

Afdeling: Projektorganisation for byggeri og Grøn Udarbejdet af: Per Kjeldsen Hansen/Torben
Omstilling Kyed Larsen
Journal nr.: 22/33192 E-mail: pkh@rsyd.dk,tkl@rsyd.dk
Dato: 29. august 2022 Telefon: 29201021

Notat

Opsamling på dialogrunde – udfordringer i børne- og ungepsykiatrien Indledning.

Børne og ungdomspsykiatrien i Region Syddanmark er udfordret på målet om rettidighed og høj kvalitet. Årsagen hertil er primært, at der er mangel på speciallæger og at der de seneste år er sket en ganske betydelig vækst i antallet af børn og unge der henvises til børne- og ungdomspsykiatrien, og en betydelig vækst i antallet af børn og unge der har behov for behandling. Seneste aktuelle opgørelse viser, at børne- og ungdomspsykiatrien har ventetid på over 4 uger på en række områder. Eksempelvis er ventetiden på 1. kontakt ift. ADHD og Autisme mellem 11 og 23 uger.

Situationen i børne- og ungdomspsykiatrien har været drøftet på psykiatri og socialudvalgsmøder bl.a. i marts og maj måned 2022.

Regionsrådet besluttede på sit møde 23. maj 2022 at igangsætte en inddragende proces vedrørende udfordringerne i børne- og ungepsykiatrien, forankret i psykiatri- og socialudvalget. En del af processen er en dialogrunde med såvel pårørende og patienter, kommuner, praktiserende læger, MED organisationen, børne- og ungdomspsykiatriske speciallæger samt afdelingsledelser for de 2 børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger.

Processen skal munde ud i forslag til fremtidig organisering af det børne- og ungdomspsykiatriske område i Region Syddanmark. Regionsrådet besluttede på møde i august en tilrettet proces. Det fremgår blandt andet af denne procesplan, at psykiatri og socialudvalget skal samle op på input fra dialogrunden på møde den 8. september 2022 og at der på dette møde skal ske en første indledende drøftelse på grundlag af input fra dialogrunden.

Dialogrunden

Med henblik på at sikre det bedst mulige grundlag for beslutninger omkring den fremtidige organisering af børne- og ungdomspsykiatrien har der været afholdt følgende møder:

- Møde med patienter og pårørende i Vejle den 28. juni 2022
- Møde med patienter og pårørende i Odense den 8. august 2022
- Møde med kommuner den 8. august 2022 i Odense
- Møde med kommuner den 9. august 2022 i Åbenrå
- Møde med kommuner den 19. august 2022 i Esbjerg
- Møde med Praktiserende lægers organisation (PLO) den 30. august 2022

Herudover har problemstillingen været foreløbigt drøftet i psykiatrisk dialogforum den 8 juni.

I regi af psykiatrisygehuset har der været afholdt møder med afdelingsledelserne for børne- og ungdomspsykiatri, Fælles MED udvalg og møde med de børne- og ungdomspsykiatriske speciallæger.

Der udestår fortsat den endelige drøftelse i Psykiatrisk Dialogforum den 5. september og dialogmøder i regi af psykiatrisygehuset i løbet af september med kommunernes Socialdirektørforum og det øverste administrative organ sundhedsklynge-samarbejdet (Strategisk Sundhedsstyregruppe).

Omdrejningspunktet for alle dialogmøder har været at formidle udfordringsbilledet og drøfte den nuværende situation, herunder fokus på mulige løsninger og prioriterede hensyn.

På alle de gennemførte møder er udfordringerne blevet beskrevet, og der har på baggrund heraf været en drøftelse af, hvad der for mødedeltageren skal lægges vægt på, når der skal findes fremadrettede løsninger.

Dialogmøderne har været kendetegnet af en bred opbakning og anerkendelse af det udfordringsbillede børne- og ungepsykiatrien står overfor, herunder også, at der skal træffes nogle valg for at imødegå disse udfordringer.

På dialogmøderne med patienter og pårørende, kommuner og de praktiserende læger var det helt overordnede billede, at den væsentligste prioritet er at få ventetiden ned. Ventetiden er en stor belastning for familierne, kommunerne og for den regionale psykiatri. Parallelt hermed er der også mange, der fokuserede på, at uanset valg af løsninger, så skal de bidrage til at sikre og forbedre kvaliteten af behandlingen. Et tredje højt prioriteret element som generelt blev italesat, er et stærkt og udbygget lokalt funderet og udgående ambulante tilbud.

Mere specifikt har dialogmøderne og de interne møder på psykiatrisygehuset kredset om nedenstående temaer:

- Organisering
- Forebyggelse og samarbejde
- Aldersgrænse
- Tilgængelig behandling, læger og øvrige input

I dette notat præsenteres en tværgående opsamling på ovenstående emner. Der er desuden vedlagt bilag, hvor synspunkterne på de enkelte møder er gengivet fordelt på de ovenstående temaer.

Organisering

Fra patienter og pårørende er der ikke givet nogle entydige præferencer i forhold til den fremtidige organisering. Nogle mødedeltagere har lagt vægt på kort afstand (måske mest til ambulante tilbud). Andre deltagere har fremført at afstand ikke er afgørende. Kvalitet vægtes generelt højere.

