

Psykiatriudvalgets møde den 26. november 2012

Sag nr. 1

Emne: Overmedicinering i psykiatrien

Bilag 1

Region Hovedstaden

**Rapport fra arbejdsgruppen om
kommunikationsveje og visioner
for psykiatrien**

23. november 2012

REGION

Indhold

1. INDLEDNING OG BAGGRUND.....	3
2. BARRIERER OG FORUDSÆTNINGER FOR DE POLITISKE VISIONER.....	5
3. IMPLEMENTERING AF "VISIONER FOR FREMTIDENS PSYKIATRI"	8
3.1 FAST AFRAPPORTERING AF VISIONER TIL PSYKIATRIUDVALGET....	8
3.1.1 Forslag til måling af de 10 visioner.....	8
3.2 ANDRE, NYE FORSLAG I FORHOLD TIL VISIONERNE	11
4. KOMMUNIKATION OG FORMIDLING I FORBINDELSE MED VISIONERNE.....	13
4.1 KOMMUNIKATIONSPAKKE.....	13
4.2 DIALOGMØDER I 1. KVARTAL 2013	13
4.3 VISIONSKONFERENCE I 2. KVARTAL 2013.....	13
5. INITIATIVER TIL AT FORBEDRE KOMMUNIKATIONSVEJE I PSYKIATRIEN	14
5.1 PSYKIATRIUDVALGET	14
5.2 DIREKTE PATIENTFEEDBACK	14
5.3 LINJE-KOMMUNIKATION.....	14
5.4 DIALOGMØDE MELLEM REGIONSRÅDSFORMANDEN OG MEDARBEJDERE.....	14
6. OPSAMLING OG OVERVEJELSER OM BRUG AF UDDANNELSESMIDLER.....	15
BILAG 1: ARBEJDSGRUPPENS SAMMENSÆTNING.....	16
BILAG 2: UDVIKLINGSAFTALE FOR REGION HOVEDSTADENS PSYKIATRI.....	17

1. Indledning og baggrund

I 2010 vedtog regionsrådet Visioner for Fremtidens Psykiatri. Udgangspunktet for visionerne er, at patienten er ekspert i eget liv, og det er vigtigt at tage afsæt i patientens ønsker. Mange mennesker der i dag får stillet en psykiatrisk diagnose kan helbredes eller hjælpes til et godt liv med få symptomer. Mennesker med sindslidelser er en heterogen gruppe, fra personer med kortvarige forløb til mangeårige forløb, fra børne- og ungdomspsykiatri til ældrepsykiatri. En hurtig og intensiv indsats, er det mange har behov for, for at komme tilbage til netværket, nærmiljøet og en normal dagligdag. Og for andres vedkommende er det en fastholdende og stabil støtte, der er brug for.

Visionerne favner bredt, idet de dækker 10 forskellige områder. Dette betyder, at der skal arbejdes med at udvikle indsatsen i psykiatrien inden for en række områder. Indsatserne spænder fra en bred behandlingsindsats, inddragelse af patienter og pårørende, recovery, nedbringelse af ventetider, til byggeri, forskning og udvikling af kulturen i Region Hovedstadens Psykiatri.

Region Hovedstadens Psykiatri har siden dannelsen af Region Hovedstaden gennemgået en omfattende organisatorisk og faglig udvikling samtidigt med, at der er gennemført besparelser. Budgetterne har årligt indebåret både tilførsel af midler og reduktioner, og dermed betydet store omstillinger idet funktioner er blevet lukket, samtidig med at andre funktioner er udvidet.

Som et led i omstillingsprocessen har ledere og medarbejdere siden vedtagelsen af visionerne arbejdet med implementeringen heraf. Fokus har været på ensartning af behandlingstilbud, specialisering og opbygning af den ambulante psykiatri, der er udviklet fælles kliniske vejledninger på flere områder og forskningsaktiviteten er øget.

I forhold til en række af visionerne er hospitalet således nået langt, mens der for visioner med bløde værdier, fx inddragelse, recovery mv. fortsat er behov for yderligere udvikling af kultur for at kunne forfølge visionerne. Udvikling af en kultur, der understøtter recovery, netværksinddragelse mv. tager tid, og der skal afsættes de nødvendige ressourcer, der muliggør udvikling af nye metoder, tid til aktiviteter, kompetenceudvikling mv.

På nogle områder er der væsentlige forskelle mellem voksenpsykiatri og børne- og ungdomspsykiatri, især i forhold til et område som pårørendeinddragelse, der er selve fundamentet for behandlingen i børne- og ungdomspsykiatrien. Erfaringerne fra børne- og ungdomspsykiatrien vil kunne bruges konstruktivt i den videre udvikling af pårørendesamarbejdet i voksenpsykiatrien under hensyntagen til de forskellige vilkår og patienter.

Visionerne skal være pejlemærker for udviklingen af psykiatrien, også i forhold til opfølgning og udvikling efter medicinsagen i 2012, og de skal ses i et realistisk perspektiv i forhold til, i hvilket omfang der er ressourcer til den ønskede udvikling og implementering.

På ekstraordinært møde i juni 2012 nedsatte Psykiatriudvalget en arbejdsgruppe, der fik til opgave at se på to forhold:

- Hvordan kan der sikres tilstrækkelige åbne og gennemsigtige kommunikationsveje fra centerniveau i psykiatrien og op til politisk niveau i regionen.
- Arbejdsgruppen skal komme med forslag til, hvordan det mest hensigtsmæssigt kan sikres, at ”Visioner for fremtidens psykiatri” bliver iværksat og implementeret på de psykiatriske centre i regionen.

Arbejdsgruppens arbejde forventes afsluttet senest i december 2012. Arbejdsgruppen afrapporterer til Psykiatriudvalget d. 26. november 2012.

I dette papir gennemgås arbejdsgruppens forslag og overvejelser i forbindelse med de to opgaver med *Visioner for Fremtidens Psykiatri* og kommunikationsveje i psykiatrien.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at det i høj grad er ledelsens ansvar at inddrage medarbejderne i implementeringen af visionerne for at fremme medarbejdernes ejerskab til visionerne. Det er ledelsen i psykiatriens ansvar, at visionerne integreres i den daglige kliniske praksis og, at initiativerne i denne rapport føres ud i livet. Der er et oversættelsesarbejde for lederne i forhold til at omsætte visionerne i det faglige arbejde, som medarbejderne bør inddrages i. Forslagene i denne afrapportering kan understøtte den fortsatte dialog med medarbejderne.

Arbejdsgruppen har i tilknytning til opgaverne overvejelser om barrierer og forudsætninger for implementering af visionerne. Desuden har arbejdsgruppen anbefalinger i forbindelse med udvikling af organisationskultur i psykiatrien i forhold til de midler, der er afsat i budget 2013.

2. Barrierer og forudsætninger for de politiske visioner

Der har i de senere år i Region Hovedstadens Psykiatri særligt været fokus på at nedbringe ventelister, udbygge den ambulante psykiatri, udvikle faglige forbedringer og skabe bedre fysiske rammer. Fire områder, der også er repræsenteret blandt de 10 visioner.

I forhold til implementeringen af visionerne har arbejdsgruppen drøftet, hvilke forudsætninger, der skal være til stede for, at visionerne kan gennemføres, og hvilke barrierer, der i dag opleves. Der er primært drøftet fire forhold, der gør sig gældende:

- Hyppige organisationsforandringer
- Organisationskultur og ledelse
- Incitamentsstrukturer, der understøtter visionerne
- Samarbejde mellem sektorer

Region Hovedstadens Psykiatri har siden regionsdannelsen i 2007 været præget af betydelige organisationsforandringer i forbindelse med etablering af én psykiatri. Region Hovedstaden blev født med en underfinansiering på kr. 400 mio. kr., som har præget de første år af levetiden for Region Hovedstadens Psykiatri, sammen med andre udfordringer i det at udvikle én psykiatri i regionen, organisatorisk, fagligt og kulturelt. Arbejdet med fusionen af psykiatrien fra de tidligere amter og H:S har betydet store omstillinger på mange centre. Der er desuden sket en del samlinger af funktioner, samt udvikling af nye behandlingstilbud i relation til specialeplanlægningen. Opbygningen af én psykiatri har derfor betydet mange faglige og personalemæssige forandringer. Det har betydet, at visionerne har skullet implementeres i en organisation under betydelig forandring.

Visionerne kræver en række meget forskellige tiltag fra om- og nybyggerier, kapacitetsudvidelser til kulturudvikling, herunder særligt udvikling af synet på, og inddragelsen af, patienter og pårørende. Der er i arbejdsgruppen peget på, at der er behov for at få yderligere fokus på at integrere særligt visioner om recovery, patient- og netværksinddragelse, da disse hænger stærkt sammen med organisationskulturen i psykiatrien. Med hensyn til inddragelse må der også fokuseres på, at børne- og ungdomspsykiatrien har et ganske særligt udgangspunkt i pårørende- og netværkssamarbejdet, som adskiller sig fra voksenpsykiatrien.

At integrere visionen om en psykiatri med patienten i centrum og en psykiatri baseret på recovery, netværksinddragelse og rehabilitering kræver en ændring af kulturen i psykiatrien, herunder synet på patienten, på behandlingen og en ændret praksis i psykiatrien. Der skal udvikles nye inddragelsesmetoder og -former, og der vil være brug for grundige drøftelser af muligheder og barrierer, dilemmaer og udfordringer, så både patientsikkerhed, faglighed og patienternes ønsker kan tilgodeses samtidig. Samtidig vil omstillingen kræve, at der er mere tid til rådighed til samtaler med patienter, pårørende og professionelle samarbejdspartnere.

Denne ændring kan ikke gennemføres uden ejerskab og opbakning hos medarbejderne. Der er behov for fundering og ejerskab hos frontmedarbejderne både i voksenpsykiatrien, og i børne- ungdomspsykiatrien. Derfor er det ledernes ansvar at sikre, at medarbejderne inddrages i at omsætte visionerne til dagligt arbejde.

Denne ændring af kultur, som er en langsigtet udviklingsproces, der indebærer en ændring af praksis og arbejdsrutiner i psykiatrien, er i gang, men vil kræve stærkt ledelsesmæssigt fokus de kommende år. Ledelserne på de psykiatriske centre er nøglespillere i forhold til visionerne. Lederne skal gå forrest og på den ene side sikre, at medarbejderne kender visionerne og på den andens side bidrage til, at politikerne kender til udviklingen af patientbehandlingen og udfordringerne i den daglige kliniske praksis. Der er rum for forbedring i forhold til at implementere nogle af visionerne, mens de psykiatriske centre er i forhold til andre visioner nået langt. Visionerne falder sammen med en udvikling, der allerede er i gang i forskellig grad, men visionerne fungerer nu som fælles mål for hele psykiatrien. Ledelsen er opsat på at påtage sig ansvaret for at formidle udviklingen af psykiatrien til medarbejdere og politikere, samt for at inddrage medarbejderne på en sådan måde i arbejdet med visionerne, at ejerskabet hos medarbejderne fremmes.

For at understøtte denne ledelsesindsats foreslår arbejdsgruppen kommunikationspakke, visionskonference og dialogmøder, se afsnit 4. Da implementering af visioner hænger tæt sammen med ledelsesmæssig opbakning, anbefaler arbejdsgruppen, at visionerne i de kommende år er i centrum for de ledelsesmæssige mål, og også motiveringen af den enkelte medarbejder. Desuden anbefales det, at den igangsatte lean-satsning fortsætter for at understøtte forbedringer og sikre medarbejderdreven innovation.

For at imødegå de kulturmæssige barrierer og understøtte de forudsætninger, der skal være til stede for at gennemføre visionerne, anbefales det endvidere, at der arbejdes med organisationsforandringstiltag, herunder uddannelse af medarbejdere i metoder, der understøtter en organisations- og kulturforandring i psykiatrien. I denne forbindelse er kompetenceudvikling og uddannelse af medarbejdere inden for recoveryorienterede behandlingsmetoder essentielt. Se også afsnit 6 for en uddybning af anbefalingen om kompetenceudvikling og uddannelse.

Desuden har arbejdsgruppen drøftet, at det er centralt, at de incitamentsstrukturer, der er i psykiatrien med hensyn til registrering understøtter visionerne. Det gælder særligt visionerne om pårørendeinddragelse og sammenhængende forløb, hvor det i dag ikke tæller som en ydelse f.eks. at lave et opkald til kommunale socialrådgivere, pårørendekontakt mv. Disse ydelser er med til at gøre den enkelte patients forløb sammenhængende og understøtter visionerne. Det bør drøftes om der skal arbejdes videre mod at udvalgte ”bløde” ydelser/aktiviteter i psykiatrien også tæller, så der styres og måles på det, der har værdi for patienterne. Der skal dog udvises varsomhed med hensyn til, hvilke ydelser der registreres, og en sådan registrering bør ikke kobles til ud-

løsning af midler, da sammenhængende forløb og patientinddragelse gerne skal fremmes via en ledelses- og kulturændringsindsats.

Sammenhængende forløb for patienterne kræver et tæt samarbejde mellem Region Hovedstadens Psykiatri, kommuner og praktiserende læger. Behandlingen i Region Hovedstadens Psykiatri udgør kun en del af patientens samlede forløb. Det er derfor i det videre arbejde med at implementere visionerne være vigtigt også at fokusere på samarbejdet med andre sektorer, herunder hvordan Region Hovedstadens Psykiatri kan støtte og styrke samarbejdet gennem rådgivning, undervisning og udvikling af samarbejdsformerne.

I forhold til samarbejdet med kommunerne skal psykiatrien være indstillet på at skulle løfte en stor del af opgaven, fordi regionens personale i høj grad har ekspertisen og kommunerne har meget forskellige muligheder for at indgå i samarbejdet. Det tværsektorielle samarbejde er et fokusområde i udviklingsaftalen for Region Hovedstadens Psykiatri (se også bilag 2). Samtidig med at Region Hovedstadens Psykiatri udvikler sig på ikke-medicinske indsatser, skal skellet til det kommunale ansvarsområde for sociale indsatser og socialpsykiatri være klart.

Endelig skal der knyttes en kommentar til, at der i de første leveår af Region Hovedstadens Psykiatri er gennemført faglige forbedringer som bør anerkendes. Disse forbedringer glider let i baggrunden når der fokuseres på medicinering og medicinsagen.

