foregår i hverdagslivet og få det til at ske så godt som muligt

3. Hvordan udnytter vi det?

Praksisforskning – aktionsforskning, vi forsker mens vi handler.

Noget der har alles interesse – mere ligestilling mellem kvantitativ og kvalitativ forskning

Antropologer – også gode (vi bliver blinde for vores egen måde at gøre tingene på over tid.)

4. og 5 oplæg: **Ulighed i sundhed** og **Sammenhæng og forebyggelse (samlet drøftelse – 2 sider)**

Spørgsmål: 1. Hvordan omsætter vi de nationale strømninger og mål på psykiatriområdet til arbejdet med at skabe mere lighed i sundhed i Region Syddanmark?

2. Hvilke løsninger byder sig til?

Opsummering:

Bordnr: 1

Bordformand: Ulrik Sand Larsen

Referent: Heidi Hougaard

Vi ved ikke hvad hinanden kan og hvad vi laver (på tværs af sektorer psykiatri/kommune). Vi (psykiatrien) kommer til at betragte jobcenteret som "bøllerne", selv om de blot passer deres arbejde.

En psykiatrisk diagnose betyder ikke, at man ikke kan gå på arbejde eller få en uddannelse – vi skal have øje for vores egen retorik.

Der er projekt i gang i Svendborg ift. indsatser på tværs af region og kommune / jobcenter. Hvad kan vi lære af disse projekter?

Nogle patienter er ikke i jobcentrene selv om de ikke er i arbejde, da de ikke får understøttelse, men klare sig af anden vej. Nogle soldater har været på kontanthjælp længe, men jobcenteret har ikke ressourcerne til at hjælpe dem videre, da udførelserne for patienten handler om mange andre ting, som der ikke tages hånd om. Hvordan får vi indsatsen koordineret?

Lovgivningen og rammerne i jobcenteret kan give udfordringer.

Regler for at videregive oplysninger mellem sektorer giver udfordringer – f.eks. i mellem psykiatri og kommunen. Samtykke kommer til at fylde for meget i drøftelsen. Vi kan godt tale om generelle udfordringer i samarbejdet eller for grupper af patienter uden samtykke. Den juridiske side har taget overhånd i forhold til at behandle borgerne / patienterne ordentligt. Vi skal turde bruge de rammer der er. Lovgivningen er for restriktiv. Hvornår er der givet samtykke – hvad når jobcenteret går med til egen læge?

Kunne lovændringer gøre, at oplysningerne kan flyde nemmere og dermed lette samarbejdet?

Bord nr.: 2

Bordformand: Andrea Terp / Jørgen Bjelskou

Referent: Jane Charlotte Andersen

Opsummering:

Anbefaling: Systematisk screening af alle indlagte patienter i psykiatrien for somatiske sygdomme. Psykisk syge patienter er ofte dårlige informanter.

FAM: Følge op på effekten af fælles FAM mellem somatik og psykiatri. Der skal være fokus på de muligheder fælles FAM giver og følges op. Effekten af fælles FAM skal undersøges.

KRAM: Der skal spørges ind til faktorerne, gås mere i dybden med faktorerne og være mere konkret, og så skal der følges op, handles og holdes fast over tid. Frivillige kan evt. hjælpe med opfølgningen.

Vi skal lytte til patientens behov uanset hvor basalt eller småt det måtte være, og ikke følge vores egen mening om, hvilke behov patienter burde have.

Psykiatriplan er en del af en helhed og skal spille ind i den kontekst, og må ikke blive "en silo".

Stigmatisering er en del af udfordringen.

Bordnr: 3**Bordformand: Kristian Nørgård/Anders Meinert****Referent: Berit Matzen****(en samlet opsummering af oplæg 4 og 5)**

Det er vigtigt, at se hele mennesket og ikke kun diagnosen.

Ikke generalisere ikke alle psykisk sårbare har haft et svært liv eller dårlig uddannelse.

Det er sværere at være i systemet end historien fra kommunen giver udtryk for. Borger/patient skal kæmpe med kommune, f.eks. få bostøtte, kugle/kæde dyne m.v.

Sæt patienten/borgeren fri og selv visiterer sig til ydelser, give patient/borger et eget råderum under en vis tærskel. Giver mere indflydelse på eget liv. Der er lavet phd, hvor man gav ældre selv visitering i f.t. ergoterapi - ikke dyrere men større værdighed. Andet eksempel er udlevering af hjælpemidler i Middelfart og Odense, selv visitering på det område. Det har vist sig at være en succes,

Brug for hjælp til at navigere i sundhedsvæsen, det er mega komplekst, selv for højt uddannede. Der mangler en guide til systemets tilbud for alle i virkeligheden.

Mere individuelle tilbud, så man differentierer ud fra hvor behovet er størst, Søren Brostrøms billede. Flytte ressourcer og indsats derhen, hvor uligheden er størst.

Gruppeforløb i kommunerne for psykiatri minor, det har man i det engelske sundhedsvæsen.

Tunnelsyn i sektorer – tandhjul skal passe sammen. Når vi kigger på ulighed må vi også kigge på sammenhæng mellem sektorerne, hvis vi skal bekæmpe ulighed, så skal vi tidligere ud.

Bordnr: 4**Bordformand: Mette Bossen Linnert****Referent: Sidsel Sindal**

1. Sygehussektoren har for stort fokus på indsatser og ikke øvrige faktorer, som egentlig har større indflydelse. Løsningen på dette kan være at man i langt højere grad arbejder sammen med primær sektoren, som har indflydelse på uddannelse, beskæftigelse, tidlig barndom mv. Alt kan ikke løses i behandlingsskassen.
2. Gode argumenter i forhold til at øge samarbejdet med arbejdsmarkedsområdet, der er stor effekt i forhold til patientens recovery. Sektorerne har egentlig fokus på de samme områder fra hvert deres perspektiv. Hvordan kobler vi indsatserne sammen, og sikrer at vi arbejder tværsektionelt i forhold til indsatser. Holde liv i håbet hos patienten. Beskæftigelsesområdet er ny samarbejdspartner for psykiatrien. Der skal arbejdes på hvordan de bedste samarbejder skabes med kommunerne, og deres forskellige organisering. Hvis vi giver samme tilbud til alle patienter, opleves ulighed (Søren Brostrøms billede med kasser). Sygehuset som arbejder på at standardisere skal kunne rumme at give forskellige tilbud, afhængig af den enkelte patients behov. Inddrage andre faktorer i behandlingen end blot behandlingen.

Bordnr: 6

Bordformand: Annette Blynel

Referent: Mads Mikkelsen

(samlet for 4. og 5. oplæg)

Katrine: Pakkerne skal specialiseres til modtagerne, jf. tegningen med kasserne. Ulighed bekæmpes med mere individuel behandling, behandlingen skal være individuel og flexibel.

Ulla: PSYK info havde arrangeret oplæg om psykiatribehandling med professionelle oplægsholdere, men de blev ikke besøgt, folk kom ikke. Men med mere målrettede titler på oplæggene kom der interesserede.

Helle: Sproget skal justeres. Ulighed skabes også af skillelinjer i behandlingens opdeling, børn og unge / ældre psykiatri, som skaber barrierer for den individuelle behandling. Hver patient skal betragtes individuelt. Kontakt til arbejdsmarkedet kræver socialrådgivere, som skal tilbage på sygehusene.

Jakob: Vi skal også kunne finde ud af at afslutte behandlingen.

Else: Socialrådgivere på sygehuset skal ikke vejlede om hvad der sker i kommunen, det giver risiko for fejl, hvis kommunens tilbud ikke er det som sygehusets socialrådgiver beskriver. Socialrådgivere kan måske være ansat begge steder, dvs. potentiel faggruppe til deleansættelse.

Ulla: Mere tværfaglighed, tænk på hvad de andre faggrupper kan, hvad er deres vinkel, hvad kan de byde ind med, hvornår skal vi slippe patienten og hvornår kan de andre faggrupper bringes i spil.