Heller ikke kommunerne har givet en entydig tilbagemelding på den fremtidige organisering. Der synes dog at være en vis forståelse for at centralisering kan være

nødvendig - situationen taget i betragtning. Nogle kommuner har fremført at én stor afdeling vil være det mest robuste. Andre kommuner har fremført at der er behov for en afdeling i Jylland og en på Fyn. Enkelte kommuner har betonet vigtigheden af en børneog ungdomspsykiatrisk sengeafdeling i Åbenrå.

Mange kommuner har betonet behovet for at få reduceret ventetiden, da det også har stor betydning for det samlede tilbud på området, herunder også i forhold til kommunernes opgavevaretagelse.

De praktiserende læger vurderer, at geografin ikke spiller den afgørende rolle. De praktiserende læger vurderer i deres møde med patienter og familier, at det er væsentligt at ventetiden og den uvished det medfører nedbringes. Det er deres opfattelse, at familier gerne kører langt for det rigtige tilbud og kvalitet.

Fælles MED-udvalget betoner, at der kan være behov for at vurdere behovet for uvisiteret akutmodtagelse på børne- og ungdomspsykiatrien. Lægerne ser gerne en samling af akutmodtagelsen, da det giver faglig mere robusthed.

Samtidig betonedede de også, at det fagligt ville være meningsfuldt at samle de 3 sengematrikler til 2 – kvalitet frem for geografi.

Det blev også betonet, at en samlet ledelse af børne- og ungepsykiatrien vil skabe større robusthed i opgaveløsningen på tværs af matrikler. Det vil kunne styrke den lægelige videreuddannelse ved at skabe fælles uddannelsesmiljøer samt mulighed for fælles kompetenceudvikling for flere faggrupper. Dog vigtigt med særlig opmærksomhed på, at en ledelse vil få mange matrikler

Børne- og ungdomspsykiatriens speciallæger fremfører, at ambulatorierne – lige som nu - skal være det bærende. De mener der bør være 2 sengematrikler. En på Fyn og en i Jylland. Der er et ønske fra speciallægerne om, at sengematriklerne skal ligge tæt på FAM og pædiatri. Speciallægerne fremfører også, at der kun bør være én akutmodtagelse som minimum for aften og nat.

Afdelingsledelserne for de 2 børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger fremfører at én døgnåben akutmodtagelse vil være det tiltag, der aflaster lægerne mest. Der bør være to sengematrikler en i Jylland og en på Fyn men organisatorisk en samlet afdeling med én ledelse. Det vil kunne bidrage til en forbedret fordeling af vagtbelastning, harmonisering af behandlingstilbud og forbedre lægeuddannelse.

Den samlede afdelingsledelseskreds i Psykiatrisygehuset anbefaler, at der arbejdes videre med akutfunktion på færre matrikler og anbefaler også en fremadrettet organisering med én afdelingsledelse for børne- og ungdomspsykiatrien i regionen.

Forebyggelse /samarbejde

Forebyggelse og samarbejde har fyldt meget på møderne med patienter og pårørende samt på møderne med kommunerne.

Drøftelserne på møderne lægger helt overordnet op til overvejelser omkring et tættere samarbejde om forebyggelses indsatsen, med henblik på afdækning af hvordan den regionale psykiatri i endnu højere grad kan understøtte den forebyggelsesmæssige indsats i kommunerne.

Patienter og pårørende har således efterspurgt mere sømløse overgange, kompetenceopbygning i kommunerne (bl.a. med henblik på bedre forebyggelse). Den samlede ventetid på tværs af kommunale og regionale tilbud har været drøftet i forhold til hvad man kan gøre for at nedbringe denne og yderligere tiltag der kunne gøres i den ventetid der er.

En række kommuner har ligeledes efterspurgt et bedre og mere systematisk samspil. Herunder i forhold til kompetenceopbygning, sparring, specialistrådgivning og tidlig opsporing. De mobile teams er anerkendt som en god og velegnet løsning. Men deres funktionsområde er af nogle kommuner vurderet at være for begrænset. En udbygning af Fremskudt funktion, som flere kommuner fremhævede for dets bidrag bl.a. ind i det forebyggende arbejde, blev også bragt frem.

De praktiserende læger gav udtryk for et ønske om at et mere udbygget formaliseret samarbejde med kommunerne hvor man kan henvise til PPR blev styrket. Samtidig udtrykte de praktiserende læger, at for dem var den store andel af unge i mistrivsel som udgangspunkt ikke psykiatri, men problemstillinger, der hører til og skal løses i kommunerne.

Aldersgrænse

Fra patienter og pårørende er der overordnet set udtrykt tilfredshed med den nuværende aldersgrænse.

Hvis aldersgrænsen skal ændres efterspørges en særlig indsats for de 18-25 årige. Måske svarende til de tidligere ungeafsnit i det gamle Fyns amt.