3. Implementering af "Visioner for Fremtidens Psykiatri"

De politiske visioner skal fungere som pejlemærker Region Hovedstaden skal efterstræbe i udviklingen af psykiatrien. Det er arbejdsgruppens vurdering, at det er afgørende, at ledere og medarbejdere i Region Hovedstadens Psykiatri kender visionerne og arbejder efter disse - at medarbejderne får en aktiv del i at implementere visionerne i dagligdagen.

Det er samtidig vigtigt at politikerne er orienteret om, hvordan Region Hovedstadens Psykiatri arbejder med visionerne, og hvordan der måles på effekter af indsatsen.

Der er fra Psykiatriudvalget udtrykt ønske om en løbende afrapportering på arbejdet med visionerne. Arbejdsgruppen foreslår på den baggrund nedenstående indikatorer.

3.1 Fast afrapportering af visioner til Psykiatriudvalget

Afrapportering af visionerne til Psykiatriudvalget bør ske halvårligt, og kan finde sted første gang i sommeren 2013.

Afrapporteringen skal være baseret på effektmål, indikatorer og data for hver enkelt af de 10 visioner, for at kunne følge implementeringen af visionerne.

I det følgende er givet forslag til indikatorer på de områder, hvor der allerede eksisterer data, og angivet en proces for udvikling af mål og data.

Det er arbejdsgruppens anbefaling, at de konkrete mål for implementering af visioner, samt indikatorer, som ikke kan bygge på eksisterende data udarbejdes med inddragelse af bl.a. centerledelserne for at fremme bred inddragelse og efterfølgende ejerskab hos personalet.

Effektmålene bør være færdige i foråret 2013, så de kan indgå i den første afrapportering i sommeren 2013. Inden for nogle visioner, kan der være brug for særskilt opmærksomhed på, hvordan der afrapporteres for børne- og ungdomspsykiatrien.

Der er lagt vægt på, at der er udvalgt få, meningsfulde indikatorer for hver vision. Nogle indikatorer dækker reelt flere visioner. En del af de opstillede indikatorer, der bygger på eksterne data, opgøres dog kun én gang om året, som f.eks. Landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser.

3.1.1 Forslag til måling af de 10 visioner

Vision 1: En psykiatri med patienten i centrum

Med denne vision forstås, at patienten med støtte fra personalet er beslutningstager i hele behandlingsforløbet og skal have mulighed for at deltage i behandlingen og beslutninger om behandlingen ud fra grundig information fra psykiatrien. Derudover forstås, at patienten får hjælp til at nå individuelle mål og til selv at udvikle metoder til at mestre livet med psykisk sygdom.

Indikatorer:

- Andel patienter, der er tilfredse med indflydelsen på deres behandling (Landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse)
- Andel patienter, der er tilfredse med informationen om deres sygdom og behandling (Landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse)

Da data fra landsundersøgelserne i voksenpsykiatrien kun kommer en gang årligt, kan målet kun opgøres en gang pr. år., for den forgangne periode. For børne- og ungdomspsykiatrien skal behovet for særskilte indikatorer overvejes.

Vision 2: ”En psykiatri baseret på recovery, netværksinddragelse og rehabilitering”

Med denne vision menes, at personalet skal støtte og tro på recovery-processen hos hver enkelt patient og tage afsæt i patientens ønsker, samt inddrage de pårørende i det omfang patienten ønsker det. Psykiatrien skal styrke dialog og samarbejde med pårørende, sociale myndigheder, skoler, politi mv., og rehabilitering bør være en naturlig indfaldsvinkel for arbejdet i psykiatrien.

Indikatorer:

- Antal medarbejdere, som har gennemgået et recovery-uddannelsesforløb
- Andel patienter, der er tilfredse med omfanget af pårørendeinddragelse i deres behandling (Landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse, årlig opgørelse)
- Andel pårørende, der er blevet tilbudt samtale i voksenpsykiatrien (ny journalaudit)
- *Der skal iværksættes en proces med udarbejdelse af indikatorer for børne- og ungdomspsykiatrien*

Vision 3: ”En psykiatri med en bred vifte af behandlingstilbud”

Med denne vision forstås, at patienten skal tilbydes en kombination af medicinsk og terapeutisk behandling og psykosociale interventioner, og behandlingen skal være åben og anerkendende. Der skal være adgang til den nyeste, mest effektive behandling, og alle patienter skal tilbydes den behandling, der har bedst effekt. Der skal desuden være fokus på mental sundhed, aktiviteter, motion, kost, rygning, rusmidler, samt generel livsstil og samarbejdet med kommunerne inden for området skal styrkes.

Indikatorer:

- *Der iværksættes en proces med henblik på udvikling af klinisk relevante og dækkende indikatorer for monitorering af visionen om en bred vifte af behandlingstilbud.*

Vision 4: ”En psykiatri med let adgang til udredning og behandling”

Med denne vision, forstås at alle der har brug for psykiatrisk hjælp skal have en let, hurtig adgang til psykiatrisk hjælp ved behov, både når det er akut og planlagt. De akutte tilbud i regionen skal samles og udvikles, så alle patienter kan få en mere specialiseret akut hjælp alle døgnets timer. Der skal være øget kapacitet, dér hvor der er pres, så ventetider minimeres, især børne- og ung-

domspsykiatri, retspsykiatri, samt for patienter med angst, OCD, spiseforstyrrelser mv..

Indikatorer:

- Ventetid i de psykiatriske akutmodtagelser
- Ventetid til behandling i voksenpsykiatrien
- Ventetid til behandling i børne- og ungdomspsykiatrien

Vision 5: En psykiatri med fokus på forebyggende, ambulant og opsøgende indsats

Denne vision er tre-delt, idet der skal være fokus på forebyggelse, råd og vejledning og en ambulant og opsøgende indsats. Tidlig udredning og behandling kan mindske risiko for langvarige forløb, tvangsindlæggelser og udvikling af kroniske forløb. Behandlingen skal som udgangspunkt foregå ambulant, og distriktspsykiatrien skal udbygges, og de opsøgende og udgående tilbud styrkes, og der må ikke være ventetid til disse. Psykiatrien skal være til rådighed for kommuner, pårørende, praktiserende læger og andre samarbejdspartner med råd og vejledning og forebyggelse, opsporing og behandling af psykisk sygdom.

Indikatorer:

- Ventetid til ambulant behandling
- Antal patienter, kapacitet og aktivitet for ambulant behandling

Vision 6: En psykiatri med sammenhængende forløb og samarbejde på tværs

Behandling, social indsats og rehabilitering skal fungere som en helhed og uden slip. Der skal sikres gode indskrivnings-, udskrivnings- og udslusningsforløb. Lovgivningens redskaber skal bruges til at fastholde patienterne i behandlingen. Samarbejde med kommuner skal styrkes via Sundhedsaftaler og PSP samarbejdet skal styrkes.

Indikatorer:

- Andel genindlæggelser i voksenpsykiatrien
- Andel udskrivinger hvor epikrisen er afsendt senest 3. hverdag efter udskrivingen
- Andel, hvor der er registreret kommune-advis inden for 2 uger
- Antal udskrivningsaftaler og koordinationsplaner

Vision 7: En psykiatri hvor tvang minimeres

Brugen af tvang skal minimeres gennem bedre behandlingsmetoder og samarbejde med patienten. Der skal udvikles og anvendes metoder til at begrænse tvang, og der skal fortsat ske uddannelse af personalet i konfliktforebyggelse.

Indikatorer:

- Antal bæltefikseringer
- Antal fastholdelser
- Samlet længde af fikseringer (antal over og under 48 timer)
- Antal medarbejdere, der er uddannet i konflikt håndtering

Vision 8: En psykiatri med kompetente og engagerede medarbejdere

Personalets kompetencer skal matche såvel kerneopgaver som de mere specialiserede opgaver og nye behandlingsformer. Efteruddannelse, godt arbejdsmiljø, kompetenceudvikling og en fælles udviklingsproces skal være fundamentet for et kompetenceløft af personalet. Desuden skal psykiatrien være kendetegnet ved god personaleledelse og kommunikation.

Indikatorer:

- *Der iværksættes en proces med henblik på udvikling af yderligere relevante og dækkende indikatorer for visionen om kompetente og engagerede medarbejdere. Det skal i den forbindelse sikres, at der er mulighed for at monitorere på indikatorerne mere hyppigt end fx Trivsel-OP og LE 360-graders-evalueringen giver mulighed for.*

Vision 9: En psykiatri i stimulerende fysiske rammer

Der skal være tidssvarende rammer som fremmer velvære for patienterne. Der skal være enestuer og gode muligheder for aktivitet og motion, samt patientinddragelse i byggerierne.

Indikatorer:

- Andel af enestue-senge i forhold til det totale antal senge
- Status for muligheder for aktivitet og motion på de psykiatriske centre
- Status for patientinddragelse i igangværende byggeprojekter (beskrivelse af repræsentation og deltagelse i beslutningsprocesser).

Vision 10: En psykiatri med fokus på forskning, udvikling og fornyelse

Region Hovedstadens Psykiatri skal være førende i forskning i Danmark og indgå i international forskning. Psykiatrien skal være kendetegnet ved høj kvalitet og måling af resultater. Psykiatrien skal tilpasse sig samfundets udvikling og forventninger til gavn for patienterne, og selv være proaktiv i forhold til udvikling af nye metoder, arbejdsformer og teknologi.

Indikatorer:

- Antal publikationspoints
- Eksterne midler til forskning

3.2 Andre, nye forslag i forhold til visionerne

Som nævnt i indledningen er Region Hovedstadens Psykiatri især på nogle områder, nået et stykke af vejen med at implementere visionerne. I forhold til visionerne med de ”bløde” værdier er der bestemt rum for forbedring, selvom Region Hovedstadens Psykiatri allerede er i gang med en udvikling. Der er sat fokus på netop recovery, inddragelse og tværsektorielt samarbejde. I Region Hovedstadens Psykiatris udviklingsaftale for 2012-2013 indgår blandt andet områder som tværsektorielt samarbejde om patienter med komplekse sociale problemstillinger, udvikling af shared care, nedbringelse og regulering

af medicinforbrug, patient- og pårørendeinddragelse, afstigmatisering, fokus på klinisk kvalitet og styrkelse af forskning, jf. bilag 2.

Det er alle vigtige områder, men også områder som kræver prioritering af opgaver, tid og ressourcer.

Arbejdsgruppen finder derudover, at der er følgende vigtige indsatsområder, hvor der i varieret omfang er opstartet projekter på de psykiatriske centre, men hvor det kræver tilførsel af ressourcer for at understøtte yderligere udbredelse og implementering af visionerne:

- A. Psykoterapi (udbrede og udvikle tilbuddet om psykoterapeutisk behandling), herunder kognitiv terapi (uddannelse af medarbejdere og udbredelse)
- B. Programmer til at understøtte recovery (via fxpsykoedukation, peer-to-peer-support, shared decision making)
- C. Patientuddannelse (udvikle og gennemføre patientuddannelse, f.eks. i regi af kronikerprogrammet).
- D. Pårørendeinddragelse
 - Udvikle og gennemføre pårørendeuddannelse
 - Udvikle og gennemføre uddannelse af medarbejdere i metoder til inddragelse af pårørende, herunder i forhold til etiske dilemmaer
 - Udvikle muligheder for at arbejde direkte med familier og børn i børne- og ungdomspsykiatrien - f.eks. projekt med leje af træningslejlighed.
 - Ansættel børnepsykologer for at støtte udviklingen af arbejdet med information til børn og inddragelse af børn med psykisk syge forældre.
- E. Medarbejdere med brugererfaring
 - Ansætte og uddanne medarbejdere med brugererfaring
- F. Beskæftigelses- og aktivitetstilbud i distrikts- og hospitalspsykiatri
- G. Tvang
 - Metoder til nedbringelse af tvang, f.eks. i form af aktivitetstilbud til patienter under indlæggelse, jf. ovenstående punkt.

4. Kommunikation og formidling i forbindelse med visionerne

Udover en løbende afrapportering af visioner til Psykiatriudvalget, finder arbejdsgruppen, at der skal sættes fokus på, hvordan visionerne bedst formidles til ledere og medarbejdere i Region Hovedstadens Psykiatri. Formålet er at sikre bredt kendskab til visionerne og derigennem, at visionerne bliver omsat i praksis.

Arbejdsgruppen peger på nedenstående forslag til en bedre formidling og kommunikation.

4.1 Kommunikationspakke

Det anbefales, at der udarbejdes en ”kommunikationspakke” om visionerne til ledere i Region Hovedstadens Psykiatri. Kommunikationspakken skal understøtte ledernes kommunikation om visionerne med medarbejderne og fremme lokale drøftelser af visionerne.

Som en del af kommunikationspakken anbefales det at udarbejde film om visionerne for psykiatrien, som kan bruges i forhold til generel information om den politiske retning for udviklingen af psykiatrien i Region Hovedstaden både internt i regionen og eksternt i forhold til patienter, borgere og samarbejdspartner. Filmene skal være relevante for både voksne og børn. Filmene kan understøtte de lokale drøftelser af visionerne og indgå i kommunikationspakken. Filmene skal bruges i introduktion af nye medarbejdere, efteruddannelse i psykiatrien, til brug ved dialogmøder, temadage mv.. Desuden kan de bruges til online formidling på hjemmeside mv.

4.2 Dialogmøder i 1. kvartal 2013

Det anbefales, at der i 1. kvartal 2013 gennemføres dialogmøder om visionerne mellem Koncerndirektør Katja Kayser, Psykiatridirektør Martin Lund og medarbejdere. Formålet er at formidle og drøfte de politiske visioner for psykiatrien med medarbejderne i Region Hovedstadens Psykiatri. Drøftelserne skal have fokus på, hvad der fremmer og hæmmer udmøntningen af visionerne. Det foreslås, at der afholdes ét dialogmøde per planlægningsområde i voksenpsykiatrien og ét i børne- og ungdomspsykiatrien.

4.3 Visionskonference i 2. kvartal 2013

Det anbefales desuden, at der afholdes en konference i 2. kvartal 2013 om udmøntning af visionerne. Formålet er at samle input og erfaringer fra patientfeedback og møder med medarbejdere og pege frem mod, hvordan der arbejdes videre med visionerne. Konferencen følger op på implementeringen af visionerne og peger fremad i forhold til omsætning af visionerne i psykiatrien.