Mette: Behov for forskellige pakker, løsningen er ikke at alle skal have det samme tilbud, det skal være individuelt.

Annette: Mange ledige timer for patienten – flere aktiviteter under behandlingen efterspørges.

Katrine: Special praktiserende læger kan ikke tilgå de kommunale ydelser på psykiatrien.

Helle: Elektronisk udveksling af information skal standardiseres og være let tilgængelig. Lægen ringer ikke til kommunen, det tager for lang tid at komme igennem til den rigtige. Derfor skal den elektroniske kommunikation være effektiv.

Katrine: Problemerne opdages for sent, man kommer først til læge, når den unge er droppet ud af uddannelsen. Mentorerne på uddannelsesinstitutioner skal også indgå i behandlingspaletten / være opmærksom på at der er et psykiatrisk behandlingsapparat.

Else: Bedre afklaring af roller, hvem har hvilke opgaver og de andre dele af apparatet skal kende det.

Annette: Det kræver ressourcer at navigere i et meget komplekst psykiatrisk behandlingssystem.

Katrine: Der er ydelser i bogen hos den specialpraktiserende læge, som fordrer tværfaglighed.

Else: Fælles retning i behandlingen er påkrævet, mange aktører har forskellige retninger.

Helle: Væk fra standardisering, du skal vide hvad hver faggruppe laver, du skal ikke selv lave alt, ikke alle skal lave alle opgaver. Vi skal ikke løse alle opgaver selv, men have viden om de andres felt.

Ulla: Uddannelserne skal kunne rumme psykiatriske patienter, dvs. være mere forstående overfor patienternes behov.

Katrine: §66 aftalen er en rigtig god aftale. Den skal udbredes i hele regionen, Speicallægerne bakker op om aftalen.

Bordnr: 7

Bordformand: Stephanie Lose

Referent: Asger Kjellerup

Sygehus Lillebælt projekt / samarbejde med kommune/sundhedsplejesker – brugte den syddanske forbedringsmodel, som metodik for inddragelse af medarbejdere og mulighed for at opstille fælles mål, og som en metode der kan skabe partnerskab

Drift fremfor projekt- og puljefinansiering. Vi skal have en fælles koordineret indsats på tværs.

Vi har en fælles kerneopgave-> patient/borger i centrum

Tidlig indsats må kunne betale sig. Vi er udfordret af kortsigtet budgetlægning, da det kræver et længere sejt træk, og vi høster først gevinsterne om mange år

Vi skal samle jordmødre, sundhedsplejesker og psykiatri ift. en fælles indsats

Kunne man lave en intensiv indsats fra PPR? Børnene udfordres ofte i skolealderen, og det er svært for dem at komme tilbage i skole

Kunne man honorere at vi holder borgerne raske, fremfor at give penge til behandling?

Brug for et nationalt pres, der sætter standarder for tidlige indsatser, og sikre systematisk udbredelse. Pengene må være der på sigt.

Vi kan allerede gøre noget ift. de tidlige indsatser

Psyk Info hjælper allerede eks.vis uddannelsesinstitutioner med at spotte unge med mistrivsel

For få med psykisk og fysisk handicap får en grunduddannelse

Bordnr: 8

Bordformand: Thies Mathiasen

Referent: Per. K. Hansen

Spørgsmål: 1. Hvordan omsætter vi de nationale strømninger og mål på psykiatrimrådet til arbejdet med at skabe mere lighed i sundhed i Region Syddanmark?

Thies: Behov for overgangspersoner.

Bruger: skal vi fortsætte med at skelne mellem somatik – psykiatri ..?

Vi har patientansvarlig læge, hvis opgave det er at støtte op om patienternes flow

Har vi allokeret de rette ressourcer til dette? Altså, i forhold til at holde patienten i hånd.

Kommunerne: Vores sundhedstilbud er ikke gode nok til borgere med tunge psykiske problemstillinger. Vi har et godt set up i forhold til den almene del.

Behøver vi flere specialtilbud? Måske er løsningen i stedet at vi prioriterer mere tid til de indsatser vi har i forvejen. Risikoen er at vi laver nye kasser med lige så lidt tid! Skal vi investere mere i de forløb / ordninger vi allerede har?

2. Hvilke løsninger byder sig til?

Opsummering:

Fjerne "enten eller" mellem somatik psyk

Borgeren følges hele vejen

Bordnr: 9

Bordformand: Ida Damborg

Referent: Gert Frost

Hvordan sættes den fysiske sundhed i fokus i forbindelse med behandling for psykiske lidelser

- Der skal være rum til ledsagelse / råd til ledsagelse
- Dette fordrer en tillidsrelation til ledsageren
- Usikkert hvis det er baseret på frivillighed, som kan sige fra...så efterlades patienten
- Er det de pårørende der skal involveres som ledsagere
- Det skal vægtes ind i forhold til handleplanerne, mere fokus på at prioritere ledsagelse. Det skal være en del af pakken
- Det er ikke alle der har brug for ledsagelse –
- Ledsagelse vil være selvfinansierende, idet der ikke vil være det samme omfang af udeblivelser
- Det er de mest udfordrede borgere der udebliver
- Hvordan overskuer man kompleksiteten ved overhovedet at finde rundt på sygehuset (lavpraktiske ting)
- Man skal have mere for den samme køretur – samle funktionerne på den samme matrikel – også somatiske funktioner
- I forvejen har målgruppen ikke ressourcer, så det giver god mening, at der indtænkes transport i ledsagelse
- De økonomiske velstillede behøver ikke have det finansieret
- Pulje til transport (også til somatiske undersøgelser for de psykisk sårbare – helhedsperspektiv)
- Kan der laves forskningsprojekt der undersøger effekten af transport/ledsagelse.
- Hvordan gribes stafetten i det kommunale system i forhold til at gribe ønskerne – overgangen fra region til kommune
- Det er vigtigt at der følger ressourcer med for at det er muligt for kommunerne at gribe bolden i forhold til genoptræning.

Drøftelsen meget fokuseret omkring ledsagelse. Herunder også at der prioriteres ressourcer til transport, så vi sikrer os, at patienterne ikke udebliver. Vurdering at det vil være selvfinansierende – kan evt. underbygges af effektmåling. Transport også til somatiske undersøgelser for derved at understøtte helhedstænkningen – aller helst skal somatisk behandling foregå samtidig og samme sted som den psykiatriske behandling, så patienten får mest muligt ud af sin transport (og derved også mest muligt for puljen).

Bordnr: 10

Bordformand: Meho Selman, Henriette Schlesinger

Referent: Ulrich Jensen

- Vigtigt at man har fokus på at hjælpe patienter med psykiatriske sygdomme til adfærds- og livsstilsændringer – det er muligt med målrettede indsatser. (eks kost, ryg, væggtab) Ikke grund til berøringsangst.
- Brug for støtte til at komme til behandlinger og kontroller, særligt på somatiske sygehuse. Måske finde alternative løsninger, der kan håndteres lokalt (digitalt).
- Vi skal være opmærksomme på om systemerne selv skaber ”benspænd” for patienterne ift. at få den hjælp de har brug for:
 - o Eksempel: patienter der ikke møder op til behandling risikerer at blive afsluttet på somatiske afdelinger.
- Huske at gøre brug af de muligheder der allerede findes – de er løsninger og aftaler mellem kommuner og region. Finde ud af kan vi gøre for borgere, der har brug for et særligt tilbud?
- Ikke have fokus på den enkeltes sygdom – men på personen – det hele menneske. Mennesket er ikke deres sygdom.

Bordnr: 11

Bordformand: Morten Brixtofte Petersen

Referent: John Zola

Nedenstående gælder begge drøftelser (4 og 5)

Ulighed i sundhed har i mange tilfælde rod i misbrug.