Mange kommuner har udtrykt forståelse for, at det kan blive nødvendigt at ændre aldersgrænsen. Der blev på møderne udtrykt ønske om, at man ved ændring af aldersgrænsen samtidig så på mulighederne for målrettede tiltag over for ungegruppen i voksenpsykiatrien fx gennem at etablere et særligt afsnit for de 18-25 årige således, at overgangen til voksenpsykiatri blev mere skånsom. Hertil kom en opfordring til uanset valg af aldersgrænse at forholde sig fleksibelt til den aldersgrænse, så fx 17 årige der debuterer i psykiatrien starter op i voksenpsykiatrien og omvendt unge på 18 og 19 årige, der har været i behandlingsforløb flere år i BU-psykiatrien behandles færdig i BU. Endelig blev brug af patientstyrede indlæggelser også bragt på banen som et løsningselement.

Der blev dog også luftet en opmærksomhed på, og for nogen en bekymring for, om voksenpsykiatrien kunne håndtere den ekstra opgave det vil give at de skulle overtage de 18 og 19 årige.

De praktiserende læger anbefalede at sætte aldersgrænse i BU ned til 18 år. Der er mange tilbud til de 18+ årige, men efterspørger flere behandlingstilbud til børnene/de unge under 18. En lavere aldersgrænse vil kunne lette presset på BU psykiatrien og frisætte ressourcer til at styrke indsatsen for de op til 18 årige.

Fælles MED-udvalget anbefalede ændrede aldersgrænser som en mulighed, men at det er vigtigt at voksenpsykiatrien er klædt på til opgaven og har ressourcer hertil. Fælles MED-udvalget henledte også opmærksomheden på, at det for nogle patienter kan give mening med fleksible aldersgrænser – fx unge med spiseforstyrrelse kan med fordel blive længere i børne- og ungdomspsykiatrien.

Fælles MED-udvalget nævner også muligheden for at oprette ungdomsfunktioner som kan understøtte overgangen til voksenpsykiatrien.

De børne- og ungdomspsykiatriske speciallæger fremfører at de 18-19 årige har et stort ressourcetræk i forhold til læger og at det er svært at efterleve anbefalinger for behandling af de 18-19 årige da gruppen antalmæssigt er lille (f.eks. i forhold til gruppeforløb).

Afdelingsledelserne for de to børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger fremfører at ændring af aldersgrænse vil være godt, da det vil minimere volumen og dermed reducere presset på børne- og ungdomspsykiatrien. Afdelingsledelserne mener desuden, at de 18-19 årige vil få en bedre behandling hvis aldersgrænsen flyttes - særligt i forhold til psykoseområdet.

Den samlede afdelingsledelseskreds i Psykiatrisygehuset anbefaler en ændring af aldersgrænsen ned til 18 år. Dog forudsættes det, at der skal findes en løsning på sengeudfordringen det særligt afstedkommer på Fyn og at der følger ressourcer med til voksenpsykiatrien. Endvidere en opmærksomhed på, at lægesituationen visse steder i voksenpsykiatrien også er udfordret.

Afdelingsledelseskredsen vurderede, at etablering af et særligt ungdomsafsnit, ved en ændring af aldersgrænsen, ikke er en god løsning. Et særligt afsnit ville blive små enheder som vil give anledning til uhensigtsmæssige bindinger af personale mv. Der bør tænkes i andre måder at tage særligt hensyn til de yngste i voksenpsykiatrien.

Øvrige input- herunder i forhold til lægeområdet og tilgængelig behandling

På møderne med kommunerne og på de interne møder på psykiatrisygehuset har der været fokus på udfordringen omkring henvisninger, der ikke fører til et regionalt behandlingsforløb og henvisninger, der returneres af regionen pga. de er ufuldstændige. Det belaster unødigt både børn og unge, deres forældre, kommuner, praktiserende læger og den regionale psykiatri. Ønsket om at undgå unødige henvisninger og forbedre henvisningerne er således en relevant problemstilling for mange parter.

Patienter og pårørende fremfører herudover, at der er for mange skift og for mange forskellige behandlere. Det gør det svært at skabe relation og at opnå personlig tillid.

En række kommuner fremfører, at de også genkender udfordringsbilledet i kommunalt regi på dette område. Det er også svært at skaffe ressourcer i kommunerne.

Brug af digitale løsninger til at understøtte fx behandlingen lokalt/nært og bidrage til efterværn blev fremført fra flere kommuner.

Spiseforstyrrelsesområdet er på møderne med kommunerne nævnt som et særligt fokusområde. Der er behov for tidlig indsats og for samspil om et samlet tilbud på dette område. Forventningsafstemning er generelt vigtig.

De praktiserende læger efterlyste flere tilgængelige tilbud på hylderne i kommunerne. De eksisterende tilbud kan være uoverskuelige. Svært at overskue med spredte tilbud som også er flettet sammen med private aktører.

De praktiserende læger efterspørger kontinuerlige faste tilbud af højt fagligt niveau. Vejene ind til kommunen opleves som værende snoet, mens vejen ind i regionen er mere klar (henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien).

Fælles MED udvalget lægger vægt på at der er en samlet plan for hvad der skal ske – både på kort og på lang sigt og at der skal være fokus på at bevare erfaring og kompetencer. Fælles MED udvalget pointerer at manglen på speciallæger ikke kun er en udfordring for Region Syddanmark, men også en udfordring på landsplan.