Deltagerne vil være politikere, ledere og medarbejdere i Region Hovedstadens Psykiatri samt bruger- og pårørenderepræsentanter.

5. Initiativer til at forbedre kommunikationsveje i psykiatrien

For at fremme kommunikationsveje i psykiatrien mellem centerniveau og politisk niveau anbefales følgende tiltag:

5.1 Psykiatriudvalget

Det foreslås at der i forbindelse med udvalgmøderne afsættes tid til møder med mellem de psykiatriske centre og Psykiatriudvalget, hvor der blandt andet afsættes tid samtale med medarbejdere og ledere på afsnittene og skabes dialog om behandlingsmetoder og praksis på centeret. Det foreslås, at tematisere møderne, fx med temaer om det arbejde der gøres med lean, innovation, kompetenceudvikling, recoveryorientering mv.

5.2 Direkte Patientfeedback

Der afholdes i november 2012 feedbackmøder, hvor patienter fortæller om deres oplevelse af deres behandlingsforløb i psykiatrien. Politikere, medarbejdere og patient- og pårørendeforeninger inviteres til at deltage. Formålet er, at patienternes oplevelser bruges til den videre udvikling af psykiatrien, samt at politikere og andre tilhørere opnår større indsigt i patienternes oplevelser i psykiatrien. Det er desuden et forslag fra arbejdsgruppen, at disse oplevelser inddrages i det videre arbejde med visionerne, blandt andet på visionskonference og i kommunikationspakke. Feedbackmøderne afholdes fremover mindst en gang årligt på hvert center.

5.3 Linje-kommunikation

Der skal sættes fokus på, hvordan visioner og budskaber generelt kommunikerer fra politisk niveau til medarbejdere i psykiatrien og omvendt. Det er vigtigt at holde fast i, at det fortsat er en ledelsesopgave at sikre kommunikationsveje fra politikere til medarbejdere og omvendt. Derfor er det vigtigt at undersøge, hvorvidt kommunikationsvejene i organisationen fungerer tilfredsstillende eller om der er behov for tiltag til at skabe kommunikationsveje, der fungerer. Dette kan gøres ved at udføre en budskabs-test/kendskabsmåling af, i hvilket omfang medarbejderne i psykiatrien kender til visionerne for psykiatrien samt evt. andre budskaber. Måling og analyse vil blive designet af Koncern Kommunikation og Psykiatriens Sekretariats- og Kommunikationsafdeling og udført i 1. kvartal 2013. På den baggrund skal administrationen i samarbejde med Region Hovedstadens Psykiatri vurdere behovet for at igangsætte initiativer, der udvikler kommunikationsgangen.

5.4 Dialogmøde mellem regionsrådsformanden og medarbejdere

Dialogmøde mellem Regionsrådsformand Vibeke Storm Rasmussen og medarbejdere og ledere fra de psykiatriske centre er blevet afholdt i oktober 2012. På mødet var der dialog om den udvikling, psykiatrien har været igennem med fusioner og forandringer siden strukturreformen, visioner for psykiatrien samt tiltag i 2013 til generel udvikling af psykiatrien og som følge af medicinsagen.

6. Opsamling og overvejelser om brug af uddannelsesmidler

Arbejdsgruppens forslag angående åbne kommunikationsveje og implementering af visioner, er opsamlet her:

- Fast afrapportering af visioner til Psykiatriudvalget (opstart, baseline forsommer 2013)
- Formidling af visioner via kommunikationspakke, dialogmøder og visionskonference (1. halvår 2013)
- Organisationsforandringstiltag, forandringskultur og incitamentsstruktur i psykiatrien (2013 – se nedenfor)
- Afsætte tid i forbindelse med udvalgmøder til møder mellem Psykiatriudvalget og de psykiatriske centre (1. halvår 2013)
- Direkte patientfeedback via møder hvor både politikere, fagfolk og patientforeninger inviteres til at lytte på patienternes oplevelser (efterår 2012, patientoplevelser skal indgå i formidling af visioner)
- Test af linje-kommunikationen i forhold til visionerne (1. kvartal 2013)
- Dialogmøde mellem regionsrådsformanden, direktionen og medarbejdere i psykiatrien (afholdt efterår 2012)

Der er i budgettet for 2013 afsat 5 mio. kr. til et større kultur- og uddannelsesprojekt i Region Hovedstadens Psykiatri, som har til formål at arbejde målrettet med implementering af visionerne.

De 5 mio. kr. er fordelt sådan:

- 2 mio. kr. til organisationskultur
- 3 mio. kr. til efteruddannelse

De 2 mio. kr. der er afsat til udvikling af organisationskultur i psykiatrien har Psykiatriudvalget til opgave at udmønte. Arbejdsgruppens anbefaling er, at en del af disse midler medvirker til at finansiere de initiativer, der er beskrevet i denne afrapportering, som gennemføres i 2013. Det drejer sig om initiativerne vedrørende kommunikationspakke og visionskonference.

Derudover anbefales det, at Psykiatriudvalget fokuserer på udvikling af en recovery-orienteret kultur med patienten i centrum, fx via ansættelse af medarbejdere med brugerbaggrund, uddannelsesplan mv.. Et andet fokusområde kan være udvikling af en forandringskultur med bruger- og medarbejderdrevet innovation.

De 3 mio. kr. til efteruddannelse i psykiatrien er afsat i uddannelsesområdet til medarbejderudvikling og konkrete uddannelses tiltag. Det er anbefalingen, at der i brugen af disse uddannelsesmidler fokuseres på at uddanne i værktøjer til at sætte patienten i centrum, f.eks. uddannelse i recoverybaserede metoder, diplomuddannelse i recovery mv.

Bilag 1: Arbejdsgruppens sammensætning

Arbejdsgruppen ledes af koncerndirektør Katja Kayser og har følgende medlemmer:

Anne Mertz, Centerchef, Psykiatrisk Center Nordsjælland
Birgitte Welcher, Centerchef, Psykiatrisk Center Hvidovre
Anne-Rose Wang, Centerchef, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Bispebjerg
Alice Rasmussen, Klinikchef, Psykiatrisk Center København
Niels Aagaard Nielsen, Udviklingschef, Psykiatrisk Center Sct. Hans
Britt Christensen, Social- og Sundhedsassistent, Psykiatrisk Center Nordsjælland, Fællestillidsrepræsentant FOA, Næstformand i Med-udvalget for Region Hovedstadens Psykiatri
Eva Borg, Vicedirektør, Region Hovedstadens Psykiatri
Line Duelund Nielsen, Sekretariats- og Kommunikationschef, Region Hovedstadens Psykiatri
Martin Lund, Direktør, Region Hovedstadens Psykiatri
Margrethe Lyngs Mortensen, Direktør, Koncern Kommunikation
Thomas Rysgaard Jensen, Pressekonsulent, Koncern Kommunikation
Anne Skriver, Enhedschef, Enhed for Hospitals- og Psykiatriplanlægning, Regionsgården
Hanne Rasmussen, Specialkonsulent, Enhed for Hospitals- og Psykiatriplanlægning, Regionsgården
Katrine Nørtoft Magelund, Specialkonsulent, Region Hovedstadens Psykiatri (Sekretariat)
Charlotte Falk Andersen, Konsulent, Enhed for Hospitals- og Psykiatriplanlægning, Regionsgården (Sekretariat)

Bilag 2: Udviklingsaftale for Region Hovedstadens Psykiatri

Maj 2012 – december 2013

Bærende udviklingsstrategier

Region Hovedstadens to bærende udviklingsstrategier Region Hovedstaden - Helhed i sundhed og Region Hovedstaden - den grønne metropol formulerer den overordnede politisk prioriterede ramme for regionens udvikling. På baggrund af udviklingsstrategierne har regionsrådet valgt et antal hovedtemaer, som hospitalerne skal arbejde med i perioden frem til udgangen af 2013. I udviklingsaftalen mellem hospitalsdirektionen og koncerndirektionen redegøres for hvordan hospitalet konkret vil arbejde med hovedtemaerne i perioden.

Hovedtemaer for Region Hovedstadens Psykiatri

Obligatorisk tema: Helhed i patientforløb

Valgfrie temaer Der vælges to til tre temaer blandt nedenstående

Helhed i sundhed	
> Partnerskab med patienterne kommunikation og empowerment	<input checked="" type="checkbox"/>
> Effektivitet	<input checked="" type="checkbox"/>
Den grønne metropol	
> Forskning og innovation	<input checked="" type="checkbox"/>
> Bæredygtighed	<input type="checkbox"/>
> Internationalisering, viden og vækst	<input type="checkbox"/>

2

Region Hovedstaden – helhed i sundhed

Hovedtema 1: Helhed i patientforløb

Region Hovedstaden tilbyder sammenhæng i patientens forløb fra opsporing, udredning til færdigbehandling, i et ligeværdigt og forpligtende samarbejde med kommuner og almen praksis, så alle patienter tilbydes et veltillægt patientforløb af høj kvalitet.

Organiseringen tager udgangspunkt i patientforløbet frem for specialernes afgrænsning og tilrettelæggelsen af arbejdsopgaver understøtter dette. Ansvar for patienten er tydeligt og der er klare aftaler og kommunikation mellem afdelinger, hospitaler, kommuner og almen praksis så den ene hånd ved, hvad den anden gør.

Der er fokus på overgangene fx gennem implementering af forløbsbeskrivelser/pakkeforløb, udvikling af ledelse af forløb og udvikling af stafetprincippet. Der er også fokus på sikre overgange gennem ensartet og god kommunikation om patienten. Behandlingen sker på baggrund af fælles kliniske retningslinier, forløbsbeskrivelser eller pakkeforløb. Hospital, kommuner og almen praksis samarbejder om at udvikle effektive patientforløb fx gennem udvikling af den tværsektorielle ledelsesstruktur og forbedret anvendelse af it-understøttelse (MedCom og Fælles Medicinkort).

Hospitalets strategiske udviklingsområder

Udviklingsområderne kan omhandle forløb mellem afdelinger, hospitaler og/eller mellem sektorer

- 1.1. Udvikling af tværsektorielt samarbejde i forhold til patienter med komplekse, sociale problemstillinger
- 1.2. Udvikling af shared care – ny samarbejdsmodel med almen praksis om behandling af patienter med angst og depression

3

Hovedtema 2: Partnerskab med patienten

Region Hovedstaden har brug for den viden og ekspertise, der ligger hos den enkelte borger, for at kunne tilbyde den bedste behandling. Tilrettelæggelsen af behandlingen tager udgangspunkt i at styrke og udvikle patienternes og de pårørendes ressourcer. Samarbejde og inddragelse sker gennem dialog med og tilbagemelding fra patienten og pårørende. Samarbejdet gør regionen i stand til at tilrettelægge gode, vedkommende forløb og tilbud. Medinddragelse og partnerskab styrker patienter og pårørendes evne til og mulighed for at mestre deres egen situation og støtter dermed rehabilitering og sundhedsfremme. Partnerskab med patienten kan ske gennem fokus på fx patientuddannelse, kommunikation, netværksdannelse, innovativ planlægning og styring af forløb mv.

Strategiske udviklingsområder

- 2.1. Nedbringelse af overmedicinering i psykiatrien
- 2.2. Forbedring af patient- og pårørendeinddragelse
- 2.3. Afstigmatisering

4

Hovedtema 3: Effektivitet

Region Hovedstaden tilbyder en rationel, veldokumenteret og omkostningseffektiv behandling, der er baseret på fælles kliniske retningslinjer. Den specialiserede behandling er samlet i enheder, hvor antallet af patienter giver grundlag for et højt kvalitetsniveau og en fortsat udvikling af kvaliteten, og der er nære behandlingstilbud til de almindeligst forekommende sygdomme alle steder i regionen. Organiseringen af behandlingen tager udgangspunkt i patientforløb frem for specialernes afgrænsning. Processer og arbejdsgange er tilrettelagt, så spild og ventetid minimeres. Effektivitet og lighed i behandlingstilbud fremmes gennem fx udvikling af den kliniske kvalitet, anvendelse af LEAN metoder i arbejdstilrettelæggelsen, understøttelse af hurtig diagnostik, implementering af ny viden og ny teknik.

Strategiske udviklingsområder

- 3.1. Fokus på klinisk kvalitet – NIP

5

Hovedtema 1: Forskning og innovation

I Region Hovedstaden skal en sundhedsforskning af høj international kvalitet være grundlaget for et effektivt og fremtidsikret sundhedsvæsen. Der er behov for et tæt samspil med universiteter og erhvervslivet – nationalt og internationalt. Der er behov for at styrke implementering af forskningsresultater, så vi kan tilbyde patientbehandling og sundhedstjenester i top. Herudover skal sundhedsforskningen bidrage til bedre ressourceudnyttelse og til at løse nogle af de mere langsigtede udfordringer for sundhedsvæsenet som følge af bl.a. ændret demografi, nye behandlingstilbud, ventelistegaranti, krav om effektivisering, stigende konkurrence m.m. Ny viden skal formidles til medarbejdere og efterspørges af ledere.

Hospitalet står over for en række udfordringer, der kalder på helt nye løsninger inden for velfærdsteknologi, arbejdsge og processer. Der er derfor behov for øget innovation – herunder offentlige-private innovationsamarbejder. Det kan fx være inden for teknologiske, miljømæssigt og økonomisk bæredygtige eller medicotekniske løsninger, eller inden for arbejdsge, tværsektoriel samarbejde om at sætte patienten i centrum.

Strategiske udviklingsområder

1.1. Implementering af forskningsstrategi

6

Hovedtema 1: Helhed i patientforløb

Strategisk udviklingsområde 1.1: Udvikling af tværsektorielt samarbejde i forhold til patienter med komplekse, sociale problemstillinger

Samarbejdet i forhold til patienter med komplekse, sociale problemstillinger skal udvikles

Visionerne for fremtidens psykiatri sigter mod, at patienterne skal opleve sammenhængende forløb, og det kræver et tæt samarbejde mellem Region Hovedstadens Psykiatri og andre sektorer. Udvikling af psykiatrien til mere ambulante og mere intensive behandlingsforløb ager behovet for at samarbejde med andre sektorer. Regionsrådet har afsat en pulje på 50 mio. kr. årligt mhp. at styrke det tværsektoriel samarbejde om udsatte grupper. I forhold til det psykiatriske område er det besluttet, at der skal være særligt fokus på indsatsen i forhold til 3) tværsektorielt samarbejde om indsatsen overfor mennesker med sindslidelse og misbrug (dobbelttilagnoser), 2) sammenhæng i tilbud vedr. den lettere psykiatri (forebyggelse) og 3) samarbejde om indlæggelser og udskrivning (børn og voksne).