Hvordan hænger uligheden sammen med de sociale klasser. Vi arbejder meget med KRAM faktorerne, men ikke med fx uddannelsesniveaue.

Der skal deles mere viden med kommunerne, fx ift. PPR, sundhedspleje mv.

Kommunerne kan ikke give udvidet hjælp til børn (fx nedsat skoletid mv.), hvis lægen ikke kan sætte en diagnose på dem.

Det er tydeligt at det er de praktiserende lægers adgang til kommunen der er den største udfordring, fordi det skal gå via forældrene.

Skal man have en diagnose for at få hjælp, eller er det funktionsniveauet der kigges på?

Der er snitflader ml. somatik og psykiatri der kan gøre det svært at få en myndighed til at tage ejerskab.

Misbrugstilbuddene varierer meget fra kommune til kommune og gør det svært at arbejde med dobbeltdiagnoser i psykiatrien. – en ny struktur for kommunerne med ensartede tilbud vil kunne gøre en forskel både i psykiatrien og hos de praktiserende læger (men kræver ny lovgivning)

Der er generelt megen metodefrihed hos kommunerne – det er en udfordring.

Det tager tid at motivere patienterne.

Bordnr: 12

Bordformand: Mads Skau

Referent: Anders Wang Maarbjerg

Der behandles ikke for misbruget

- en holdningsændring
- se bag problemstillingen for den enkelte

understøtte arbejdsmarkedstilknytning og uddannelse

Ventetiden på at komme ind i de sociale tilbud forringer mulighederne betydeligt

De almindelige sociale tilbud er ikke gode til de psykisk syge, som derved marginaliseres

Opsummering:

Enige i oplægget om at uddannelse og beskæftigelse har en væsentlig betydning for ulighed i Sundhed

Når det så er sagt er det vigtigt at skal sundhedsvæsenet kunne håndtere

- der er flere misbrugere blandt psykisk sårbare
- der er en væsentlig opgave med at sikre uddannelse og arbejdsmarkedstilknytning hurtigt i forlængelse af behandlingsindsatsen
- De almindelige sociale tilbud er ikke altid gode for de psykisk syge, hvorved såvel behandling som recovery/rehabiliterings indsats tabes på gulvet

Bordnr: 14

Bordformand: Karsten Fogde

Referent: Anita Lykke

Spørgsmål: 1. Hvordan omsætter vi de nationale strømninger og mål på psykiatriområdet til arbejdet med at skabe mere lighed i sundhed i Region Syddanmark?

Det er vigtigt med systematik, så vi har fat i de folk, det handler om.

Indsatser i forhold til unge, der enten i dag ikke får en uddannelse eller hopper af. Hvordan skaber vi oplysning

Man skal selv ville ændre vane. Der skal være en gulerod – hvad har du lyst til i dit liv? Livsmestring

Lene: fokus på den helt tidlige indsats – sundhedsplejersken. Har potentiale til at få øje på.

Ungdomsuddannelserne – døtre siger, at de ikke har hørt om det med mental sundhed etc. Der kan gøres noget så de kan hjælpe sig selv eller andre.

Birgitte: Psykiatrien er bagstopper for meget. Hvordan kan vi få "ned" – samarbejde med PPR, fælles konference, fremskudt psykiatri

Marianne: Hvis mine venner havde vist hvordan de skulle have mødt mig, da jeg blev syg, kunne de have hjulpet mig meget

Når vi spotter et barn i mistrivsel, så skal vi handle på det – ikke have berøringsangst. Hvordan italesætter vi – ikke trusselsmail fra skolen

2. Hvilke løsninger byder sig til?

Løsninger – uformelle. Alle som medmennesker skal have overskud til – når Bjarne ikke har cyklet forbi i en uge, så skal jeg undersøge, hvordan han har det...

Præstationsorienteret samfund – det er for meget!

Når ”vi” ser børn er det de sværeste. Gråzonebørn afslutter vi – hvem har så tovholderrollen. Skal vi tage ud og følge op på de børn vi har i hænderne

Stafetmetoden – du må ikke slippe før du har en der har modtaget

Opsummering:

Systematik i forhold til hvem vi skal have fat i - + stafetmetoden, der illustrerer intensjonen.

4. og 5 oplæg: Ulighed i sundhed og **Sammenhæng og forebyggelse** (*samlet drøftelse – 2 sider*)

Spørgsmål: 1. Hvad skal der til, for at vi kan styrke samarbejdet og indsatsen i fællesskab med Kommunerne og praksisområdet?

2. Hvilke udfordringer skal håndteres og hvilke veje bør vi vælge?

Opsummering:

Bordnr: 1

Bordformand: Ulrik Sand Larsen

Referent: Heidi Hougaard

Vi ved ikke hvad hinanden kan og hvad vi laver (på tværs af sektorer psykiatri/kommune). Vi (psykiatrien) kommer til at betragte jobcenteret som ”bøllerne”, selv om de blot passer deres arbejde.

En psykiatrisk diagnose betyder ikke, at man ikke kan gå på arbejde eller få en uddannelse – vi skal have øje for vores egen retorik.

Der er projekt i gang i Svendborg ift. indsatser på tværs af region og kommune / jobcenter. Hvad kan vi lære af disse projekter?

Nogle patienter er ikke i jobcentrene selv om de ikke er i arbejde, da de ikke får understøttelse, men klare sig af anden vej. Nogle soldater har været på kontanthjælp længe, men jobcenteret har ikke ressourcerne til at hjælpe dem videre, da udfordringerne for patienten handler om mange andre ting, som der ikke tages hånd om. Hvordan får vi indsatsen koordineret?

Lovgivningen og rammerne i jobcenteret kan give udfordringer.

Regler for at videregive oplysninger mellem sektorer giver udfordringer – f.eks. i mellem psykiatri og kommunen. Samtykke kommer til at fylde for meget i drøftelsen. Vi kan godt tale om generelle

udfordringer i samarbejdet eller for grupper af patienter uden samtykke. Den juridiske side har taget overhånd i forhold til at behandle borgerne / patienterne ordentligt. Vi skal turde bruge de rammer der er. Lovgivningen er for restriktiv. Hvornår er der givet samtykke – hvad når jobcenteret går med til egen læge?

Kunne lovændringer gøre, at oplysningerne kan flyde nemmere og dermed lette samarbejdet?

Bord nr.: 2

Bordformand: Andrea Terp / Jørgen Bjelskou

Referent: Jane Charlotte Andersen

Borgeren i centrum: Vi skal finde borgerens ressourcer og tage udgangspunkt i borgerens drømme og håb. Vi skal tro på det gode i borgeren. Vi skal sætte realistiske behandlingsmål sammen med patienten, og lytte til patientens mål.

Vilje til samarbejde i begge sektorer er vigtig.

Forslag: Behovsundersøgelse hos beboere på institutioner.

Bordnr: 4

Bordformand: Mette Bossen Linnet

Referent: Sidsel Sindal

Vi skal finde nye veje at gøre tingene på. Kan Psykiatriplanen udfordre nuværende tilrettelæggelse af opgaver? Kan vi lave små enheder (forsøg), hvor alle sektorer kaster midler i og laver nye løsninger på tværs. Løsninger som nedbryder "siloer". Dele ressourcer, delestillinger, fysiske sammenflytning. I praktik i hinandens stillinger.

Vi skal arbejde mere med praktiserende læger også. Mange løsninger undervejs med kommuner, men praktiserende læger er der ikke mange løsninger med. "Shared care" - begreb, kunne vi have sygeplejersker som måske en gang ugentlig er udlånt til almen praksis, med det sigte at undgå henvisninger til lokalpsykiatrien.

Bordnr: 5

Bordformand: Bent Olsen

Referent: Helene Vestergaard

(én drøftelse af 4. og 5. oplæg)

Bekæmpelse af ulighed kræver indsats fra mange fronter eksempelvis misbrugsbehandling der foregår to steder. Hvordan får vi koordineret vores indsatser?