Fælles MED-udvalget bemærkede også muligheden for at understøtte kommunerne med forebyggelsesopgaven men pointerer at mistrivsel ikke altid er lig med senere psykisk lidelse

De børne- og ungdomspsykiatriske speciallæger fremfører, at det er vigtigt med rekruttering og fastholdelse og at vanskelighederne med at fastholde speciallæger blandt andet bunder i en meget stor vagtbelastning. Speciallægerne understreger behovet for tværsektorielt samarbejde og fremfører at mobilteams er et godt redskab.

Afdelingsledelserne i børne- og ungdomspsykiatrien pointerer, at den nuværende organisering gør at lægerne er for meget konsulenter og dermed for lidt sammen med patienterne. Afdelingsledelserne peger endelig på, at patientstyrede indlæggelser har reduceret antallet af henvendelser aften/nat.

Den samlede afdelingsledelseskreds i Psykiatrisygehuset anerkendte behovet for at styrke den ambulante del i form af bl.a. flere ambulante aktiviteter, herunder forebyggende aktiviteter.

Opsummering:

På baggrund af ovenstående opsummering af hovedtendenserne af drøftelserne på dialogmøderne kan der opstilles nedenstående spørgsmål med henblik på en indledende og bred drøftelse i psykiatri- og socialudvalget:

- Samling/centralisering af døgnbehandlingen?
- Samling af akutmodtagelser - aften/nat eller hele døgnet?
- Skal aldersgrænsen ændres? særlige tiltag for de unge i voksenpsykiatrien?
- Skal der etableres en samlet ledelse af Børne- og ungdomspsykiatrien? □
Understøttelse af kommunerne? Forebyggelse/sparring?

Opsamling af input fra proces i psykiatrisygehuset – møder om udfordringer i børne- og ungdomspsykiatrien

Fora	Input vedr. organisering	Input vedr. aldersgrænser	Lægeområdet	Input vedr. forebyggelse /samarbejde og øvrige input
Fælles MED-udvalg (1. og 2. drøftelse)	<ul style="list-style-type: none"> • Uvisiteret akutmodtagelse påvirker børne- og ungdomspsykiatrien. Mulighed for visiteret skadestue, herunder også socialrådgivere i akutmodtagelsen. • Læger ser gerne samling af akutmodtagelsen, da det giver faglig mere robusthed • Det giver fagligt mening at samle de 3 sengematrikler til 2 – kvalitet frem for geografi. • En samlet ledelse af børne- og ungepsykiatrien vil skabe større robusthed i opgaveløsningen på tværs af matrikler. Kan styrke den lægelige videreuddannelse ved at skabe fælles uddannelsesmiljøer samt mulighed for fælles kompetenceudvikling for flere faggrupper. Opmærksomhed på, at en ledelse vil få mange matrikler 	<ul style="list-style-type: none"> • Anbefaler ændrede aldersgrænser – vigtigt at voksenpsykiatrien er klædt på til opgaven og har ressourcer hertil. • Opmærksomhed på, at det for nogle patienter giver mening med fleksible aldersgrænser – f.eks. patienter med spiseforstyrrelse som kan blive længere i B&U • Mulighed for at oprette en ungdomsfunktion som kan understøtte i overgangen til voksenpsykiatrien - udfordring i, at det er en lille volumen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enighed om at rekrutteringen af læger er en udfordring på landsplan. • Muligheden for at rekruttere østeuropæiske læger • Vagtpforpligtelse og mulige løsninger. • Udfordring med rekruttering af læger og mangel på kollegaer udfordrer arbejdsmiljøet. 	<ul style="list-style-type: none"> • Plan for hvad skal der sker indtil en fremtidig løsning er klar. • Fokus på at bevare erfaring og kompetencer. • Nødvendigheden af bred opbakning såfremt noget skal lukes. • Vigtigt at finde en balance, men også turde udfordre og se alternative muligheder for at skabe fremtidssikrede løsninger. • Understøttelse af kommunerne, at de løfter deres del af opgaverne ind i forebyggelse – mistrivsel er ikke altid lig senere psykisk lidelse • Fejlvisiteringer og samarbejdet med kommunerne om målgruppen hvordan kan de sårbare, som ikke er i målgruppen, vejledes om andre tilbud i kommune. • Forskelle kommunerne imellem, herunder også forskelle i forhold til ressourcer. • Samarbejde med praktiserende læger og kommunerne i de respektive bestående fora. • Styrkelse af subakutte tilbud i dagtid.