Handlingsplan:

- Under Regionsrådets pulje til samarbejde med kommuner om svage grupper igangsættes fem projekter:
1. Der igangsættes projekt om fælles initiativer i forhold til hjemløse med psykisk sygdom – psykiatrisk gadeplansteam
 2. Der igangsættes projekt om tværsektorielt samarbejde om indsatsen overfor mennesker med sindslidelse (ikke-psykotiske) og misbrug
 3. Der igangsættes projekt om tidlig opsporing – sammenhæng i tilbud vedr. den lettere psykiatri
 4. Der igangsættes projekt om samarbejdskonsulenter – fokus på samarbejdsaftalerne
 5. Der igangsættes projekt om samarbejde om indlæggelser og udskrivning (Børn)
 6. Der igangsættes derudover i samarbejde med Københavns Kommune et projekt om samarbejdsmodel i forhold til patienter med misbrug

Konkrete mål: Det skal nedenfor angives, hvorledes data indsamles og på hvilket grundlag målopfølgelse beregnes, samt hvor ofte og i hvilket forum opfølgningen foregår.

- 1.1 Der er etableret et psykiatrisk gadeplansteam i forhold til hjemløse med psykisk sygdom i samarbejde med Københavns Kommune i efteråret 2012. Der gennemføres midtvejsevaluering ultimo 2013 af aktivitet og af parternes og borgernes oplevelse af samarbejdet.
- 2.1 Der er etableret en ambulante behandlingsklinik til mennesker med sindslidelse (ikke-psykotiske) og misbrug, herunder ansat personale i 4. kvartal 2012. Der er udviklet en ambulante udrednings- og behandlingspakke til mennesker med sindslidelse (ikke-psykotiske) og misbrug i 1. kvartal 2013.
- 3.1 Der er udviklet et koncept for samarbejde mellem RHP og kommunerne i forhold til at styrke viden hos relevante medarbejdere i kommunale jobcentre og vejledere ved ungdomsuddannelser om psykisk sygdom og særlige symptomer mhp. tidlig opsporing og igangsætning af relevant behandling, og der er udarbejdet en beskrivelse af de forskellige behandlingsmæssige muligheder, herunder indgange til behandling i 4. kvartal 2012.
- 4.1 Der er ansat samarbejdskonsulenter inden udgangen af 2012.
- 5.1 Der er etableret et akut udgående børne- og ungdomspsykiatrisk team i 4. kvartal 2012.
- 6.1 Der er udarbejdet en samarbejdsmodel for alverkligt psykisk syge med misbrug i samarbejde med Københavns Kommune medio 2013. Der er udviklet et fælles undervisningsprogram for personale i Københavns Kommunes og relevant sundhedsfagligt personale i RHP og afholdt to faglige temadage og et kursus for nogle personer inden udgangen af 2013.

Forankring:

Martin Lund, Peter Treufeldt & Sekretariats- og Kommunikationsafdelingen.

7

Hovedtema 1: Helhed i patientforløb

Strategisk udviklingsområde 1.2: Udvikling af shared care – ny samarbejdsmodel med almen praksis om behandling af patienter med angst og depression

Udvikling af shared care

Visionerne for fremtidens psykiatri sigter mod, at patienterne skal opleve sammenhængende forløb, og det kræver et tæt samarbejde mellem Region Hovedstadens Psykiatri og andre sektorer. Udvikling af psykiatrien til mere ambulante og mere intensive behandlingsforløb øger behovet for at samarbejde med andre sektorer. Region Hovedstadens Psykiatri bidrager til at udvikle samarbejdet med blandt andet bedre rådgivning og udvikling af modeller for shared care.

Handlingsplan:

1. Region Hovedstadens Psykiatri sætter i samarbejde med de øvrige regioner fokus på shared care gennem igangsættelse af et forskningsprojekt Collabri. Projektet omhandler udvikling og afprøvning af en dansk model for collaborative care ved angst og depression. Projektet består af en behandlingsdel og en evalueringdel. Projektet er afhængig af bevilling fra satspulje 2012-2015 inden for puljen til styrket samarbejde mellem behandlingspsykiatrien og almen praksis (shared care).
2. Samarbejdet med praksissektoren udvikles gennem udvikling af shared care med særligt fokus på ADHD.

Konkrete mål: Det skal nedenfor angives, hvorledes data indsamles og på hvilket grundlag målopfyldelse beregnes, samt hvor ofte og i hvilket forum opfølgningen foregår.

- 1.1 I marts 2013 er forberedelsesfasen i Collabri afsluttet, der er ansat personale, og der er gennemført undervisning for de praktiserende læger og caremanagers og indsatsen er igangsat. Der forventes i alt at deltage 1000 patienter i behandlingsdelen i hele projektperioden frem til 2015. Der vil være 60 praktiserende læger som indgår i hele projektet.
- 1.2 I forhold til evalueringdelen vil den randomiserede undersøgelse, den sundhedsøkonomiske undersøgelse og undersøgelse af patientperspektivet være igangsat marts 2013. 400 patienter vil indgå i evalueringen i hele projektperioden frem til 2015.
- 1.3 Evalueringdelens organisatoriske undersøgelse er igangsat august 2013.
- 2.1 Der udvikles en model for shared care om ADHD inden for børne- og ungdomspsykiatrien i samarbejde med praksiskonulter ultimo 2012.
- 2.2 I maj 2012 etableres en ADHD telefonrådgivningsordning, hvor kommuner, praktiserende speciallæger og praktiserende læger kan rette henvendelse til speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri med kendskab til ADHD.
- 2.3 Telefonrådgivningen evalueres medio 2013 i forhold til antal henvendelser og parternes oplevelse af rådgivningen.

Forankring:

Peter Treufeldt & Sekretariats- og Kommunikationsafdelingen.

8

Hovedtema 2: Partnerskab med patienten

Strategisk udviklingsområde 2.1: Nedbringelse af overmedicinering i psykiatrien

Fokus på at nedbringe overmedicinering i psykiatrien.

Visionerne for fremtidens psykiatri lægger vægt på en psykiatri med en bred vifte af behandlings tilbud, herunder at patienten tilbydes en kombination af medicinsk og terapeutisk behandling samt psykosociale interventioner, at behandlingen skal være åben og anerkendende, at der skal være adgang til den uægte medfremmede og akutbehandling af patienter med psykose i RHP. Det drejer sig om Zyprexa (Olanzapin), der anvendes til behandling af akutte psykiske tilstande og Miltazolam, der er et hurtigvirkende benzodiazepin (beroligende lægemiddel), der har været anvendt i den akutte fase af behandlingen af psykiske tilstande. Der igangsættes en række tiltag for at sikre, at overmedicineringen nedbringes.

Handlingsplan:

1. Medicindotering ved akutbehandling af patienter med psykose i RHP skal være rationel og følge godkendte vejledninger på området.
2. Personale i RHP kompetenceudvikles i forhold til psykofarmakologiske metoder og kognitiv miljøterapi, så det sikres at de rette kompetencer altid er til stede.
3. Det sikres, at "visioner for fremtidens psykiatri" implementeres.

Konkrete mål: Det skal nedenfor angives, hvorledes data indsamles og på hvilket grundlag målopfyldelse beregnes, samt hvor ofte og i hvilket forum opfølgningen foregår.

- 1.1 Der gennemføres en gennemgang af patientjournaler for at undersøge, om patienter har været udsat for unødigt risiko i behandlingen med den antipsykotiske medicin Olanzapin i 3. kvartal 2012 og følges op på resultaterne.
- 1.2 RHP implementerer anbefalinger fra ekspertgruppen om antipsykotisk behandling, efter gruppen har afsluttet arbejdet med udgangen af september 2012.
- 1.3 Der udvikles i 4. kvartal 2012 en ny monitoreringsmodel for medicin, der giver bedre muligheder for at monitorere medicinforbruget, og der følges op på resultaterne.
- 1.4 Der sættes særligt fokus på at nedbringe brugen af uhensigtsmæssig polyfarmaci, brugen af vanedannende medicin samt arbejdet med registrering af bivirkninger. Der afrapporteres til Psykiatriudvalget.
- 2.1 Der videreudvikles og gennemføres kurser i psykofarmakologi for speciallæger og for psykologer i efteråret 2012 og i 2013. Der gennemføres desuden minimum 1 årligt medicinkursus for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter samt 2 årlige medicinkurser for ikke-sundhedsfagligt personale. I regi af HNU gennemføres årligt farmakologikursus for social- og sundhedsassistenter og rationel medicinbehandling for sygeplejersker.
- 2.2 Der arbejdes på at udbydere evidensbaserede kognitive metoder i RHP. Herunder afholdes 2 årlige temadage for personale i kognitiv miljøterapi, der gennemføres hver andet års specialuddannelse og årligt supervisoruddannelse for læger og psykologer samt årligt uddannelse i kognitiv miljøterapi for tværfagligt klinisk personale.
- 3.1 RHP deltager og bidrager til arbejdet i arbejdsgruppen, der skal sikre, at "visioner for fremtidens psykiatri" implementeres på den mest hensigtsmæssige måde. Arbejdsgruppen afrapporterer til Psykiatriudvalget.

Forankring:

Maritin Lund, Peter Treufeldt, Eva Borg, Sekretariats- og Kommunikationsafdelingen, Kvalitets- og Udviklingsafdelingen samt HR-afdelingen.

9

Hovedtema 2: Partnerskab med patienten

Strategisk udviklingsområde 2.2: Forbedring af patient- og pårørendeinddragelse

Fokus på at forbedre inddragelse af patienter og pårørende
Visionerne for fremtidens psykiatri har udgangspunkt i at patienten er i centrum. Indsatsen i psykiatrien skal være baseret på recovery, netværksinddragelse og rehabilitering. Patienter og pårørende besidder vigtig viden og ressourcer. Patienter og pårørende skal derfor inddrages i alle faser af deres egne forløb med respekt for den enkelte ressourcer. Der er igangsat en langsigtet udviklingsproces, der indebærer en ændring af praksis og arbejdsrutiner i psykiatrien. Der sættes fokus på, at den psykiatriske behandling understøtter patientens egen recoveryproces, således at behandlingen og behandlingsmetoderne afspejler patienternes egne ønsker og mål for fremtiden. Der sættes ligeledes fokus på, at patienter og pårørende inddrages som ligestillede partnere i udviklingen af Region Hovedstadens Psykiatri.

Handlingsplan:

1. Inddragelse af patienter forbedres, herunder at sikre at medarbejderne i RHP opnår kendskab og metoder til at arbejde recovery-orienteret. Der er tale om udvælgelse af Regionsrådets prioriteringspulje.
2. Inddragelse af pårørende forbedres, herunder kompetenceudvikling af medarbejdere i forhold til inddragelse af pårørende og udvikling af fælles koncept for pårørendeundervisning.
3. Indsatsen over for børn som pårørende stykes gennem et tværrregionalt samarbejde med Psykiatri Skåne for at bidrage til best practice og evidensbaseret viden indenfor området. Der er bevilliget midler fra EU, Interreg IV A Øresund-Kattegat-Skagerrak.

Konkrete mål: Det skal nedenfor angives, hvorledes data indsamles og på hvilket grundlag målopfyldelse beregnes, samt hvor ofte og i hvilket forum opfølgningen foregår.

- 1.1 Der udarbejdes en strategi for patientinddragelse samt en handlingsplan, som foreligger ultimo 2012.
- 1.2 Der afholdes en konference om recovery i maj 2012 for medarbejdere, patienter og pårørende med deltagelse af 300 personer.
- 1.3 En tredjedel af alle sengeafsnit og distriktspsykiatriske centre, herunder OP-teams i RHP har gennemgået uddannelsen i recovery inden 31.12.2013
- 1.4 Patienternes tilkendegivelser ved spørgeskemaundersøgelser, at de oplever større grad af recoveryorientering, herunder større inddragelse i behandlingen og mindre grad af stigmatisering ifm. behandling i RHP
- 2.1 Der udarbejdes en handlingsplan for inddragelse af pårørende, som foreligger i ultimo 2012.
- 3.1 Der er udarbejdet en kortlægning af indsats for børn som pårørende til psykiatriske patienter i Region Skåne og Region Hovedstaden, som foreligger december 2012.
- 3.2 Der er udviklet metoder og gennemført uddannelse i forhold til børn som pårørende af halvdel af alle relevante medarbejdere i et samarbejde mellem de to regioner inden udgangen af 2013.

Forankring:

Eva Borg og Sekretariats- og Kommunikationsafdelingen samt kompetencecenteret for rehabilitering, recovery og shared care.
Der er desuden nedsat styregrupper for de tre projekter.

10

Hovedtema 2: Partnerskab med patienten

Strategisk udviklingsområde 2.3: Afstigmatisering

Der skal arbejdes for afstigmatisering gennem en åben og proaktiv psykiatri
Mennesker med psykisk sygdom oplever ofte stigmatisering. Op mod en fjerdedel af stigmaoplevelserne foregår i kontakten med psykiatrien. Et øget vidensniveau i befolkningen er afgørende for afstigmatisering af psykisk sygdom og psykiatri. Samtidig er der et stort ønske blandt borgere, patienter og pårørende om mere viden om psykisk sygdom. Region Hovedstadens Psykiatri vil imødekomme dette ved at være åben og proaktiv, så patienter, pårørende og borgere sikres nem adgang til viden om psykisk sygdom og behandling.

Handlingsplan:

1. Region Hovedstadens Psykiatri deltager i landsindsatsen "En af os" og Psykiatrifondens landsindsats for skizofreni.
2. Mennesker med psykisk sygdom, deres pårørende og borgerne i Region Hovedstaden understøttes med nem adgang til viden om psykisk sygdom og behandling.

Konkrete mål: Det skal nedenfor angives, hvorledes data indsamles og på hvilket grundlag målopfyldelse beregnes, samt hvor ofte og i hvilket forum opfølgningen foregår.