Eksempel: Misbrugscenter personale kommer ikke over i retspsykiatrien og hjælper der – de træder først til, når patienten er udskrevet. Bedre hvis lokalpsykiatri og misbrugscenter ligger dør-om-dør.

Ide: Kompetenceudviklingsplatform med alle faglige kompetencer, hvor man kan låne personale hos hinanden.

Disse patienter er lige så motiveret for livstidsændringer som ikke psykiatriske patienter. Rygning eller sund kost hvad kommer først? Vi skal prøve at gøre noget andet end det vi plejer. Vi skal spørge: Hvad drømmer du om?

Mere skarpe til at finde ud af hvor vi skal finde løsninger. Vi kan ikke løse alle ting ét sted og på en gang.

En kontaktperson/støttefunktion – nogle gange en sygeplejerske nogle gange en frivillig følgeperson. Kommunal kontaktperson. Bare der er en man kan få fat på – men det kan være på alle tidspunkter af døgnet.

Der er ledsagerordninger på socialområdet, men ikke ledsagerordninger, hvis du har en psykiatrisk diagnose.

Unge piger fra almindelig trivsel – til mistrivsel – til psykisk sygdom. Ses også hos drenge

Løses på lavest mulig niveau – egen læge – voksensnak uden stigmatisering.

Henvisning til privatpraktiserende psykolog bliver brugt og ses som et godt alternativ.

Ikke brug for flere projekter – men varige løsninger, så praksis kender ”værktøjskassen”

Internet psykiatrien – godt til dem der har det så dårligt at de ikke kan komme afsted, men måske til en meget lille gruppe.

Bordnr: 7

Bordformand: Stephanie Lose

Referent: Asger Kjellerup

Den tidlige indsats er nødvendig

Ift. børn- og unge kan psykiatrien give specialiseret rådgivning til kommunernes indsats

Projekterne kan dog åbne øjnene for nye metoder, og de har skabt mulighed for at skabe fokus på initiativer der ellers ikke var blevet til noget. Og flere projekter er efterfølgende sat i drift.

Man skal dyrke relationerne i samarbejdet, herfra kan udvikles fælles løsninger. Medarbejdere skal bringes sammen om den konkrete opgaveløsning – og ikke blot ”bofællesskaber”

Vi skal prioritere at give lidt ekstra tid til at udvikle hvordan vi løser opgaver i fællesskab.

Vi har mange samarbejdsfora i dag med lederrepræsentanter. Med medarbejderne skal med tidligere i processen omkring at beskrive den fælles kerneopgave.

Vi kunne lave et integreret tilbud for de mest syge med misbrug og psykiatrisk lidelse

Vi kan lave en hurtig intensiv indsats i mobilteam, hvor der dannes relationer, der rykker borgeren

Der er oplevet et godt samarbejde ift. eks.vis de koordinerende indsatsplaner.

Vi har mange gode eksempler ift forløbskoordinatorer mv. Men der er stadig borgere med misbrug mv. der ikke får hjælp på rette sted

Vi er udfordret når borgeren ikke vil have misbrugs-behandling/psykiatrisk behandling

Bordnr: 8

Bordformand: Thies Mathiasen

Referent: Per. K. Hansen

Spørgsmål: 1. Hvad skal der til, for at vi kan styrke samarbejdet og indsatsen i fællesskab med Kommunerne og praksisområdet?

Fælles forløbskoordination – det er en god ide at vi sætter os sammen og oplyser hinanden om hvad vi har af tilbud!

Hvordan håndterer vi genoptræningsplaner i kommunerne? Kommunerne er famlende ift de muligheder de kan være i en psykiatrisk genoptræningsplan.

- Den somatisk har vi haft længe. Den psykiatriske har vi nu, men den bliver ikke brugt!
- Benytter vi os godt nok af de tiltag der allerede eksisterer?

Spørgsmål: laver vi selv barrierer for borgerne? Vi ser for ofte at de/borgerne falder mellem 2 stole.

Vi kommer ikke videre førend vi kommer til at arbejde meget mere på tværs. Vi skal ophæve grænsen / barrierer.

Afslutte patienter: stafet-metoden, se hinanden i øjnene. Vi skal kunne bevæge os frit mellem sektorerne.

Er patienten i centrum eller er det systemet der er i centrum?

Åben dialog – med kommunerne

Vi skal bruge vores specialkompetencer rigtigt. Men vi samtidig fange de "lette" – de kan vokse sig "store/tunge" Hvordan?

2. Hvilke udfordringer skal håndteres og hvilke veje bør vi vælge?

Opsummering:

Tæt samarbejde, så opgavefordeling kan være fri. Patienten i centrum, ikke systemet

Arbejde for patienten.

Tværasektorielle samtaler hjemme hos patienten (de tunge)

Bordnr: 9

Bordformand: Ida Damborg

Referent: Gert Frost

- Motivationen til at lave genoptræningsplaner forsvinder, hvis ikke overgangen mellem region og kommune virker
- Vigtigt med viden om hinandens områder – er der tilstrækkelig netværk mellem sektorer? Den gensidige videndeling er vigtigt. Det er de samme patienter, og man skal styrke overgangen.
- Ansigtet på hvem patienten møder i den kommunale sektor
- PLO – hvordan kan man adressere samarbejdet frem for, at opgaver (misbrug mv.) bare glider til praktiserende læge
- Det er vigtigt at tage afsæt i patienten fremfor at kaste patienter mellem sektorer. Det er et delt ansvar om at helbrede
- Hvor kan der kun sendes information til lægen, men det omvendte sker ikke i samme udstrækning. Informationsstrømmen (begge veje) er en forudsætning for samarbejde mellem praksislæge/kommune/region
- Patientens drøm skal være fremhævet i alle journaler som den røde tråd
- Der er ikke tid til den sociale investering i forhold til den forebyggende indsats – man kan ikke vente på afkastet, fordi det tager for lang tid at se resultaterne af forebyggelse
- Det handler om at placere Søren Brostrøms kasser de rigtige steder – det skal bygges på et solidt fundament (effekt forskning)

- Man er nødt til at tale om Bermuda trekanten
- Åben dialog understøtter samarbejdet på tværs af sektorer – og alle er interesserede i at deltage, når man bliver inviteret
- VIDENSDELING

Vigtigt vi på tværs af sektorer deler viden. Viden skal understøttes af bred faglig effektforskningen så vi kan styrke værktøjskassen og prioritere ressourcerne. Ved den brede tilgang kan vi bedst hjælpe patienten. Åben dialog er et værktøj der kan få alle relevante parter med....

Bordnr: 10

Bordformand: Meho Selman, Henriette Schlesinger

Referent: Ulrich Jensen

- Afgørende at sikre lægedækning overalt i regionen.
- Det er sundhedsaftalen der skal være omdrejningspunkt for samarbejdet mellem kommune, region og praksisområdet.
- Systemet skal være patientens "advokat" – hjælpe patienterne videre, der hvor de kan få hjælp. Derfor skal man kende hinandens indsatser på tværs af sektorer og have indsigt i hvem der har den rigtige viden.
- Parterne skal være åbne overfor hinanden – dialog er afgørende i de fora og strukturer, der er etableret.
- Prioritere at kunne intensivere indsatserne for psykiatriske patienter når det er nødvendigt.

Bordnr: 12

Bordformand: Mads Skau

Referent: Anders Wang Maarbjerg

Når vi siger, vi behandler det "hele menneske" (bio-psyko-socialt), så skal vi også gøre det i praksis. Alt for meget handler om samtaler uden hjælp til at gøre noget konkret ved det – meget mere brug af kroppen og arbejde med kropskontakt og kropsbevidsthed hvilket ofte er svært for mennesker med alvorlige psykiske vanskeligheder. Både i den akutte beroligende fase samt i den mere langsigtede recovery/rehabilitering. Formålet er at patienten får bedre føling med sin fysiske tilstand – bedre langsigtet egenomsorg og evne til selvberoligelse (reduceret overdødelighed og mistrivsel)

- Psykiske problemer mærkes i kroppen – psyko-somatiske problemstillinger – dette kan hæmme folks hverdag og recovery, men patienten kan støttes i at lære at lindre, forstå og håndtere sine psykosomatiske problemstillinger. Fx ved specialiseret fysioterapi indenfor området.