Fora	Input vedr. organisering	Input vedr. aldersgrænser	Lægeområdet	Input vedr. forebyggelse /samarbejde og øvrige input
<p>Møde med afdelingsledelserne for de to børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En døgnåben akutmodtagelse – er det tiltag der vil aflaste mest på lægeområdet. • Akutmodtagelsen i Esbjerg ligger adskilt fra somatik, hvilket ikke er hensigtsmæssigt. • To sengematrikler – en på Fyn og en i Jylland • En samlet afdeling med en ledelse: Vil gøre det nemmere ift. uddannelse af læger, nemmere at overflytte patienter, nemmere ift. at minimere vagtbelastning, nemmere ift. at harmonisere tilbud. • De 18-19 årige får bedre behandling hvis aldersgrænsen flyttes – særligt ift. psykoseområdet. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ændring af aldersgrænse vil være ok da det minimere volumen – men én døgnåben akutmodtagelse vil aflaste mest. • Fokus på de ressourcemæssige konsekvenser, hvis dele af målgruppen flyttes til voksen. 	<p>Den nuværende organisering gør, at lægerne er for meget konsulenter og for lidt sammen med patienter.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fokuseret brug af patientstyrede indlæggelser har minimeret henvendelser aften /nat. • Det er primært i Esbjerg der er rekrutteringsudfordringer og til dels også i Aabenraa – ikke i Vejle. • Fokus på hvad løsninger tilfører – ikke på hvad vi fjerner. • Behov for styrket samarbejde med kommuner /bosteder. • Mobilteam er meningsfuldt.

<p>Møde med Speciallæger (Børne- og Ungdomspsykiatri Syddjylland)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • To sengematrikler – en på Fyn, en i Jylland. • Sengene bør ligge på matrikel med FAM og pædiatri. • Samling af de to jyske matrikler vil understøtte den rette kvalitet ift. miljøterapi og forvagtsdækning. Mere meningsfuldt at gå i vagt, da man tilser patienter på egen matrikel. • Ønske om én akutmodtagelse sen aften / nat – det fungerer i Region Midt. • Hvis sengene skal til Kolding, bør det ambulante flytte med. OBS ift. alarmkald, da der ikke er voksenpsykiatri. • Den åbne skadestue gør, at de ser patienter som kunne håndteres andre steder. • Ambulatorierne er det bærende og bør ligge decentralt som nu (3 stk. i Syddjylland). 	<ul style="list-style-type: none"> • De 18-19 årige har et stor ressourcetræk ift. læger. • Svært at efterleve anbefalinger for behandling af de 18-19 årige, da gruppen er lille – f.eks. at lave gruppeforløb. • Oplever at de af og til må bede voksenpsykiatrien om hjælp til 8-19 årige. • Svært at have 19 årige indlagt med de helt unge. • Svært i samarbejdet med øvrige regioner, at vores aldersgrænser er anderledes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vigtigt med fokus på rekruttering og fastholdelse – hvorfor rejser dem der rejser? Vagtbelastningen er én af årsagerne. • Det er svært at rekrutterer til ydreområder – nemmere ift. Kolding, da der både kan tiltrækkes fra Odense og Århus. • Vejledningen af yngre læger er under pres. • Hvis de yngre læger ser, at speciallægenes arbejde er meningsfuldt – så vil de også gerne selv være speciallæge. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lægerne vurderer, at der kan skabes konsensus omkring løsninger i deres gruppe • Vigtigt med godt tværsektorielt samarbejde - Mobilteam virker.
---	---	--	--	--

Fora	Input vedr. organisering	Input vedr. aldersgrænser	Lægeområdet	Input vedr. forebyggelse /samarbejde og øvrige input
Møde med Speciallæger (Børne- og Ungdomspsykiatri Odense)	<ul style="list-style-type: none"> • Døgnavsnit bør være placeret i direkte tilknytning til somatikken • Skadestuen bør have visiteret adgang. I akutmodtagelsen ses mange børn og unge, som ikke er psykisk syge, men som har andre udfordringer, som andre er de rette til at hjælpe med. Der anvendes dermed mange lægeressourcer til dette, som var bedre anvendt på det ambulante område. • Sengene kan samles på færre matrikler – enten to (en på Fyn og en i Jylland) eller evt. én samlet. Der kan tænkes i afsnit for mere akutte patienter med døgnvagt ifm. akutmodtagelse og et afsnit med mere stabile patienter. 	<ul style="list-style-type: none"> • Speciallæge uddannelsen er tilrettelagt ift. 0-18 år. – derfor bør aldersgrænserne tilpasse dette. • Børne- og ungdomspsykiatrien varetager special-funktioner på både spæd- og småbørnsområdet samt for børn under 12 år. Der anvendes mange ressourcer ift, de unge voksne samt i akutmodtagelserne - ressourcer der fagligt set kunne anvendes bedre på børneområdet, da der er brug for indsats her, som kan forebygge, at de udvikle store psykiske problemer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Speciallægemanglen er så akut, at der er brug for tiltag her- og nu, da vagtplanerne er så presset at de ikke er holdbare. • Vigtigt med fokus på rekruttering og fastholdelse – være nysgerrig på, hvorfor speciallæger rejser. • Rekruttering af læger generelt vil bedre arbejdsmiljø – yngre læger ønsker tid til patientbehandling, og ikke kun at have vagt. • Mere meningsfuldt at gå i vagt, når man kender afdelingen og ambulante tilbud. • Vagtordning bør tilgodesee tid sammen for uddannelsessøgende læge og speciallægen som er vejleder 	<ul style="list-style-type: none"> • Hvordan ligger Region Syddanmark sammenlignet med øvrige regioner ift. ressourcer til området? • Odense varetager specialfunktioner, som er svære at løfte, når der er mangle på speciallægeressourcer • Det handler om faglighed og rigtig brug af ressourcerne. Der er en oplevelse af, at det ikke er muligt at give den gode kvalitet i de ambulante forløb • Der bør tænkes i støttfunktioner som kan hjælpe lægerne – f.eks. socialrådgiver, sekretærhjælp • Organiseringen skal ses i sammenhæng – da aldersgrænser, antal sengematrikler og antal døgnåbne skadestuer samlet har stor betydning for f.eks. vagtbyrden og lægernes oplevelse af meningsfuldt arbejde.