- 1.1 I august 2012 igangsættes i samarbejde med Psykiatrifonden en kampagne målrettet personalet i psykiatrien i Region Hovedstaden og i de øvrige regioner
- 1.2 I foråret 2013 etableres et korps af fagfolk fra RHP på minimum 15 personer, der bidrager i afstigmatiseringsindsatsernes forskellige initiativer
- 1.3 Der etableres et netværk af frivillige personer, der ønsker at bidrage til afstigmatiseringsindsatserne på minimum 50 personer. Første møde med netværket afholdes i august 2012.
- 1.4 Der igangsættes regionale indsats målrettet mennesker med 1) anden etnisk baggrund end dansk, 2) børn og mennesker med svær psykisk sygdom. Der foreligger handlingsplaner for disse indsats i første kvartal 2013.
- 2.1 Region Hovedstadens Psykiatri etableres med officiel åbning i efteråret 2012.
- 2.2 I oktober 2012 etableres en baggrundsgruppe for PsykiInfo bestående af sundhedsfaglige personer og repræsentanter for bruger-/pårørendeorganisationer, der mødes fire gange årligt.
- 2.3 Ultimo 2012 gennemføres baseline for tilfredshedsmåling blandt brugerne af PsykiInfo og antallet af besøgende og deres formål med at besøge PsykiInfo monitoreres mhp. indsats og evaluering i 2013.
- 2.4 Primo 2013 foreligger en plan for PsykiInfo indsats i 2013 inklusiv mål og succeskriterier.
- 2.5 I december 2012 etableres PsykiInfo-punkter på samtlige psykiatriske centre i regionen, hvor patienter, pårørende og personale kan få informationsmateriale og adgang til viden om kommende PsykiInfo aktiviteter.

Forankring:

Eva Borg og Sekretariats- og Kommunikationsafdelingen. Der er etableret en regional koordinationsgruppe og styregruppe og netværk i RHP for En af os.

11

Hovedtema 3: Effektivitet

Strategisk udviklingsområde 3.1: Fokus på klinisk kvalitet - NIP

Der skal sættes fokus på klinisk kvalitet i forhold til skizofreni og depression
Det er et overordnet mål i den regionale kvalitetshandlingsplan, at behandlingen er effektiv. Det vil sige, at behandlingen baseres på høj faglig standard, og at alle patienter tilbydes de relevante elementer i den optimale behandling. I Region Hovedstadens Psykiatri er der fokus på at forøge antallet af patienter der modtager udvalgte elementer af den optimale behandling, som den defineres i NIP standarderne for skizofreni og depression.

Handlingsplan:

1. Der udarbejdes handleplaner for opfyldelse af 3 prioriterede indikatorer i forhold til diagnostiske tiltag vedr. patienter med incident skizofreni.
2. I forhold til kognitiv funktionsvurdering af patienter med incident skizofreni implementeres det anbefalede redskab BACS, sammen med supplerende tests, når dette er klart til klinisk brug
3. For NIP depression planlægges opkvalificering af medarbejdere ift. Hamilton rating i regi af Danish University Antidepress. Group (DUAG)

Konkrete mål: Det skal nedenfor angives, hvorledes data indsamles og på hvilket grundlag målopfyldelse beregnes, samt hvor ofte og i hvilket forum opfølgningen foregår.

- 1.1 Opfyldelse af NIP skizofreni standardniveauer for følgende 3 indikatorer ved udgangen af 2013:
 - Vurdering ved specialtege i psykiatri (95%)
 - Interview med diagnostisk interview (80%)
 - Vurdering af kognitiv funktion ved psykolog (70%)
- 2.1 Medarbejdere certificeres i anvendelsen af BACS i 2013
- 3.1 Stigende opfyldelse af NIP depression for indikator ved vurdering af depressions sværhedsgrad v. Hamilton inden 7 dage fra indlæggelse (50%) ved udgangen af 2013. Der er tale om en ny indikator.

Forankring:

Peter Treufeldt og Kvalitets- og Udviklingsafdelingen

12

Hovedtema 1: Forskning og innovation

Strategisk udviklingsområde 1.1: Implementering af forskningsstrategi

Region Hovedstadens Psykiatris forskningsstrategi skal implementeres

I visionerne for fremtidens psykiatri indgår, at Region Hovedstaden skal være førende i forskning i Danmark. I Region Hovedstadens Psykiatri prioriteres forskning højt. Forskning skal være til gavn for patienterne, og som landets største psykiatri har vi en særlig forpligtelse til at være førende inden for psykiatrisk og børne- og ungdomspsykiatrisk forskning. Region Hovedstadens Psykiatri har en forskningsstrategi, hvis overordnede mål er at løfte forskningsaktivitet og -kvalitet.

Handlingsplan:

1. Region Hovedstadens Psykiatri vil iværksætte forskning i livstilintervention målrettet mennesker med psykisk sygdom. Det langsigtede formål er at udvikle evidensbaseret klinisk praksis, der kan nedbringe overfølelsen ved livstilssygdomme blandt mennesker med psykisk sygdom.
2. Region Hovedstadens Psykiatri har en overordnet vision om at øge forskningsaktiviteten markant. Derfor udarbejder RHP forskningshandleplaner for alle psykiatriske centre med angivelse af lokale forskningsinitiativer, der bidrager til at øge forskningsaktiviteten.
3. Etableringen af professorater og forskningssektorer er et vigtigt led i at sikre forskning på højt internationalt niveau. Derfor vil Region Hovedstadens Psykiatri arbejde for at øge antallet af professorater og forskningssektorer i samarbejde med København Universitet.

Konkrete mål: Det skal nedenfor angives, hvorledes data indsamles og på hvilket grundlag målopfyldelse beregnes, samt hvor ofte og i hvilket forum opfølgningen foregår.

- 1.1 Der sker opfølgning på fremdrift og resultater af forskning vedrørende livstilinterventioner målrettet mennesker med psykisk sygdom én gang årligt ved udarbejdelse af statusrapport. 1. statusrapport foreligger februar 2013.
- 2.1 1. generation af lokale forskningshandleplaner er udarbejdet inden udgangen af 2013. Opfølgning på handleplanerne sker én gang årligt i dialog mellem direktionen og centerledelserne. Datagrundlaget sammensættes på baggrund af de lokale initiativer, der indgår i centrenes forskningshandleplaner og omfatter f.eks. oversigt over interne og eksterne forskningsmidler, antal forskningsårsværk m.v.,
- 3.1 Der er etableret endnu 1 professorat inden for området biologisk psykiatri inden udgangen af 2013.

Forankring:

Peter Treufeldt og Kvalitets- og Udviklingsafdelingen

13

Psykiatriudvalgets møde den 26. november 2012

Sag nr. 1

Emne: Overmedicinering i psykiatrien

Bilag 2

Region Hovedstaden

Afrapportering fra ekspertgruppen om antipsykotisk behandling i Region Hovedstadens Psykiatri

REGION

Koncern Plan, Udvikling og Kvalitet

20. november 2012

Indholdsfortegnelse

Baggrund og formål	side 3
Hovedkonklusion på ekspertgruppens arbejde	side 3
Ekspertgruppens indledende bemærkninger om antipsykotisk behandling	side 4
Ekspertgruppens opgaver ifølge kommissoriet:	
▪ A – rammer for antipsykotisk behandling	side 6
▪ B – rammer for længerevarende behandling	side 7
▪ C – rammer for anvendelsen af midazolam	side 8
▪ D – indsatser i forhold til polyfarmaci	side 8
▪ E – gennemførelse af journalaudit	side 9
▪ F – anbefalinger til monitorering	side 10
▪ G – undersøgelsen fra embedslægen	side 11
Bilag:	
Bilag 1: Kommissorium for ekspertgruppen om antipsykotisk behandling i psykiatrien	side 12
Bilag 2: Journalaudit af psykiatriske patienter behandlet med over 40 mg olanzapin dagligt, Klinisk Farmakologisk Afdeling	
Bilag 3: Notat om Sundhedsstyrelsens organisationstilsyn med Psykiatrisk Center Glostrup	

Baggrund og formål

Embedslægerne Hovedstaden gennemførte den 11. juni 2012 et tilsynsbesøg på Psykiatrisk Center Glostrup på baggrund af en række henvendelser til Sundhedsstyrelsen. Besøget mundede ud i et organisationstilsyn med fokus på den medicinske behandling af akutte psykotiske tilstande. Tilsynet blev afsluttet den 21. september 2012 med en rapport over embedslægernes vurdering af medicineringspraksis på centret.

Sundhedsstyrelsen gennemgår desuden en række udvalgte patientforløb i forhold til, om de involverede sundhedspersoner har udvist omhu og samvittighedsfuldhed, jf. autorisationslovens § 17. Denne gennemgang forventes afsluttet i november 2012. Forud for tilsynsbesøget havde Region Hovedstadens Psykiatri selv foretaget en undersøgelse af medicin anvendelsen, som viste, at det antipsykotiske lægemiddel olanzapin blev anvendt i doser over det anbefalede niveau.

I forlængelse af tilsynsbesøget nedsatte Region Hovedstaden en ekspertgruppe for antipsykotisk behandling, som har haft til opgave at vurdere og kvalificere anbefalingerne for maksimale medicindoser samt at drøfte rammerne for antipsykotisk behandling. Ekspertgruppen blev nedsat i juni 2012 og sammensat med ekspertrepræsentation fra alle fem regioner. Koncerndirektør Katja Kayser fra Region Hovedstaden er formand for gruppen. Kommissorium og medlemssammensætning fremgår af bilag 1.

Rapporten er kommenteret af Dansk Psykiatrisk Selskab.

Hovedkonklusion på ekspertgruppens arbejde

- De allerede eksisterende vejledninger i Region Hovedstadens Psykiatri er opdaterede og baseret på evidens for behandling med antipsykotisk medicin. Problemet var, at vejledningerne ikke blev fulgt.
- Der er taget en række initiativer i Region Hovedstadens Psykiatri. Der er ved at blive udviklet et monitoreringssystem, der kan overvåge alle patienters medicinforbrug, og der skal indføres medicingennemgang med passende tidsintervaller med deltagelse af udpeget fagperson.
- Der er gennemført en audit af 91 ud af 226 journaler, hvor patienterne i perioden 1. januar – 15. marts 2012 havde fået olanzapin ud over de anbefalede doser. Fire havde alvorlige bivirkninger, og i de tre tilfælde kan det ikke udelukkes, at olanzapin har været medvirkende årsag til bivirkningerne. En patient med et komplekst behandlingsforløb døde, og patientforløbet er derfor indberettet til embedslægeinstitutionen, som igangsætter en undersøgelse.
- Ekspertgruppen opfordrer til mere forskning i akutpsykiatrisk behandling og med fokus på national forskning af de sværeste psykisk syge.

Ekspertgruppen vurderer, at kommissoriet er opfyldt, og afslutter hermed arbejdet.

Ekspertgruppens indledende bemærkninger om antipsykotisk behandling

Som udgangspunkt har ekspertgruppen diskuteret den eksisterende viden om medikamentel behandling af den psykotiske patient, samt de vilkår der eksisterer for behandlingen.

Behandling

Det er overvejende patienter med skizofreni og andre psykotiske tilstande, der behandles med antipsykotika. Medicinen er – sammen med psykologiske, adfærdsmæssige og miljømæssige tiltag – et vigtigt element i behandlingen både i det akutte forløb og på længere sigt. Medicinsk behandling er som regel nødvendig både i den akutte psykotiske fase og på længere sigt for at undgå tilbagefald og opblussen af psykosen.

I den akutte fase (de første dage), hvor psykosen kan gøre patienten voldsomt forpint, urolig og nogle gange aggressiv, skal den antipsykotiske behandling iværksættes for at afhjælpe forpindheden og hindre patienten i at gøre skade på sig selv eller andre. Behandlingen skal tillige hindre, at patienter med en svær akut psykose udvikler et livstruende delir (delir er en tilstand, hvor personen ud over at være urolig også er desorienteret og forvirret). Det er en forbigående tilstand, som kan være farlig, hvis ikke det opdages og behandles). Det er ofte påkrævet at anvende højere medicindoser i den akutte fase end i vedligeholdelsesbehandlingen for at opnå en tilstrækkelig lindrende virkning hos patienten. Dette gælder særligt for anspændte, urolige og forpinte patienter med et langt kronisk forløb, og for patienter som har en hurtigere omsætning af medicin i leveren end normalt.

I den akutte behandling kan det være fordelagtigt at supplere den faste dosering af antipsykotika med p.n. medicin (medicin der gives efter behov) indtil den dosis, der passer til den enkelte patient, er fundet. I det efterfølgende forløb bør antipsykotika som hovedregel ordineres som fast medicin. Eventuelle p.n. ordinationer skal være lagt i faste rammer og være beskrevet nøje i journalen. Anvendelsen af p.n. medicin må aldrig erstatte den faste medicin.

Medicinens virkning

Antipsykotika omfatter en gruppe af lægemidler, der hovedsagligt virker ved at dæmpe de psykotiske symptomer som hallucinationer, vrangforestillinger og tankeforstyrrelser. De nyere antipsykotika – også kaldet 2. generations antipsykotika – har tillige en vis virkning på inaktivitet og social isolation. Olanzapin er et eksempel på et nyere antipsykotisk lægemiddel, som er meget effektivt både i den akutte behandling og i vedligeholdelsesbehandlingen. Olanzapin har en udbredt anvendelse i Danmark såvel som internationalt.

Den antipsykotiske medicin har en afgørende betydning i behandlingen af mange patienter, som bliver helt eller næsten symptomfri. For andre patienter har medicin en vis virkning, mens en lille gruppe patienter slet ikke har effekt af medicinen. Patienter der har god virkning af medicinen vil som oftest få et mildere sygdomsforløb med færre tilbagefald og genindlæggelser end patienter, der ikke responderer nævneværdigt på medicinen. Sidstnævnte patientgruppe har betydelig større risiko for et kronisk forløb med en kompleks behandling bestående af flere antipsykotiske præparater.