Meget forskellige tilbud i kommunerne på forebyggelsestiltag

- Næsten ingen er tilpasset psykisk sårbare

Læring af hvordan man passer sin sundhed.

- Motivationen er der, men det er svært at komme igennem forandringen – især for psykisk syge.
- Samarbejde mellem psykiatri og somatik væsentlig for at bedre den samlede behandling
- Dobbeltkram – hjælpe med problemerne ved KRAM-faktorer
- Øget opmærksomhed på patienternes ret til at få vurderet deres genoptræningsbehov (også på baggrund af psykiatrisk diagnose og ikke kun somatisk) samt at yde støtte og supervision til kommunerne, så terapeuterne der føler sig bedre rustet til at løfte opgaven.

Samarbejde

- At kommunen og behandlingspsykiatrien følges ad omkring patienten

Forslag om

- at kommune og region arbejder i samme hus
- Systematisering af samarbejdet mellem region og kommuner
- Planer for patienterne skal tage udgangspunkt i patienten/borgeren – behandlere skal inddrages i patientens liv

Opsummering:

Systematisk samarbejde om den sindslidende medborger mellem psykiatri og kommunale forebyggelsestiltag skal opbygges

- Forebyggelsestiltag er ikke tilpasset at kunne tage sig af sindslidende

Vigtigt at styrke "kropserkendelsen" blandt psykisk sårbare, så patienterne bliver bedre til at mærke somatisk og psykosomatisk sygdom og reagere hensigtsmæssigt på den i forhold til at søge hjælp og behandling.

Bordnr: 13

Bordformand: Lene Thiemer Hedegaard

Referent: Flemming Lauemøller

Søren havde det gode billede af skamlen under den lille fyr. Der skal noget særligt til når der er tale om den lille fyr. Praksis vil gerne have dem regelmæssigt op til dem, så de kan forebygge bedre. Pårørende, kunne man tænke det sammen, så læge og beh psyk kunne tænkes sammen – også med de kommunale tilbud. Distrikpsykiatrien skal være der til at fange de kroniske syge. Vi er i syd rigtig gode til at fange dem der er så syge at de er i eget hjem og ikke kommer til tilbud hos de tre sektorer. Vi har brug for hinanden for at få afstemt. Kram er godt nok til screening, men egen læge er meget bedre til at spotte de kronisk syge. Det er dem der har den bedste relation til pt. Der blev talt om en løsning med en bus, der kommer ud til patienterne med tilbud om blodprøve m.m., men det løser ikke problemet med dem der sidder i eget hjem og ikke tør komme uden for en dør. Der er en masse regler om hvad man må. Man må ikke tage pt med i bilen og køre over til praksis med ham – og lignende. Større fleksibilitet efterlyses – ikke så rigide

regler. Ressourcerne skal gives til den der har den gode relation til pt. Der er ikke læger nok til at køre ud til mange patienter, men det er muligt til de patienter der virkelig har et behov – sagde praksis. Sammen skal vi tro på at vi ved at samarbejde kan spare ressourcer. Det afhænger af den individuelle sag hvilken sektor der skal flytte sig. Hvis de syge pt først lærer at mødes med os, opstår relationen og det bliver lettere for dem at komme regelmæssigt fremover. Støtte-kontaktpersonen i kommunen er en ressource der er givet godt ud. Det kunne være en del af uddannelserne at komme ud til praksis og se hvordan behandlingen af psykisk syge foregår i praksis, til en fysioterapeut, til rygestop m.v. politikerne kunne tænke i, at ressourcerne følger patienten, så det er der hvor hjælpen gives bedst midlerne flyder hen. Den pårørende mente ikke der var nogen der selv ønsker at blive fulgt til lægen resten af deres liv. Det er for de fleste patienters vedkommende et stærkt ønske at kunne klare sig selv. Det er en støtte i starten der er behov for. Praksislægen kunne komme på den psykiatriske afdeling for at besøge pt, så de lærer hinanden at kende. Video kunne være en mulighed også her.

Tal med pt og de pårørende om hvem der bedst varetager kontakten til vedkommende – er det en støttekontakt person eller praksis, eller en helt tredje.

Bordnr: 14

Bordformand: Karsten Fogde

Referent: Anita Lykke

Spørgsmål: 1. Hvad skal der til, for at vi kan styrke samarbejdet og indsatsen i fællesskab med Kommunerne og praksisområdet?

Bliv bedre til at ledsage svage borgere. Recovery ligger der, hvor ledsageren har den fornødne viden til at vide, hvornår skal jeg skubbe og hvornår skal jeg give omsorg. Udskrivningsplaner er vigtige og skal forpligte – vi skal vide, hvem der overtager, når jeg slipper.

2. Hvilke udfordringer skal håndteres og hvilke veje bør vi vælge?

Vedvarende fokus på misbrug. Vi skal samordne på tværs af sektorer

Opsummering:

Misbrug er et hovedproblem i psykiatrien. Vi skal koble meget mere sammen. Sammen bliver vi gode.

6. oplæg: Fastholdelse, rekruttering og kompetenceudvikling

Spørgsmål: 1. Hvad skal der til for at tiltrække og fastholde medarbejdere i psykiatrien i fremtiden?

2. Hvilke faglige kompetencer vil blive efterspurgt i fremtiden?

Opsummering:

Bordnr: 1**Bordformand: Ulrik Sand Larsen****Referent: Heidi Hougaard**

Synlig karrierevej er vigtig for at kunne tiltrække og fastholde medarbejderne.

Vi er i gang med et løft i forhold til uddannelse af personale. Der er givet mange ressourcer til kompetenceudvikling i psykiatrien, men er vi gode nok til at synliggøre dette udadtil?

Der uddannes flere sygeplejerske i fremtiden – men indtil da, skal vi have fat i nogle af de medarbejdere der tidligere har valgt psykiatrien fra / eller ikke har valgt den tidligere, så vi også får personale med erfaring/ livserfaring.

Retspsykiatriske patienter italesættes som farlige. Vi skal være opmærksomme på hvordan vi selv omtaler psykiatrien. Det bliver italesat som farligt at arbejde i retspsykiatrien. Retspsykiatrien er en særlig specialiseret del af psykiatrien – det kræver ikke mere hår på brystet, men det kræver andre kompetencer. Når der sker noget (vold /trusler) er det vigtigt, at vi er åbne om det og signalerer, at vi gør noget ved det.

Er det hårde at arbejde i psykiatrien end på en somatisk afdeling? – måske er det bare på en anden måde.

Gode sygeplejersker kræver tre ting: Hjerter, hjerne og hænder – fordommen er, at ”dem der ikke har hænderne, arbejder i psykiatrien”.

Flere diagnosespecifikke afsnit – kan det være med til at tiltrække medarbejdere? Intro-stillinger/ rotationsstillinger hvor man har forløb på flere forskellige afsnit og herud fra kan vælge hvad man vil.

Hvad bruger vi de specialuddannede sygeplejersker til? Der skal være en plan så de ikke bare kommer tilbage og gør det samme som før. Uddannelse skal forpligte og vi skal være gode til at udnytte det.

Sygeplejestuderende: Vigtigt med dedikerede vejledere. Hvis en studerende får en dårlig oplevelse, så spreder det sig til medstuderende, Facebook-venner mm

Diplomuddannelse i psykiatri: Den uddannelse bruges også af kommunerne. Kommunerne er også begyndt at uddanne i sanseintegration. Kan vi samtænke uddannelse og kompetenceudvikling mere mellem kommuner og psykiatri?