<p>Møde i den samlede afdelingsledelses kreds i sygehuset</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anbefaler at der er akutfunktion i BUP på færre matrikler. • Anbefaler en fremadrettet organisering med én afdelingsledelse i børne- og ungdomspsykiatrien 	<ul style="list-style-type: none"> • Anbefaler ændring af aldersgrænse med snit ved det 18 år, da det fagligt giver forudsætning om, at der skal findes løsning på sengeudfordringen det afstedkommer særligt på Fyn og at der følger ressourcer med til voksenpsykiatrien. • Vanskeligt at etablere ungdomsafsnit, da gruppen på de enkelte afdelinger er lille. 	<ul style="list-style-type: none"> • I forhold til ændring af aldersgrænser, en opmærksomhed på, at lægesituationen visse steder i voksenpsykiatrien også er udfordret. • Fokus på fastholdelse af speciallæger 	<ul style="list-style-type: none"> • Anbefaler flere ambulante aktiviteter, herunder forebyggende aktiviteter. • Diagnosespecifikke aldersgrænser også en mulighed – f.eks. 18-19 årige med spiseforstyrrelse i B&U og 18-19 årige med psykose i voksenpsykiatrien.
---	---	---	---	---

Opsamling fra dialogmøder med patienter, pårørende, peers og kommuner vedrørende udfordringer i børne- og ungepsykiatrien

Møde	Input organisering	Input aldersgrænse	Input forebyggelse / samarbejde	Øvrige input
Vejle, 28 juni Patienter / pårørende	<ul style="list-style-type: none"> • Lange forløb / indlæggelser, ikke nødvendigvis godt. Skal suppleres / kompenseres med dagtilbud • Det ER nødvendigt med tilbud tæt på. For visse BU patienter KAN transport være en stor belastning • Kvalitet i stedet for kvantitet. Geografi underordnet 	<ul style="list-style-type: none"> • Stor værdi at de unge kan blive i BU til og med det 19 år. • Men også en oplevelse af at der sker løft i kvaliteten ved overgang til behandling i voksenpsykiatrien for den unge. 	<ul style="list-style-type: none"> □ Intermediære tilbud i kommunerne eller i samarbejde mellem kommuner / regional psykiatri mens man afventer endelig behandling 	<ul style="list-style-type: none"> • Mange skift. For mange relationer / skift – starte forfra. Kræver energi. Trækker ud. Kontraproduktivt. Relation til personalet/samme person helt essentiel • Relationen gør rask. • Svært at opretholde stringente relationer

<p>Odense 8. aug Patienter / pårørende</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Centralisering? Hvad er smertegrænsen for at køre langt? • Ikke alle forældre der kan skiftes / aflaste. Enlig mor uden bil. Centralisere kan ramme skævt. Der skal findes løsninger der kan tage højde for dette • Pårørende: ulempe at behandle det samme flere steder med knappe ressourcer. Mange vil nok hellere køre efter det bedste tilbud / bedste kvalitet 	<ul style="list-style-type: none"> • Se på modellen med ungdomspsykiatrisk afsnit for de 18-25 årige (i Fyns Amt) , som en mellemstation. Voldsomt at komme i voksenpsykiatrien når man fylder 18. • Det giver god mening med ungeafsnit. Man spænder aldersmæssigt for bredt i BU psykiatrien. Svært for personalet • Forældre: glad for aldersgrænsen. Glad for socialrådgiverne i afdelingen. Ok til den kommunale indsats. Husk: forældrene skal ikke være behandlere. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mobile tilbud virker ikke nødvendigvis. Fastholder patienter der måske skulle klares i primær sektor • Kommunerne tager ikke tilstrækkeligt fra. De mangler kompetencerne • Vi har en opgave med at hjælpe kommunerne • I Vejle Kommune er der en åben rådgivning. Det er oplevet som rart, at man kan komme et sted hen når man har problemer • Vi er meget tilgængelige. Men er det den rigtige prioritering? Holder det i længden. Vi kommer måske til at bruge ressourcer på de forkerte ting. Det er lettere at komme i kontakt med psykiatrien end medkommunerne/praktiserende læger. 	<ul style="list-style-type: none"> • Henvvisninger. Får BU de rette henvisninger? • Mange BU patienter afsluttes på 1 samtale. Koster ressourcer. Får BU de rigtige patienter? • Hvordan skal vi holde på lægerne? Mere spændende indhold i opgaverne – mere udredning, også hos sygeplejerskerne. Kompetencer? • Problem: Mange personer involveret i forløb. Problematisk ift at skabe sammenhæng og kontinuitet. Forlænger behandlingstiden unødigt.
--	--	---	---	---