Både patientens, de pårørendes og lægens ønske om behandling af de pinefulde og invaliderende symptomer, som sygdommen er præget af, står i stærk kontrast til den varierende virkningsgrad af den antipsykotiske medicin. Der kan derfor opstå en fælles forventning om, at medicinen kan udrette mere, end den reelt kan. Risikoen ved denne "terapeutiske optimisme" er, at patienten behandles med flere antipsykotika (polyfarmaci) eller høje doser, selvom virkningen er marginal. Nyere dansk og international forskning kan ikke påvise en øget dødelighed hos patienter, der behandles med flere antipsykotika, men det giver en øget risiko for udvikling af bivirkninger.

Bivirkninger

Antipsykotika kan – som al anden medicin – fremkalde bivirkninger. Forekomsten af bivirkninger er som oftest dosisafhængig, hvilket fordrer, at der behandles med "den laveste effektive dosis". De første antipsykotika der kom på markedet giver blandt andet en række alvorlige neurologiske bivirkninger i form af bevægelsesforstyrrelser i fx ansigtsmuskulaturen. De nyere antipsykotika som overvejende anvendes i behandlingen i dag har færre neurologiske bivirkninger, men kan fx medføre risiko for vægtøgning og metaboliske forstyrrelser hos en del patienter.

Da det ofte vil være bivirkningerne, der er årsag til præparatskift hos en patient, er det afgørende for den langsigtede behandling, at bivirkningerne minimeres mest muligt, og at patienten finder dem acceptable. Det er derfor helt nødvendigt, at lægen og det øvrige sundhedspersonale indgår aktivt i opfølgningen på eventuelle bivirkninger såvel som behandlingseffekten i samspil med patienten.

Medicinsvigt

En del patienter holder undervejs i behandlingsforløbet op med at tage deres medicin. Der kan være flere årsager til dette, men resultatet er i de fleste tilfælde det samme; at sygdommen blusser op. Som nævnt oven for kan uacceptable bivirkninger medføre, at behandlingen afbrydes, men ikke sjældent skal årsagen findes i patientens manglende sygdomserkendelse, som er et centralt element i den psykotiske tilstand.

En voldsomt psykotisk patient som ikke selv mener at have behov for behandling kan i sidste instans indlægges og behandles med tvang efter psykiatriloven. Dette gælder, hvis patienten vurderes at være til fare for sig selv eller andre, eller fordi udsigten til at patienten kan få det afgørende bedre ellers ville være stærkt forringet.

Misbrug

Det er en kendsgerning at alkohol, hash eller stoffer bruges af mange psykiatriske patienter blandt andet for at dulme den forpintethed, uro og angst, der præger sygdommen. Det misbrug som en stor gruppe patienter udvikler har i sig selv stor indvirkning på patienternes liv og helbred, men det komplicerer også den medicinske behandling ved at ændre følsomheden over for den antipsykotiske medicin. Herved kan det blive svært at kontrollere virkningen af behandling og bivirkninger.

Forskning

Der gennemføres forskning for at forbedre den antipsykotiske akutbehandling, men mulighederne er begrænset af, at akut psykotiske patienter som regel ikke er i stand til at afgive informeret samtykke til medvirken i forskningsprojekter. Det betyder, at de studier som psykiatriens og lægemiddelinindustriens vejledninger tager afsæt i, ofte er udført med deltagelse af patienter, der ikke er nær så syge, som de patienter, der behandles på psykiatriske akutmodtagelser. Vejledningernes angivelse af dosering kan således vise sig ikke at være tilstrækkelig til de mest syge patienter. Behandlingen af de komplekse psykotiske tilstande må dog ikke føre til en systematisk overskridelse af den anbefalede dosering. Der skal i stedet tilskyndes til, at det muliggøres at gennemføre protokollerede forskningsforsøg vedrørende behandling af patienter, der lider af svære psykotiske urotilstande uden krav om informeret samtykke.

Inden for den psykiatriske grundforskning er der kommet stigende fokus på de bagvedliggende årsager til udviklingen af psykiske sygdomme. Der er store forventninger til, at man i fremtiden vil kunne målrette den medicinske behandling langt bedre end i dag gennem et øget kendskab til sygdomsmekanismerne. På den måde vil det forhåbentligt en dag blive muligt at give en mere virksom behandling til den enkelte patient, som samtidig er mere skånsom.

Ekspertgruppens opgaver ifølge kommissoriet

A. Drøfte rammer for den antipsykotiske akutfasebehandling og fastsætte en øvre grænse for dosis og for varighed af behandlingen

Ekspertgruppens indledende opgave var at fastsætte rammer for den akutte behandling i forhold til dosis og varighed. I Region Hovedstadens Psykiatri daværende vejledning for akut antipsykotisk behandling fremgik en maksimal dosering med olanzapin på 30 mg i døgnet med mulighed for overskridelse i særlige tilfælde efter konferering med en speciallæge. Ekspertgruppen valgte at fastsætte en øvre grænse for olanzapinbehandling på 40 mg i døgnet svarende til anbefalingen i medicin.dk (det tidligere Lægemiddelkatalog). Der eksisterer således ikke klare nationale retningslinjer fra sundhedsmyndighederne. Ekspertgruppen vurderede, at det ikke er muligt at bestemme en øvre dosisgrænse for særligt syge patienter, da dette altid må bero på en individuel vurdering af patientens tilstand. Ekspertgruppen anbefaler, at ordination af olanzapin over anbefalet døgndosis indtil videre godkendes af klinikchefen i henhold til de retningslinjer, der er udsendt af Region Hovedstadens Psykiatri. Når systematisk monitorering og medicingennemgange/stuegange er etableret, kan der tages stilling til, om det fortsat er relevant at inddrage klinikchefen i forbindelse med overskridelser af anbefalet døgndosis. Endelig fastlagde ekspertgruppen en varighed for akutbehandling på maksimalt tre dage.

Konstateringer

Ekspertgruppen konstaterer, at Region Hovedstadens Psykiatri har fulgt op på implementeringen af den nye vejledning gennem månedlige undersøgelser af doseringen af olanzapin på patientniveau. Undersøgelserne viser, at der siden juli 2012 er sket et markant fald i antallet af patienter, der har fået doser

over det anbefalede niveau. Udviklingen i anvendelsen af olanzapin og andre akutfaselægemedler følges fortsat gennem månedlige dataudtræk.

Ekspertgruppen konstaterer, at de allerede eksisterende vejledninger i Region Hovedstadens Psykiatri er opdaterede og evidensbaserede i forhold til behandling med antipsykotisk medicin. Som tidligere nævnt skal det understreges, at evidensen for dosering med antipsykotisk medicin i behandlingen af akutte psykotiske tilstande er sparsom.

Anbefalinger

- Ekspertgruppen har allerede bidraget med anbefalinger for behandling af akutte urotilstande i Region Hovedstadens Psykiatri i forbindelse med den midlertidige vejledning, der blev udgivet d. 4. juli 2012. Vejledningen skal revideres ultimo 2012.
- Ekspertgruppen anbefaler, at ordination af olanzapin over anbefalet døgndosis indtil videre godkendes af klinikchefen i henhold til de retningslinjer, der er udsendt af Region Hovedstadens Psykiatri. Når systematisk monitorering og medicinggennemgange/stuegange er etableret, kan der tages stilling til, om det fortsat er relevant at inddrage klinikchefen i forbindelse med overskridelser af anbefalet døgndosis.
- Ekspertgruppen anbefaler, at der ved revidering af vejledningen tilføjes et afsnit om håndtering af antipsykotisk behandling hos patienter, der har et sideløbende misbrug af fx alkohol eller stoffer.
- Ekspertgruppen anbefaler en styrkelse af forskningen i akut psykiatrisk behandling ved igangsættelse af et nationalt arbejde omkring lempelse af kravet om informeret samtykke.

B. Drøfte rammer for den længerevarende behandling med antipsykotika samt proces for fastsættelse af øvre grænser for vedligeholdelsesdoser

Konstateringer

Ekspertgruppen konstaterer, at det primære fokus har været den akutte behandling, men at der også er behov for opmærksomhed på vedligeholdelsesbehandling og særligt de udfordringer, der kan være forbundet med overgangen fra akut til længerevarende behandling. Udgangspunktet for behandlingen bør altid være, at der ikke gives mere medicin end højst nødvendigt. Ved overgang til vedligeholdelsesbehandling fordres derfor en fornyet vurdering af patientens samlede medicinering.

Ekspertgruppen konstaterer, at langvarig anvendelse af p.n. medicin øger risikoen for en højere dosering end nødvendigt og ligeledes mindsker overblikket over patientens medicinering. P.n. medicinering bør derfor kun undtagelsesvis indgå i den længerevarende behandling.

Ekspertgruppen konstaterer, at anvendelsen af flere forskellige antipsykotika (polyfarmaci) øger risiko for, at patienten samlet set får mere medicin og flere bivirkninger end nødvendigt. Samtidig er der begrænset evidens for, at polyfarmaci har en bedre virkning end behandling med et enkelt antipsykotisk lægemiddel.

Ekspertgruppen konstaterer, at Region Hovedstadens Psykiatri har vejledninger, der understøtter evidensbaseret og opdateret behandling med antipsykotika i længerevarende forløb. Endvidere er Region Hovedstadens Psykiatri ved at udarbejde en vejledning for anvendelsen af p.n. medicin.

Anbefalinger

- Ekspertgruppen anbefaler fortsat opmærksomhed på, at vedligeholdelsesbehandlingen holdes inden for rammerne af lavest mulige dosis herunder fokus på, at p.n. anvendelsen holdes på et minimum.
- Ekspertgruppen anbefaler, at den tidligere beskrevne problematik om den ”terapeutiske optimisme” i forhold til medicinens virkning drøftes i de kliniske fora og tænkes ind i de konkrete planer for patienternes behandling.

C. Fastsætte rammer for anvendelse af midazolam som beroligende middel i akutfasebehandlingen afhængig af embedslægens undersøgelse

Konstateringer

Ekspertgruppen konstaterer, at Region Hovedstadens Psykiatri i samråd med Sundhedsstyrelsen besluttede at indstille behandling med midazolam efter tilsynsbesøget den 11. juni 2012. Midazolam har ikke været anvendt siden på de psykiatriske centre.

Ekspertgruppen konstaterer på baggrund af tilsynsrapporten fra embedslægerne, at midazolam kan vise sig at være en relevant behandling i psykiatrien i Danmark. Indførelse af behandling med midazolam skal ske ud fra en beskrivelse af det faglige beslutningsgrundlag og ud fra en systematisk opfølgning på behandlingen (Sundhedsstyrelsens vejledning om indførelse af nye behandlingsmetoder).

På baggrund af embedslæger rapportens konklusioner har ekspertgruppen ikke forholdt sig yderligere til spørgsmålet om anvendelsen af midazolam.

D. Drøfte om sagen giver anledning til særlige indsatser i forhold til polyfarmaci

Konstateringer

Ekspertgruppen konstaterer, at Region Hovedstadens Psykiatri har taget initiativ til flere tiltag for at nedbringe anvendelsen af polyfarmaci. Der er således udarbejdet en algoritme, der på systematiseret form beskriver rækkefølge og kriterier for valg af antipsykotika i behandlingen af patienter med debuterende psykoser. Det understreges heri, at polyfarmaci kun bør anvendes, hvis gentagne behandlinger med et enkelt lægemiddel ad gangen har været forsøgt. Ligeledes er der påbegyndt udvikling af monitoreringssystemer med henblik på at foretage automatiske dataudtræk over medicinforbrug på patientniveau, hvorved forekomsten af polyfarmaci kan afdækkes med henblik på en revurdering af behandlingen. Der er desuden iværksat afdækning af muligheder for etablering af medicingennemgang/stuegang med deltagelse af fx kliniske farmakologer på alle centre med fokus på patienter med en kompleks behandling med polyfarmaci. Endelig er der gennemført forskning i po-

lyfarmaci, der har resulteret i en Medicinsk Teknologi Vurderingsrapport (MTV-rapport), der specifikt har indgået i tilblivelsen af retningslinjerne om polyfarmaci og uddannelse af personalet på området.

Anbefalinger

- Ekspertgruppen anbefaler, at Region Hovedstadens Psykiatri arbejder videre med at indføre medicingennemgang med passende tidsintervaller med deltagelse af udpeget fagperson fx klinisk farmakolog, psykiater med særlig kompetence eller pharmaceut som led i en medicinserviceordning.
- Ekspertgruppen anbefaler, at der påbegyndes arbejde med medicinsanering hos patienter, der allerede er i polyfarmakologisk behandling.

E. Anbefale metode til, sikre gennemførelsen af og drøfte resultaterne af journalaudit på baggrund af oplæg fra Enhed for Patientsikkerhed

Der er gennemført en omfattende farmakologisk audit af 91 patientjournaler. Journalerne er udvalgt på baggrund af 226 patientforløb, hvor der i perioden 1. januar - 15. marts 2012 var behandlet med olanzapin i en døgndosis over anbefalingen på 40 mg. Auditmetoden er besluttet i ekspertgruppen, og udgangspunktet har været at vurdere, om olanzapinbehandlingen har medført bivirkninger, eller har været forbundet med risiko for patienterne. Journalauditten er udført af Klinisk Farmakologisk Afdeling på Bispebjerg Hospital.

Konstateringer

Ekspertgruppen konstaterer, at de patientjournaler som var genstand for auditten inkluderede svære og ofte langvarige forløb med svært behandlelige psykoser, hyppig anvendelse af tvang samt antipsykotisk polyfarmaci. Patienterne havde også hyppigt flere sygdomsdiagnoser og komplicerende misbrug. Det vurderes på den baggrund, at auditten giver et solidt billede af de samlede 226 forløb.

Ekspertgruppen konstaterer, at der i gennemgangen af patientforløbene er fundet fire forløb med alvorlige hændelser, som kunne være potentielle følger af den antipsykotiske behandling. Disse forløb har efterfølgende været gennemgået i en særskilt audit, hvor det er fastslået, at det i tre tilfælde ikke kunne udelukkes, at olanzapin kunne have været medvirkende årsag til bivirkningerne. Det blev samtidig vurderet, at når den kliniske situation blev taget i betragtning, havde bivirkninger formentlig ikke kunne undgås, og patienterne var blevet behandlet adækvat. Et enkelt patientforløb viste sig særligt komplekst og blev overdraget til direktionen i Region Hovedstadens Psykiatri. Direktionen har besluttet at lade embedslægerne forestå den videre vurdering af patientforløbet.