Fokus på, hvad har vi brug for af kompetencer og hvem der kan løse det.

Pædagoger er gode til at se muligheder frem for begrænsninger – ikke kun fokus på sygdom. Der er flere kvalificerede ansøgere til disse stillinger. Der er skal-opgaver som kræver f.eks. sygeplejersker, og derfor kan det være for hårdt hvis der er for mange andre faggrupper. Hvordan finder vi balancen?

Fokus på dellegation: Hvem kan hvad, hvad kan delegeres til hvem? Der er muligheder og potentiale ift. dette. Kan der være opgaveglidning mellem læger til psykologer – f.eks. ift. behandling?

Bord nr.: 2**Bordformand: Andrea Terp / Jørgen Bjelskou****Referent: Jane Charlotte Andersen**

Fokus på arbejdsmiljø. F.eks. forebyggelse af overfald.

Generationsskift: Fokus på den nye generations præferencer. Den unge generation har andre krav, og søger det meningsfulde arbejde. Vi skal kunne rumme den unge generation i vores organisation.

Fokus på arbejdstid og løn. Der skal være fleksibilitet og muligheder for alle faggrupper i psykiatrien.

Jobrotation er med til at skabe forståelse for hinandens opgaver i en organisation, og dermed mindre frustration. Ledere skal kunne rumme, at medarbejdere ønsker opgaver i en anden del af organisationen, således at medarbejdere fastholdes i organisationen.

Samarbejde på tværs af fagligheder også ud af sektoren er vigtig. Alle fagligheder skal respekteres.

Det er vigtigt, at der på uddannelsesinstitutioner ikke tales ned om andre uddannelser. Der skal reklameres for psykiatrien på uddannelsesinstitutioner.

Bordnr: 3

Bordformand: Kristian Nørgård/Anders Meinert

Referent: Berit Matzen

Der er brug for større åbenhed og nysgerrighed, når studerende/nyuddannede kommer ud i afdelinger, Det er vigtigt, hvem der er vejledere, hvilke kompetencer vejlederen kan byde ind med, så oplevelsen af at være elev/studerende i psykiatrien blive god. Vigtig del af, hvordan brander man sig selv som område. Dårligt arbejdsmiljø og stress sælger ikke.

Større/tidligere ansvar til nye medarbejdere på udvalgte/mindre områder, gør at man hurtigere føler sig som en succes.

Honorere de kompetencer, som højt uddannede ved at der følger ansvar med. Hvis man vil fastholde specialister, så skal ansvar følge med. Retænke behandlingsansvar, så man kan udnytte de nye kræfter, specialpsykologer og læger dele behandlingsansvar.

Karriereveje – for meget/for lidt ansvar, leadership pipeline, kompetence niveauer og steps tydeliggøres.

Sygeplejersker vil have tydelige karriere veje, løftede kompetencer skal give adgang til nye opgaver.

Karriere starter med studiejob, give mulighed for, at andre grupper udover læger kan få studiejob i psykiatrien.

Eksempel fra sygeplejerske skole i Viborg, hvor de studerende havde mulighed for at blive forskningsassistent allerede under uddannelse.

Mangel på SOSU, være tydelig på, at ikke alle behøver en akademisk uddannelse for at arbejde i psykiatrien. Som SOSU er der mange muligheder i psykiatrien. SOSU skaber den "sociale lim" i afsnit, de er gode til det. Vær bevidst om den rolle, men hav også fokus på, at der er brug for supervision, det slider at stå forrest.

Mulighed for at indgå i andre opgaver end kerneopgaver med en andel af arbejdstiden, så man f.eks. kan deltage i forskning og udviklingsopgaver. Have et korps af folk, der kan understøtte ex. Teknologisk udvikling, medarbejdere kan bibringe organisation nye input. "Mega fed ide"

Medarbejdere er "troløse", de shopper rundt, hvis det ikke er godt nok – ses i somatik og kommuner. De flytter sig, hvis der ikke er faglige udfordringer og udvikling.

Enten er man til psykiatri eller også er man ikke !!!!

Bordnr: 4

Bordformand: Mette Bossen Linnert

Referent: Sidsel Sindal

1. Karriereveje i forhold til forskning og udvikling, men generelt karriereveje.
De store faggrupper skal der udarbejdes karriereplan, som er meget konkrete. Eks. Akut, intensiv, forskning indenfor det psykiatriske speciale.
Relationel koordinering, bevidsthed omkring at arbejde med relationer, stærkere koordinering mellem faggrupper.

Recovery orientering i bred forstand. Kræver at anden faglighed tænkes ind. Mere øjenhøjde skaber tilfredshed i jobbet.

I højere grad job-swap, se patienten i forløb, lokalpsykiatri, sengepsykiatri mv. tiltag kan bidrage til at medarbejdere ikke danner silo'er. Kan man lave "fleksible" stillinger. Måske perioder, hvor man kan være lånt ud til andre områder, for at øge forståelsen.

Psykiatrien skal "brandes" bedre, en del af det er, at tydeliggøre de 2 specialer. (voksen og børnepsykiatri)

Der har været stor fokus på sundhedsfaglighed i de sidste år, højt specialiseret faglighed. Der skal arbejdes med at det "hele billede". (inspireret af Kristian Bennedsen "en smuk og værdi psykiatri")
Skabe helheder omkring behandlingen socialpsykiatrien, og i samarbejde med kommunerne, så der er ikke opstår parallelle spor.

2. Har vi de rigtige kompetencer ansat. Eks. Pædagoger og fys/ergo er faggrupper, som skal tænkes ind.
Rekruttering af udenlandsk arbejdskraft – skal vi lave en indsats for rekruttering af udenlandske sygeplejersker

Bordnr: 5

Bordformand: Bent Olsen

Referent: Helene Vestergaard

Karrieremuligheder

Arbejds miljø

At der bliver lyttet og at ansvar bliver uddelegeret

Daglig høje følelsesmæssige krav – mere forebyggelse af følelsesmæssige belastninger – skal tages i opstarten.

Efteruddannelse – oplæring i følelsesmæssig belastning

Efteruddannelse på social- og sundhedsassistentuddannelsen i Region Syddanmark er en god ting

At man får lov til at forfølge ens ideer (gartner og blomsterhaven)

Mere supervision ikke bare debriefing.

Konfliktnedtrapning og konflikthåndtering får vi. Men der er brug for at blive bedre rustet psykisk til at håndtere vanskelige situationer. Følelsen af manglende sikkerhed gør at man forlader stedet. Ond cirkel – mange uden erfaring – mange vikarer. Ansvar ligger hos få.

Læger: følelse af at de ikke gør en forskel som de har forventet. Man kan ikke på samme måde se en udvikling.

Personalevugge/personalebuffer ønskes.

Tvang og fastholdelse – betaler personalet prisen? Samtidig fald af arbejdsskader. Kultur er måske blevet at "man skal finde sig i mere". Grænsen er blevet flyttet. Bliver arbejdsulykker underrapporteret?

Bordnr: 6

Bordformand: Annette Blynel

Referent: Mads Mikkelsen

Helle: Helt lavt praktisk, brug de kompetencer, der er til stede. SOSU assistenter har kompetencer, der ikke bliver brugt. Alle afdelinger skal bidrage til uddannelse dvs. tage elever og studerende.

Ulla: Samarbejde med SDU, på det obligatoriske modul: "Mennesket først" får medicinstuderende til at interessere sig for psykiatri og får opløst deres fordomme. Nogen vil få lyst til at beskæftige sig med psykiatri.

Katrine: Psykiatri sygehuset tales ned, det budskab der ofte høres er at der er mangel på læger, der er for travlt, det afskrækker de medicinstuderende fra at vælge psykiatri. Det skal fortælles at de gør et vigtigt job, som er interessant og kræver mange kompetencer.