Møde	Input organisering	Input aldersgrænse	Input forebyggelse / samarbejde	Øvrige input
------	--------------------	--------------------	---------------------------------	--------------

<p>Odense 8. aug Kommuner</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Løsning på ventetid / pres på læge ressourcer: Reducere døgnmatrikler • Samle BU døgn ét sted i regionen. Det muliges kunst • Dog også udtrykt skepsis overfor centralisering af døgnafsnit BU. Konsekvens for pårørende? • Tydeligt at vagtbelastning er omdrejningspunkt. Nok behov for at reducere antallet af døgnbehandlingssteder. • Ønske at komme mere med ind i behandlingen. Så kommunerne er mere rustet til at tage fra når de kommer hjem. Centralisering, har betydning for forældrene. Det er ikke alle der har bil. Regionens skal ikke tage sig af trivselsproblemer. Livsmestring er super vigtigt. Forventningsafstemning er også vigtigt. 	<p>□ Det bør overvejes at etablere et afsnit for de unge / 18-25 årige</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Selvmestring. Vende indsatsen så børn og unges selvmestring kommer i fokus • Behov for speciallæge sparring til kommunerne Gør vi det rigtige? Åben linie til speciallæge kompetencer? • En vis berøringsangst hos det kommunale personale overfor problemstillinger • Behov for hjælp til kompetenceudvikling hos personalet. Vil gerne "oplæres" af regionen. • Finde bedre samarbejdsmodeller med forældrene. Ofte mangler vi at være bedre til samarbejde med forældre kommuner/region • Kommunerne har behov for sparring ift om vi gør det rigtigt. Løsning?: åben linie til speciallæge kompetencer. • Kan man udvikle mere på de mobile teams. Så det ikke kun er de meget dårlige de har den mulighed. • Tæt samarbejde og forebyggelse - både digitalt og fysisk. • Kun flytte aldersgrænse hvis voksenpsykiatrien kan tage fra. Tænk i nære løsninger • Behov for øget digital hjælp Gøre kommunerne meget mere opmærksom på dette 	<ul style="list-style-type: none"> • Spiseforstyrrelse. Det er en stor belastning / udfordring. Spiseforstyrrelse er meget vanskelige at håndtere • Tidlig indsats. Nye samarbejdsformer. Det er for svært for forældrene at komme igennem systemet • Lær af hinanden. Fælles beslutningstagning. Efterspørger tovholder. • Massiv efterspørgsel efter specialtilbud i skoleverdenen. Opkvalificering af lærere. • Enig i tidlig indsats, men det redder på ingen måde det hele. Godt med samarbejde mellem region og kommune. Gøre lovgivningen lettere. • Der mangler hjælp til spiseforstyrrelser. Helt oplagt at centralisere. Forventningsafstemning er vigtig. Der kan ikke komme specialister til alt. • Mulighed for at lave et projekt sammen med Odense kommune, hvor deres ansatte kan indgå i udredningsarbejdet. Kan man fylde ventetiden ud, med kommunale aktiviteter?
---------------------------------------	---	--	--	--

Møde	Input organisering	Input aldersgrænse	Input forebyggelse / samarbejde	Øvrige input
Åbenrå 9. aug Kommuner	<ul style="list-style-type: none"> • Geografisk meget opsat på at der fremover stadig er en BU afdeling i Aabenraa • Ved centralisering, da udbygning af decentrale tilbud • Organisering: set fra et overordnet perspektiv er vi vel nødt til at se på organiseringen af den regionale psykiatri. Giver det mening med 7 senge i Esbjerg? Nej, det gør det ikke i en situation med mangel på lægeressourcer. • Koordinerer afdelingerne imellem. • Den ambulante del er væsentlig at have tæt på, men betyder mindre ift indlæggelser hvor man godt kan tåle afstand. • Akutindtaget kun ét sted, kunne hjælpe på vagtbelastningen 	<ul style="list-style-type: none"> • Relevant at se på aldersgrænsen, men OBS på stort skifte for den unge hvis de skal ind i voksenpsykiatrien • Planlagt overgang ved aldersskifte. Plan for hvorledes de unge skærmes • Hvis aldersgrænsen ændres, er der så kapaciteten i voksenpsykiatrien? 	<ul style="list-style-type: none"> • Bedre og udvidet samarbejde med regionen, særligt omkring udskrivninger tilbage til kommunen • Belastning af familien. Kan man understøtte familierne mhp at undgå indlæggelse? • Regionens udkørende tilbud fungerer godt. Kan man bruge dette mere på BU området? • Prioritere ressourcer til den ambulante del 	<ul style="list-style-type: none"> • Udfordringsbilledet afspejler det billede de oplever i kommunerne • Er rekrutterings-problemerne ens fordelt? • Samdrift med kommuner på et eller andet niveau ift uddannelsesforløb / ophold i kommune / socialpsykiatrien. Også et sådant tilbud til almen praksis læger. • Psykiatri fylder ikke ret meget i den almene lægeuddannelse. Soc.psykiatri fylder endnu mindre. • Lægeforeningen skal med ind over ift at løse denne opgave / udfordring. <p>□</p>