Ekspertgruppen konstaterer med udgangspunkt i auditten, at effekten af behandlingen er veldokumenteret i næsten alle de auditerede journaler (97 %), hvorimod dokumentation af eventuelle bivirkninger ikke fremgår i samme omfang (62 %). Den løbende monitorering af den medicinske behandling ved hjælp af blodprøvetagning og måling af EKG er ikke foregået systematisk.

Ekspertgruppen konstaterer, at anvendelse af p.n. ordinationer udgør en forholdsvis stor andel af den samlede medicinske behandling med antipsykotika.

Anbefalinger

- Ekspertgruppen anbefaler, at behandling med doser udover vejledningens anbefalinger varetages på speciallægeniveau.
- Ekspertgruppen anbefaler, at der sikres en hensigtsmæssig understøttelse af behovet for øget dokumentation af bivirkninger. Der kan med fordel tages udgangspunkt i det elektroniske bivirkningsregistreringsskema (UKU), som aktuelt er under afprøvning i Region Hovedstadens Psykiatri.
- Ekspertgruppen anbefaler, at der i forbindelse med komplekse medicinske tilstande sker et øget samarbejde med somatikken.
- Ekspertgruppen anbefaler, at der sker en øget systematisk anvendelse af parakliniske prøver (fx blodprøver og EKG).
- Ekspertgruppen anbefaler, at der formuleres specifikke retningslinjer for anvendelse af p.n. medicinering.

F. Drøfte og formulere anbefalinger for den fremadrettede monitorering af behandling med antipsykotika

Konstateringer

Ekspertgruppen konstaterer, at systematisk monitorering på patientniveau er afgørende for at sikre en hensigtsmæssig medicinanvendelse.

Ekspertgruppen konstaterer, at Region Hovedstadens Psykiatri i august 2012 igangsatte udviklingen af et monitoreringssystem, der skal trække data fra regionens elektroniske medicinjournal (EPM). Monitoreringssystemet skal sikre og kvalificere den medicinske behandling med psykofarmaka og nedbringe anvendelsen af polyfarmaci gennem løbende rapporter, der indikerer, hvor og hvornår uacceptable variationer i medicineringen finder sted. Monitoreringsværktøjet forventes at være færdigt i begyndelsen af 2013.

Ekspertgruppen konstaterer, at Region Hovedstadens Psykiatri vil etablere en central medicinstøtteenhed, der skal understøtte monitorering af medicinforbruget på de psykiatriske centre. Etableringen er igangsat og forventes endeligt gennemført i begyndelsen af 2013.

Anbefalinger

Ekspertgruppen anbefaler, at:

- Region Hovedstadens Psykiatri deler erfaringerne om udvikling af et regionalt monitoreringssystem med Sundhedsstyrelsen og Danske Regioner.

G. Drøfte opdatering af relevante vejledninger i lyset af ovenstående samt undersøgelsen fra embedslægen.

Konstateringer

Ekspertgruppen konstaterer, at Region Hovedstadens Psykiatri vejledninger for antipsykotisk behandling efterlever de nationale og internationale behandlingsstandarder, og er opdaterede i forhold til den nyeste evidens på området.

Ekspertgruppen konstaterer, at Region Hovedstadens Psykiatri har igangsat udarbejdelsen af specifikke retningslinjer for p.n. ordination med henblik på at begrænse omfanget af p.n. medicinering.

Anbefalinger

Ekspertgruppen anbefaler, som tidligere nævnt, at Region Hovedstadens Psykiatri supplerer de eksisterende vejledninger med følgende:

- Retningslinjer for håndtering af antipsykotisk behandling hos patienter, der har et sideløbende misbrug af fx alkohol eller stoffer.
- Retningslinjer for anvendelse af p.n. medicinering (arbejdet er igangsat).

BILAG 1:

Kommissorium for ekspertgruppe om antipsykotisk behandling i psykiatrien

Formål

Som opfølgning på sagen om overmedicinering i psykiatrien, nedsættes der en ekspertgruppe om antipsykotisk behandling. Ekspertgruppens fastsættelse af rammer herfor skal ske med udgangspunkt i nationale og internationale anbefalinger.

Opgaver

Ekspertgruppen skal varetage følgende opgaver:

- A. Drøfte rammer for den antipsykotiske akutfasebehandling og fastsætte en øvre grænse for dosis og for varighed af behandlingen
- B. Drøfte rammer for den længerevarende behandling med antipsykotika samt proces for fastsættelse af øvre grænser for vedligeholdelsesdoser
- C. Fastsætte rammer for anvendelse af midazolam som beroligende middel i akutfasebehandlingen afhængig af embedslægens undersøgelse
- D. Drøfte om sagen giver anledning til særlige indsatser i forhold til polyfarmaci
- E. Anbefale metode til, sikre gennemførelsen af og drøfte resultaterne af journalaudit på baggrund af oplæg fra Enhed for Patientsikkerhed
- F. Drøfte og formulere anbefalinger for den fremadrettede monitorering af behandling med antipsykotika
- G. Drøfte opdatering af relevante vejledninger i lyset af ovenstående samt undersøgelsen fra embedslægen.

Ekspertgruppens sammensætning

Gruppen ledes af koncerndirektør Katja Kayser, Region Hovedstaden, og har følgende medlemmer:

- Jan Mainz, ledende overlæge, Region Nordjylland
- Per Jørgensen, cheflæge, Region Midtjylland
- John Teilmann Larsen, overlæge, Region Syddanmark
- Ulf Søgaard, ledende overlæge, Region Sjælland
- Annemarie Hellebæk, overlæge, konst. chef for Enhed for Patientsikkerhed
- Torben Mogensen, vicedirektør, Hvidovre Hospital
- Stig Ejdrup Andersen, overlæge, Klinisk Farmakologisk Enhed, Bispebjerg Hospital
- Professor Birte Glenthøj, Region Hovedstadens Psykiatri
- Christian Worm, direktør, Koncern Plan, Udvikling og Kvalitet, Region Hovedstaden

Martin Lund, direktør og Rene Priess, kvalitetschef fra Region Hovedstadens Psykiatri deltager som observatører ved møderne for at sikre, at direktionen i Region Hovedstadens Psykiatri er orienteret samt bidrage med viden om hospitalets vejledninger og patientsikkerhedsarbejde.

Ekspertgruppen sekretariatsbetjenes af Koncern Plan, Udvikling og Kvalitet, Region Hovedstaden.

Dansk Psykiatrisk Selskab deltager ikke direkte i ekspertgruppen, men vil blive hørt i forbindelse med fremadrettede tiltag. Det overvejes desuden, hvordan Lægemiddelstyrelsen kan involveres.

Tidsplan

Ekspertgruppen holder første møde primo august 2012 og forventes at afslutte arbejdet med udgangen af september 2012.

BILAG 2

**Journalaudit af psykiatriske patienter
behandlet med over 40 mg olanzapin dagligt**

Klinisk Farmakologisk afd.

Resumé

Region Hovedstadens Psykiatri identificerede 226 patienter, som under indlæggelse på en af regionens psykiatriske afdelinger fra 1.1. til 15.3. 2012 (indeksperioden) havde fået mindst én døgndosis olanzapin over 40 mg. En delmængde på 91 (40%) af disse journaler blev udvalgt til en retrospektiv audit, fordi patienterne var blevet henvisning til somatisk vurdering (ambulatorium, indlæggelse eller tilsyn), var døde, havde udenlandsk CPR eller havde fået mindst én døgndosis olanzapin over 100 mg.

Materialet er retrospektivt og bygger på journaloptegnelser. Jf. optegnelserne havde godt 2/3 af patienterne en diagnose indenfor det skizofrene spektrum, og 73% havde komorbiditet, hyppigst i form af misbrug.

Før indeks-indlæggelsen var 48% af patienterne i behandling med olanzapin i døgndoser mellem 5 til 80 mg. Ifølge journalerne varierede patienternes olanzapin døgndoser under indeks-indlæggelsen mellem 45 og 160 mg per døgn, men de fleste fik døgndoser på mellem 50 og 80 mg. Brug af relativt høje doser olanzapin efter behov (pn) var hyppigt beskrevet. Ca. halvdelen af patienterne fik andre antipsykotika i tillæg til olanzapin.

Bivirkninger var registreret i 43% af journalerne, og i 10% var angivet, at patienterne ikke havde bivirkninger. I de øvrige journaler var fandtes ingen notater om vurdering af eventuelle bivirkninger. Ekstrapyramidale bivirkninger og CNS depression var de hyppigste journalførte bivirkninger og forekom hver især hos godt 1/4 af patienterne.

Fire patienter havde alvorlige hændelser, som kunne være potentielle følger af den antipsykotiske behandling (dødsfald, muligt malignt neuroleptikasyndrom, og svære ekstrapyramidale bivirkninger) og disse journaler blev vurderet af et auditpanel. I de tre tilfælde kunne det ikke udelukkes, at olanzapin kunne have været medvirkende årsag til bivirkningerne. Det blev vurderet, at når den kliniske situation blev taget i betragtning, havde bivirkninger formentlig ikke kunne undgås, og patienterne var blevet behandlet adækvat. Den sidste sag blev videregivet til Direktionen til videre vurdering, og er nu sendt til Embedslægeinstitutionen til vurdering.

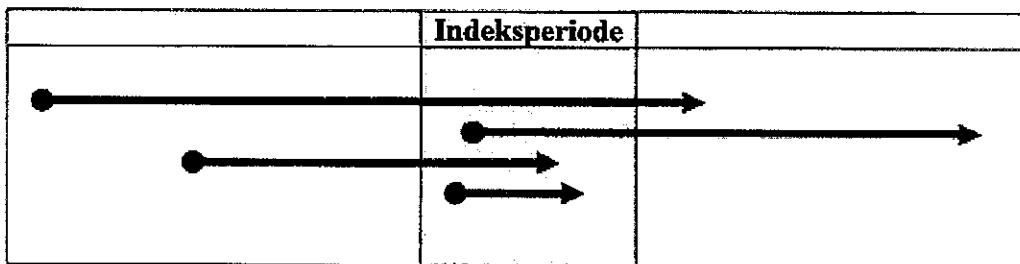
Metode

Udvælgelse af journaler til audit

Region Hovedstadens Psykiatri identificerede i alt 226 patienter, som under indlæggelse på en af regionens psykiatriske afdelinger i perioden 1.1.12 til 15.3.12 (indeksperiode) havde fået mindst én døgndosis olanzapin, som oversteg 40 mg. Det drejede sig om 226 patienter. For at få det bedste mål for, hvor stor en samlet dosis patienterne reelt modtog, blev patienternes reelt administrerede dosis olanzapin trukket fra EPMs sygeplejerskemodul (dispenseringsmodulet).

Indeksindlæggelsen betegner det indlæggelsesforløb, som helt eller delvist er foregået i indeksperioden. Indeks-indlæggelsen kan være begyndt før eller i indeksperioden, som illustreret i figur 1.

Figur 1



Af de initiale 226 patienter udvalgte en delmængde, hvor patienterne kunne have haft væsentlige bivirkninger af olanzapin. Følgende udvælgelseskriterier blev valgt:

- Død inden 1.9.12
- Somatisk tilsyn under indeks-indlæggelsen 1.1. – 15.3. 12
- Henvielse til somatisk ambulatorium inden 1.9.12
- Indlagt på somatisk afdeling inden 1.9.12
- Udenlandsk person med erstatnings CPR

Herved udvalgte 94 journaler. Ti af disse blev ekskluderet: Én var fejlinkluderet og i 9 tilfælde var patient blevet henvist til et somatisk ambulatorium, fx et gynækologisk ambulatorium, med ikke-relevante diagnoser.

Materialet blev suppleret med ikke-inkluderede journaler hvor patienten havde fået mindst én døgndosis olanzapin på 100 mg eller derover. Det drejede sig om 9 journaler. To af disse blev vurderet af Sundhedsstyrelsen og kunne derfor ikke indgå.

Alt i alt blev 91 journaler inkluderet. Tabel 1 viser fordelingen på udvælgelseskræterier.

Tabel 1

Udvælgelseskræterier for de 91 patientjournaler	Antal (%)*
Henvist til somatisk ambulatorium	50 (55%)
Somatisk tilsyn	22 (24%)
Indlagt på somatisk afdeling	16 (18%)
Patienter med udenlandske CPR nr.	7 (8%)
Fået ≥ 100 mg og ikke udtrukket på anden vis	7 (8%)
Døde (alle årsager)	5 (5%)

N overstiger 91, da journalerne kunne udvælges på mere end ét udvælgelseskræterium

Medicinudtræk

Patienternes olanzapin dosis samt øvrig medicin blev udtrukket fra sygeplejemodulet i EPM på de dage, hvor der blev givet mere end 40 mg olanzapin. Kun den kumulerede dosis olanzapin var tilgængelig uden angivelse af, om der var tale om en faste eller en pn ordinationer.

Antipsykotisk belastning

For at give et estimat af den enkelte patients samlede belastning med antipsykotika udviklede vi til formålet et "antipsykotisk belastnings indeks". Dosis af hver enkelt af patientens antipsykotiske lægemidler blev divideret med den maksimalt godkendt dosis for hvert lægemiddel. De herved fremkomne tal blev derefter adderet til en samlet belastningsscore. Den antipsykotiske belastning blev udregnet på de dage i indeksperioden, hvor døgndosis olanzapin oversteg 40 mg, og udtrykker derved patienternes maksimale eksponering med antipsykotika. De anvendte maksimaldoser kan ses i bilag 1.

Auditpanel

Var der optegnelserne angivet potentielle svære bivirkninger, fx dødsfald eller malignt neuroleptikasyndrom, blev journalerne udtaget til en gennemgang et møde af én times varighed med deltagelse af klinikchefen, en eller flere behandlingsansvarlige psykiatere fra det respektive center samt en professor i psykiatri.

Resultater

I alt 62 (68%) af patienterne kom fra tre centre (tabel 2). De inkluderede patienterne havde fået olanzapin i doser mellem 45 og 160 mg per dag. Den samlede antipsykotiske belastning målt i maksimale døgndoser varierede mellem 1,1 og 4,1. Tabel 3 viser demografien.