Ulla: Når læger kommer på turnus i psykiatrien mødes de med en vagt hvor de skal håndtere bæltefikserede patienter, måske alene. Det kan virke afskrækkende på potentielle fremtidige læger til psykiatrien.

Annette: Vi har ressourceproblemer, dvs. mgl. penge. Men det er på vej til at blive forbedret, men så er der oveni problemer med at finde ressourcer. Sæt tidligt ind i uddannelserne, man har at gøre med mennesker i psykiatrien. Vi skal have elever alle steder.

Alt hvad der er patientnært er sparet væk. Nu får psyk flere midler, der kan være forbedring i sigte.

Ulla: Kig mere på Sverige / Norge i forhold til faggrænser. Suppleret af Katrine. Som var læge i en lukket afdeling i Tromsø, hvor der var mange studerende ansat, også ikke sundhedsfaglige, som var til stede. Kvantitet var prioriteret. Der skulle være 3 mænd på vagt, for at skabe fysisk tryghed ift. fysiske / truende patienter. Det kunne vi lære af. Mænd er efterspurgt på afdelingerne.

Helle: Psykiatrien skal brandes bedre. Kig på overenskomster og krav til vagter. Ikke alle medarbejdere skal i samme vagtplan, respekter forskelligheder og forskellige ansattes behov og ønske om nedsat tid.

Ulla: Når vi inviterer frivillige ind i psykiatrien, må vi også kunne invitere frivillige stud med i BUP, tænk også i studiejobs.

Bordnr: 7

Bordformand: Stephanie Lose

Referent: Asger Kjellerup

Psykiatrien er meget hierarkisk opbygget, det kan medvirke til at vi ikke får bragt de mange kompetencer i spil, og det skaber træghed i opgaveløsningen.

Giv medarbejderen kompetence til at træffe en beslutning og giv medarbejderen et råderum

Jobrotation mellem socialpsykiatri og sygehus, men det skal styres, da medarbejderen ikke vil på sygehus

Delestillinger kunne være en vej frem i stedet for.

Karriereveje er vigtige og skal tænkes sammen med kompetenceudvikling

Vi skal lave attraktive uddannelser, særligt ift. at fastholde de unge

Specialpsykologuddannelsen er god, men bagefter er det svært at komme til orde f.eks. ift. læger. Det kan medvirke til at specialpsykologerne søger andre job i andre sektorer

Godt projekt: Lægestuderende besøger patient tre gange i eget hjem, og er med En af os ambassadør ude for at holde oplæg. Det giver indblik i livet som psykiatrisk patient. Kan medvirke til at afklare lægestuderende ift. at blive psykiater.

Vi skal lave fremstød i studietiden, vi er allerede i gang med eks.vis sommerskoler for læger og sygeplejersker.

Opmærksomhed på psykiatri, kan måske give flere læger/personale

Hvordan får vi mere brede kompetencer(pårørende, peers) i det tværsektorielle felt

Vi skal tage godt hånd om peers og pårørende.

Vi må respektere de patienter, der ikke ønsker inddragelse af pårørende. Her kan pårørende så tilbydes mere generel vejledning, så de bliver taget hånd om ift. det brede forebyggelsesblik.

Vi kan uddanne pårørende til at motivere til behandling og guide (gode erfaringer fra misbrugsområdet/spiseforstyrrelser). De pårørende skal selv vælge det til

Peers mv. kan give anledning til at vi kigger på kerneopgaven igen, og hvem der bør løfte hvilke opgaver. Sådan vi bruger kompetencerne bedst muligt. Kunne vi f.eks. aflaste klinikere fra administrative opgaver?

Dokumentere vi det rigtige? Bruger vi det (rigtigt)?

Bordnr: 8

Bordformand: Thies Mathiasen

Referent: Per. K. Hansen

Spørgsmål: 1. Hvad skal der til for at tiltrække og fastholde medarbejdere i psykiatrien i fremtiden?

Fleksibilitet i arbejdsopgaverne – arbejde på tværs af områder. Mere af det. Positiv afsmitning på medarbejdere, dybere og bredere kompetencer, mere tilfredse medarbejdere, godt arbejdsmiljø. Hvad hører kommunerne? Tidligere højt kvalificerede ansatte (der søger ind i kommunerne) giver ind i mellem udtryk for at de mangler selvstændighed i opgavevaretagelsen. Oplever sjældent trafik den anden vej.

B&U området er modsat attraktivt! Mange ansøgere til stillinger. Største problem med at holde på lægerne / yngre læger.

De yngre søger væk, til dels også pga vagtarbejde/weekender.

Thies: Klare karriereveje – man skal kunne se sin vej frem.

Opprioritere supervision og vejledning meget mere! Det er en tilbageværende klage fra yngre læger. For få ressourcer. Svært at prioritere "2 til samtale".

2. Hvilke faglige kompetencer vil blive efterspurgt i fremtiden?

Peer ...

Opprioritering ergo / fys Middel til at undgå medicinering ?

Kan man tænke i medarbejdere der arbejder på tværs – lokalpsyk/døgnpsyk, SGH/kommune ...?

Bordnr: 9

Bordformand: Ida Damborg

Referent: Gert Frost

Det kræver stor monofaglighed at indgå i en tværfaglig sammenhæng.

- Ikke alle behøver at være 'mini-læger' eller 'mini-sygeplejesker'. Man skal ikke sidde og (forsøge at) sige det samme, men derimod holde fast i sine egen faglighed for løfte den samlede kvalitet
- Det socialt faglige aspekt er ikke tilstrækkeligt til stede - jo flere tilgange des større succesrate? Endnu en effektmåling der skal foretages
- Synliggøre hvilke fagligheder der virker i forskellige sammenhænge – også i forhold til vagtplanlægning.
- Hvor blev musikterapeuterne i BU af?
- Vigtigt at man ikke kommer til at bekriige hinanden (mellem faggrupper)
- Tendensen til specialisering er en udfordring ifht tværfaglighed
- Man skal være tydelige omkring karriereveje – og det skal fremgå når man bliver ansat (og det inden da...historien skal sælges)
- Brug for fyrtårne på fagområder der ligger i grænsefladerne til psykiatrien (misbrugsbehandling mv.).
- Området skal generelt snakkes op.

- **Vigtigt fokusere på arbejdsmiljøet – det er i sig selv en vare der kan sælge. Man vælger dem der scorer højt på arbejdsmiljø.**
- **Hvis vi selv bliver ved med at italesætte, at det er hård arbejdsplads, så bliver det også en hård arbejdsplads.**
- **Der er fortsat en overordnet stigmatiseringsdagsorden der skal håndteres. Få åbnet for eksempelvis erhvervspraktik**
- **Det er personalet der i misforstået godhed står for stigmatiseringen (ifølge peer medarbejder)**

Bordnr: 10

Bordformand: Meho Selman, Henriette Schlesinger

Referent: Ulrich Jensen

- Stadig brug for at arbejde med afstigmatisering af psykiatrien i nogle kredse – men problemet er blevet mindre. Ikke mindst i offentligheden/medier.
- Udfordring at tiltrække og fastholde personale – vigtigt at vise karriereveje.
- Kan man give studerende bedre adgang til psykiatrien, og på den måde skabe interesse – for eksempel i studieprojekter.
- Fokus på at fortælle gode historier om psykiatrien.
- Arbejdsmiljøet skal have høj prioritet. Anerkende at det slider på medarbejderne at være i psykiatrien. Der skal være ressourcer til supervision, der kan støtte medarbejderne og sikre deres arbejdsmiljø. Det må ikke vælges fra. Det burde være et krav ligesom der er krav til at servicere medicoteknisk udstyr!!
- Psykiatrien skal præsentere sig for de studerende og møde dem der hvor de er.
- I fremtiden vil det være alle faggrupper der vil blive efterspurgt i psykiatrien. Fokus på opgaveflytning. Alle skal arbejde sammen om de opgaver der er!