<p>Esbjerg 19. aug Kommuner</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anerkender udfordringen. Afvejning af det muliges kunst - balance. Kan komme langt ift at bygge broen ambulant. Tilgængelig behandling • Vi skal have fokus på at knække kurven / forebyggende • Det afgørende er antallet af pladser. Fagligheden er det 	<p>□ Er der læger nok i voksenpsykiatrien der kan dække eller flytter vi bare problemet?). Relevant at fokusere på aldersgrænsen. Kan frigøre lægerressourcer</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Oplagt at bringe aldersgrænsen ind som en del af løsningen. Men der skal være fokus på overgangen til voksenpsykiatrien. Er man klar til det som 18 årig? Skærmes? • Behov for at vi tidligt kommer i dialog med hinanden. Inddrages før der holdes udskrivningsmøder 	<ul style="list-style-type: none"> • Manglende psykiatrimodul i lægeuddannelsen. Opfordrer RSYD til at få det ændret. • Som tallene ser ud lige nu, da kommer hver 2 til at have en eller anden psykisk udfordring. Det er vi meget optaget af! • Almen medicinere i psykiatrien - også for at få opmærksomhed for de somatiske problemstillinger i psykiatrien
---	---	---	--	--

Møde	Input organisering	Input aldersgrænse	Input forebyggelse / samarbejde	Øvrige input
	<p>væsentligste. Geografien underordnet.</p> <ul style="list-style-type: none"> • RSYD skal passe på jeres lægeressourcer. Det er vigtigt. • Vi kan ikke KUN gøre det til en forebyggelsesøvelse • Ventetiden / kvalitet er altafgørende. Man er villig til hvor som helts bare reduktion i ventetid • Vejle har været vant til lang afstand til sengene i nogle år – fungerer udmærket, med en meget stor ambulans behandlingskapacitet i Vejle 		<ul style="list-style-type: none"> • Efterspørger specialistviden fra den regionale psykiatri i kommunerne. • Oplever at vi får opgaver vi ikke helt er kompetente til. Behov for sparring / hjælp fra den regionale psykiatri. • Vi er allermest udfordret ift de 16-18 årige. • Behov for hjælp fra den regionale psykiatri i svære sager. • Vigtigste opgave for kommunerne: at sætte en prop i "tilførslen" af patienter til BU psykiatri. Fælles opgave mellem kommuner og region - rykke tættere sammen i bussen • Udfordring for de praktiserende læger: hvad skal de stille op over for problemerne / psykiatrien / de unge 'indsatsområde' sparring til kommuner og praktiserende læger • PPV: Kravet om en PPV i forbindelse med alle henvisninger, selvom der ikke nødvendigvis er relevant med vurdering af skoledelen er udfordrende – gerne i dialog med regionen om alternativer 	<ul style="list-style-type: none"> □ Opfordring til at udvikle på de digitale løsninger / digital tilgængelighed. Her er et potentiale. Også ift at afbøde presset på døgnpsykiatrien

Møde PLO 30. aug	<ul style="list-style-type: none"> • Anerkender den store opgave / belastning RSYD står med • Geografi vurderes ikke som det afgørende. Oplevelsen er at det er ventetiden og 	<input type="checkbox"/> Anbefaler at sætte aldersgrænse i BU ned til 18 år. Der er mange tilbud til de 18+ årige, men efterspørger flere tilbud til børnene/de unge under 18. Ville	<input type="checkbox"/> De praktiserende læger gav udtryk for ønske om, at samarbejdet med kommunerne hvor man kan henvise til PPR blev styrket. Samtidig udtrykte de praktiserende læger, at den store andel af unge i mistrivsel	<input type="checkbox"/> De praktiserende læger efterlyste flere tilgængelige tilbud på hylderne i kommunerne. De eksisterende tilbud kan være uoverskuelige. Svært at overskue med spredte
Møde	Input organisering	Input aldersgrænse	Input forebyggelse / samarbejde	Øvrige input
	<p>uvisheden der er belastende</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deres oplevelse at familier kører gerne langt for det rigtige tilbud • 2 akutsteder er fint 	<p>kunne lette presset på BU psykiatrien og frigøre ressourcer til at gøre endnu mere for under 18 årige</p>	<p>efter deres vurdering som udgangspunkt ikke er psykiatri, men problemstillinger der hører til i kommunerne.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Udfordring er ikke de tunge psykiatriske diagnoser – her går det stærkt og effektivt med kontakt og udredning i BU i regionen – det er den store andel af mistrivsel der er udfordringen. Almen praksis ser mange børn og unge – mange samtaler med BU hver dag i klinikken – • Men, de skal være afklaret kommunalt før man bruger et specialtilbud som regionens 	<p>tilbud som også er flettet sammen med private aktører.</p> <ul style="list-style-type: none"> • De praktiserende læger efterspørger kontinuerlige faste tilbud af højt fagligt niveau. Vejene ind til kommunen er blevet så snoede, mens vejen ind i regionen er mere klar (henvisning til BU). • Godt med de §66 aftaler om udredninger hos prakt. psykiatere – gerne tage §66 aftaler med over i BU psyk. • Hurtigere vurderinger kan bidrage til at reducere sygdommens sværhedsgrad