Bordnr: 11

Bordformand: Morten Brixtofte Petersen

Referent: John Zola

Det er svært at rekruttere til psykiatrien, men det varierer ift. faggrupper. Især læger er det svært at rekruttere.

Det er dog ikke alle steder det er lige svært at rekruttere, afhænger både af geografi og faggruppe. Generelt er arbejdsforholdene også blevet mere vanskelige. Vakante stillinger øger arbejdspresset, men der er også andre faktorer der påvirker arbejdsmiljøet, blandt andet flere opgaver og mere tid der afsættes til dokumentation.

Når vi uddanner specialsygeplejersker, skal vi være bedre til at tilbyde dem nye udfordringer der svarer til deres nye kvalifikationer når de kommer tilbage fra uddannelse.

Det er relevant også at tænke forebyggelse, for der kommer ikke flere ressourcer, så det er antallet af patienter der skal mindskes.

Psykiatrien skal gøres attraktiv for de unge. Dvs. der skal nedbrydes tabuer og værdien af at arbejde her synliggøres.

Derfor er den tidligere drøftelse om forskning også vigtigt. De unge vil også have mulighed for at forske. Praktikophold er også vigtigt. Det øger kendskabet til specialet og oftest giver det en rigtig god feedback.

Den medicinske basisuddannelse er blevet ændret så psykiatrien ikke længere indgår. Det er et problem, og kan også påvirke muligheden for at bruge praktik til at øge kendskabet.

Kompetenceudvikling

Vi har ikke en teknologisk løsning til at hjælpe med helbredelsen som i somatikken. Vi skal arbejde med hjernen/tanken, og det kræver menneskelig tilstedeværelse.

Hvis de spændende lægefaglige opgaver overtages af andre faggrupper, mister vi lægerne, der ikke vil "nøjes" med at udskrive recepter og gennemføre tvang.

Det er vigtigere at fokusere på at fjerne arbejdsbyrden ift. dokumentation.

Bordnr: 12

Bordformand: Mads Skau

Referent: Anders Wang Maarbjerg

Faget skal tales op til at være mere interessant

- På lægesiden vil flere skulle forbi almen praksis, hvorved psykiatrien får færre
- Kollegiale forhold og arbejdspresset væsentligt for rekrutteringen – det monofaglige miljø skal huskes for de små faggrupper
- Ro på forandringsprojekter, som ikke nødvendigvis kan implementeres i praksis
- Arbejdspresset er stort – arbejdsmiljøet slider hårdt på personen.
 - Flere patienter
 - Mange projekter
 - Meget indholdstomt arbejde ved underudviklede IT-systemer
 - Empatimusklen bliver træt – plads til at lade op
 - Pauser
 - Supervision
 - Debriefng
 - konferencer
- Mulighed for udvikling og samarbejde ved rotationsmuligheder
 -

Howdan flytter fra universitetsbyer – rekruttering udenfor Odense.

- Børnepasning
- Gode udviklingsmuligheder fagligt
- partneransættelser

Vigtigt at udnytte de kompetencer, der hentes gennem uddannelse af medarbejdere

- Systematik i hvordan man får sat ny viden i værk.

- Synliggøre værdien af kompetenceskiftene og holde dem vedlige

Få flere faggrupper ind i psykiatrien – tværfaglighed

Kompetencer i fremtiden:

Omstillingsparathed

Opsummering:

Fastholdelse:

Mange arbejdsmiljøbelastende faktorer har betydning for fastholdelsen

- Empatimusklen bliver træt og skal plejes
 - Konferencer
 - Supervision
 - Debriefing
- Mange projekter og pres på arbejdet i det daglige

Rekruttering

- Både sikre stærkt tværfagligt arbejde og den monofaglige udvikling.
 - Især den monofaglige udvikling for ”små” faggrupper skal tilgodeses
- Udenfor Odense er en særlig problemstilling. Det der ser ud til at virke er:
 - Børnepasning
 - Faglige udviklingsmuligheder
 - Partneransættelser
- Sikre at uddannelse og ny viden bringes i spil
 - Og synliggøres i det daglige arbejde

Kompetenceudvikling til fremtiden

- Omstillingsparathed
- Evner til samarbejde

Bordnr: 13

Bordformand: Lene Thiemer Hedegaard

Referent: Flemming Lauemøller

Vi har før været inde på uddannelse og kompetencer i dag. Vi kan inviterer studerende ind, så de kan se hvad det drejer sig om. Der har været psykinfo ambasadører ude og holde foredrag på uddannelsesinst, hvilket har givet rigtig godt. De ansatte skal tale specialet op – det er et område vi kan være stolte over at arbejde inden for. Flemming fortalte om at vi i psykiatrien har ambasadører inde til at fortælle deres historie når vi holder intro for nyansatte. Det er givet godt ud da det fastholder i forhold til at skabe stolthed. Vi skal som ansatte være med til at åbne psykiatrien og fjerne lukketheden. Flere praktiserende psykiatere. Der er efter sigende opblødning på vej. Man skal lave en overproduktion af psykiatere, så er der også flere til sygehusene. Der er to ydernumre i jylland – i vores region. Det er i grindsted og i esbjerg. Det ville være fint at få nogle flere ydernumre. Klare karriereveje, så de unge kan se sig selv gøre karriere inden for vores speciale. Ansætte de medicinstuderende i psykiatrien i esbjerg er en måde at få flere læger til at blive hængende i esbjerg. Kvu læger kommer ikke længere i praktik i psykiatri. Det er en stor fejl. Det er ved at blive udfaset. Det vil give god mening at ansætte pårørende lige som man ansætter peer2peer. Det har de i København.

Bordnr: 14

Bordformand: Karsten Fogde

Referent: Anita Lykke

Spørgsmål: 1. Hvad skal der til for at tiltrække og fastholde medarbejdere i psykiatrien i fremtiden?

Medieopmærksomhed – vi skal fortælle om vores hverdag med fokus på det gode faglige
Dovenskab – slap af og lad være med at få efter første indspark. Altså ro på og se om behovet rigtigt er der
Personalepleje – gode forhold – spørge personalet. Tillade en dag derhjemme, hvis man ikke har ressourcer til at være sammen med et andet menneske

Tryghed, en god tone, plads til omsorg, en for alle og alle for en. Ikke være alene med tingene. Det opskruede tempo i samfundet – tag det roligt, dyrk mental sundhed – det virker. Musik og livsenergi.
Thisted Sygehus har gjort det attraktivt for læger ved at gøre uddannelsesmiljøet attraktivt – skabe et miljø, hvor man måske også har lyst til at flytte til. Og så have fokus på den gode historie – i stedet for alene at dyrke de negative.

Når vi nu har uddannet folk, hvorfor gør vi så ikke noget for at fastholde dem – give dem ansvar (specialsygeplejersker)

Studerende – kan ikke rekruttere dem de er ikke gamle nok...

Gøre job attraktive ved at dele viden på tværs af kommuner og regioner. Vi vil faktisk gerne uddannes sammen – vi bliver gode af det. Fx uddanne sygeplejersker inden for misbrugsbehandling. Det kliniske blik på misbrugsbehandling er for lille.

Vi har som embedsmænd et politisk opdrag – når vi skal spare – kan kun fjerne personale. Vores politikere skal hjælpe os med at fortælle de gode historier.

2. Hvilke faglige kompetencer vil blive efterspurgt i fremtiden?

Brobygning, opgør med fagenes silotænkning, det frygtløse lederteam – turde fejle og stå ved sig selv, turde eksperimentere, vær et *menneske med en faglig baggrund*, vær autentisk, sætte mennesket i centrum for den faglige person, vær ægte.

Finde balance der modvirker udbrændthed, husk at hjælpe hinanden/supervision.

Ønskværdigt for alle parter at vi kan udnytte vores ressourcer, tillid i stedet for kontrol

Opsummering:

Gode historier

Teamopbygning

Tillidsbaseret ledelse – tillid til faglighed

Sætte mennesket i centrum - ægthed