Godt 2/3 af patienterne blev udskrevet med en diagnose indenfor det skizofrene spektrum (tabel 4), og 73% havde komorbiditet, hyppigst misbrug. Femten patienter (16%) havde to, og 3 patienter (3%) havde 3 registrerede komorbiditeter (tabel 5).

I alt 48% var i behandling med olanzapin før indeksindlæggelsen i døgndoser varierende mellem 5 til 80 mg (figur 2). Under indeksindlæggelsen blev knap 80% af patienterne behandlet med maksimale døgndoser af olanzapin mellem 50 til 80 mg (figur 4) og den maksimale antipsykotiske belastning var for hovedparten under 3.

Den/de dato(er), hvor der blev givet den maksimale døgndosis olanzapin, modtog 46 (51%) af patienter ikke anden antipsykotisk behandling (antipsykotisk monoterapi).

Olanzapin blev givet som led i en akutfasebehandling hos ca. 50%, og knap 20 % af patienterne blev på et tidspunkt under indlæggelsen behandlet med olanzapin under anvendelse af tvang.

Hos 70% var olanzapin ordineret både som en fast daglig dosis og som .n. (tabel 6). Pn dosis varierede, og der var en tendens til højere pn doser jo mindre den faste dosis olanzapin var (tabel 7).

I 97% af journalerne fandtes notater, som beskrev en vurdering af olanzapin behandlingens effekt, mens vurdering af mulige bivirkninger var anført i 56 ud af de 91 journaler (62%). Ud af de 56 journaler, hvor bivirkninger var vurderet havde 9 patienter (10% af 91 patienter) ingen bivirkninger og 39 (43% af 91 patienter) blev vurderet til at have bivirkninger. I 8 (9%) af de 35 journaler (38%), hvor der ikke vurdering af bivirkninger i journalen, blev der ved audit fundet beskrivelser af symptomer og eller kliniske fund forenelig med bivirkninger til olanzapin hos 4 (4%).

I 1/4 af journalerne var der registreret bivirkninger i form af CNS depression (sedation) og i 1/4 var anført ekstrapyramidale bivirkninger (tabel 8). Der var ingen nævneværdig forskel i frekvensen af observerede bivirkninger hos patienter, som *ikke* var i olanzapin behandling før indeksindlæggelsen, sammenlignet med de patienter, som var i olanzapin behandling (tabel 9).

Hos fire patienter var der optegnelser af alvorlige hændelser, som kunne være potentielle følger af den antipsykotiske behandling (dødsfald, muligt malignt neuroleptikasyndrom og svære ekstrapyramidale bivirkninger) (se bilag 2). Disse patientjournaler blev gennemgået på et møde med deltagelse af klinikchefen, en eller flere behandlingsansvarlige psykiatere fra det respektive center samt en professor i psykiatri. I de tre tilfælde kunne det ikke udelukkes, at olanzapin kunne have været medvirkende årsag til bivirkningerne. Det blev vurderet, at når den kliniske situation blev taget i betragtning, havde bivirkninger formentlig ikke kunne undgås. Ydermere var de blevet behandlet adækvat. Den sidste sag blev videregivet til Direktionen til videre vurdering.

Øvrige observationer

Langt hovedparten af patienterne havde på et tidspunkt i deres indlæggelsesforløb fået taget et EKG, og kun 4% af journalerne indeholdt ingen EKG'er eller beskrivelser af EKG'er.

Optegnelserne tydede imidlertid på en usystematisk EKG-monitoreringen. Kun sjældent var der nogen tidsmæssig begrundelse for EKG-monitoreringen (fx høj dosis af antipsykotika, steady-state ved behandling med nyt antipsykotikum, ny status ved indlæggelse m.fl.). Der var fx tilfælde hvor patienter blev udskrevet med 80 mg olanzapin i fast daglig dosis uden at der blev taget EKG steady-state. Det skal tages med i betragtning, at nogle patienters psykiske tilstand (stærk psykotiske og bæltefikserede) umuliggjorde somatisk observation (EKG, BT måling). I flere af disse tilfælde fremgik dette af journalen.

KRAM faktorerne var i vurderet i de fleste journaler.

På psykiatrisk center Nordsjælland var der som et obligatorisk punkt i hver patients behandlingsplan (fortrykt på OPUS notat) en kort beskrivelse af bivirkningerne til behandlingen. Bivirkninger var således beskrevet for alle patienterne (n=7) indlagt psykiatrisk center Nordsjælland. Ingen af de øvrige centre havde et sådan fortrykt felt i deres behandlingsplan.

Diskussion

Denne audit af udvalgte patienters journaler afspejler den undersøgte patientpopulation og de informationer, som kunne udhentes af patienternes journaler. Det er vigtigt, at gøre opmærksom på, at der ved fortolkningen af resultaterne skal tages en del forbehold. Først og fremmest har auditten ikke forholdt sig til indikation, valg af antipsykotika, overvejelser omkring relevant effekt af de anvendte antipsykotika, samt problemstillinger af juridisk og etisk karakter. Dernæst er det vigtigt at gøre klart, at auditten i sin natur er retrospektiv og forlader sig på journalførte data. Bivirkningsregistrering kan således godt være foretaget i praksis, uden at det er anført i journaloptegnelserne. Det er desuden vigtig, at nogle af patienternes svært ustabile psykiske tilstand har besværliggjort og evt. umuliggjort bivirkningsregistreringen og/eller den somatiske observation.

Hos 47% af patienterne var der beskrevet en eller flere bivirkninger. Den kausale sammenhæng blev vurderet på baggrund af den kendte bivirkningsprofil for olanzapin og den tidsmæssige sammenhæng mellem opstart/dosis øgning af olanzapin og indtrædelsen af bivirkningen. I mange journaler manglede relevante somatiske observationer (BT, puls, EKG etc.) i relation til opstart/dosis øgning af olanzapin, og derfor kan bivirkningsfrekvensen være langt højere end her angivet.

I forbindelsen med audit udviklede vi et "antipsykotisk belastnings indeks" som ikke er valideret. Inden for den givne ramme lod det sig ikke gøre at omregning til klorpromazin ækvivalenter. Det udviklede indeks afspejlede antallet af maksimalt anbefalede doser, som patienten var i behandling med. Disse doser kan være givet i form af høj dosis af et enkelt antipsykotikum eller lavere doser af flere forskellige antipsykotika.

Auditten afspejler også i høj grad de kriterier, hvorved den undersøgte population er blevet udvalgt. Fælles for alle patienterne var, at de på et tidspunkt i indeksperioden havde fået over den maksimalt anbefalede olanzapin dosis (40 mg) i mindst et døgn samtidig med, at de opfyldte et eller flere supplerende udvælgelseskriterier såsom død, tilsyn fra eller henvisning til somatisk afdeling m.fl. Det var hensigten med kriterierne at inkludere de tungest medicinerede og mest bivirkningsramte af patienterne, men i hvilket omfang, det lykkedes, er ikke muligt at belyse ud fra dette ukontrollerede materiale. Dog synes den endelige patientpopulation, som var genstand for auditten, at inkludere svære og ofte behandlingsrefraktære psykoser og deraf afledte langvarige patientforløb, hyppig brug af tvang samt antipsykotisk polyfarmaci. Patienterne havde også hyppigt komorbiditeter og komplicerende misbrug.

Konklusion:

91 patientjournaler blev udvalgt til retrospektiv audit da de havde fået mere en 40 mg olanzapin dagligt i et eller flere døgn i perioden 1.1. til 15.3. 2012 og opfyldte udvælgelseskriterierne: Henvisning til somatisk vurdering (ambulatorium, indlæggelse eller tilsyn), død, udenlandsk CPR nr eller behandlet med over 100 mg olanzapin i mindst ét døgn.

Patienterne blev behandlet med olanzapin i doser 45-160 mg per døgn men de fleste med doser mellem 50-80 mg dagligt. Ca. halvdelen af patienterne fik olanzapin i kombination med et eller flere antipsykotika.

De hyppigste bivirkninger var CNS depression og ekstrapyramidale bivirkninger. Ca. halvdelen var *ikke* i olanzapin behandling på indlæggelsestidspunktet men der syntes ikke at være nogen sammenhæng mellem olanzapin status før indlæggelse og frekvensen af bivirkninger.

Fire patienter havde alvorlige hændelser, som kunne være potentielle følger af den antipsykotiske behandling (død, malign neuroleptika syndrom, svære ekstrapyramidale bivirkninger). Ét af disse patientforløb blev videregivet til Direktionen til videre vurdering, og er nu sendt til Embedslægeinstitutionen til vurdering.

Tabel 2

Antal patienter udtrukket til audit fordelt på centre samt den maksimale anvendte dosis olanzapin og den maksimale antipsykotiske, belastning patienterne har været udsat for på de dage, hvor der er givet mere end 40 mg olanzapin i indeks-perioden.

Center	Antal patienter udtrukket til audit	Maksimal dosis olanzapin (mg) i indeks-perioden	Maksimal antipsykotisk belastning på de dage i indeksperioden, hvor der blev givet mere end 40 mg olanzapin
Amager	6	50-120	1,4-3,5
Ballerup	6	60-110	1,5-3,6
Bornholm	1	70	2,1
Frederiksberg	6	45-90	1,1-2,6
Glostrup	25	50-160	1,25-4
Hvidovre	20	50-120	1,25-3,75
København	17	45-120	1,25-4,1
Nordsjælland	7	50-80	1,25-2,5
Sankt Hans	3	50-60	1,25-1,7

Tabel 3*Demografi*

Median alder (år (1. - 3. kvartil))	39 (32-49)
Antal mænd (%)	57 (63%)
Median indlæggelsesvarighed (dage (1. - 3. kvartil))	47 (18-94)
Antal rygere (%)	56 (62%)*

*Rygesstatus uoplyst hos 15 (16%)

Tabel 4*Udskrivelsesdiagnoserne fra indeksindlæggelsen*

Udskrivelsesdiagnoser	Antal (procent)
Skizofreni	59 (65%)
Psykose	10 (11%)
Affektivsindslidelse m. psykose	10 (11%)
Personlighedsforstyrrelse	4 (4%)
Abstinens eller stofudløst psykose	3 (3%)
Posttraumatisk belastningsreaktion/PTSD	3 (3%)
Affektiv lidelse	1 (1%)
Afhængighedssyndrom	1 (1%)

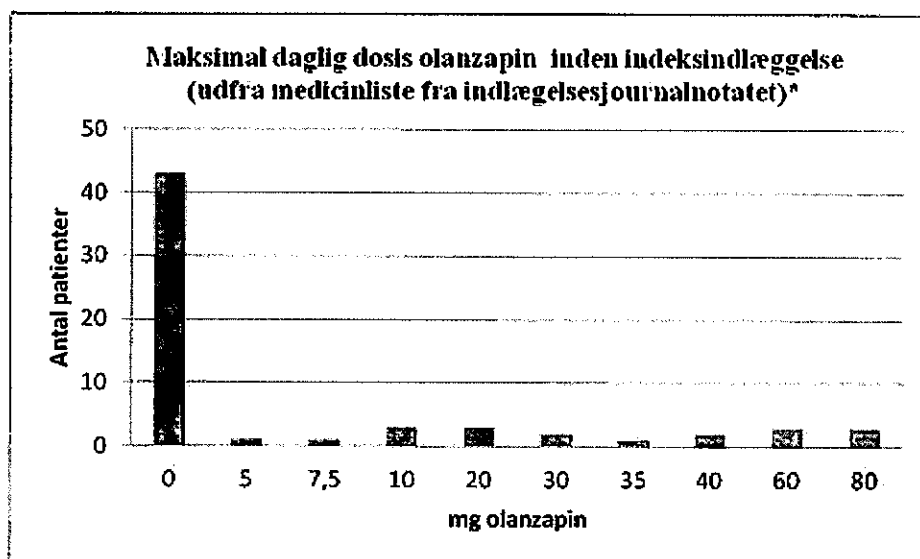
Tabel 5

Komorbiditet

Komorbiditet*	Antal (%)
Ingen	25 (27%)
Misbrug	40 (44%)
Lungesygdom	8 (9%)
Diabetes (type 1 og 2)	6 (7%)
Fedme	4 (4%)
Hypertension	4 (4%)
Epilepsi	4 (4%)
Hepatitis B og/eller C	4 (4%)
Manifest arteriosklerotisk sygdom	2 (2%)
Depression	2 (2%)

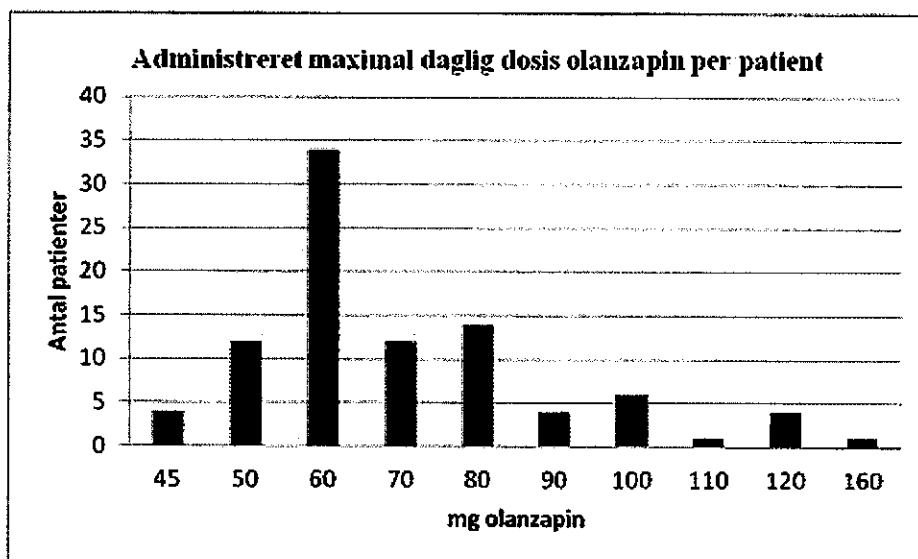
* Tabellen viser de hyppigste komorbiditeter. Derudover fandtes patienter med en af hver følgende diagnoser: Nefropati, Mb. Crohn, DVT, nyretransplanteret, tidl. cervix cancer, HIV, mekanisk hjerteklap, psykogene kramper, hypotension, tidl. stofmisbrug, underernæring, tidl. subduralt hæmatom og personlighedsforstyrrelse.

Figur 2

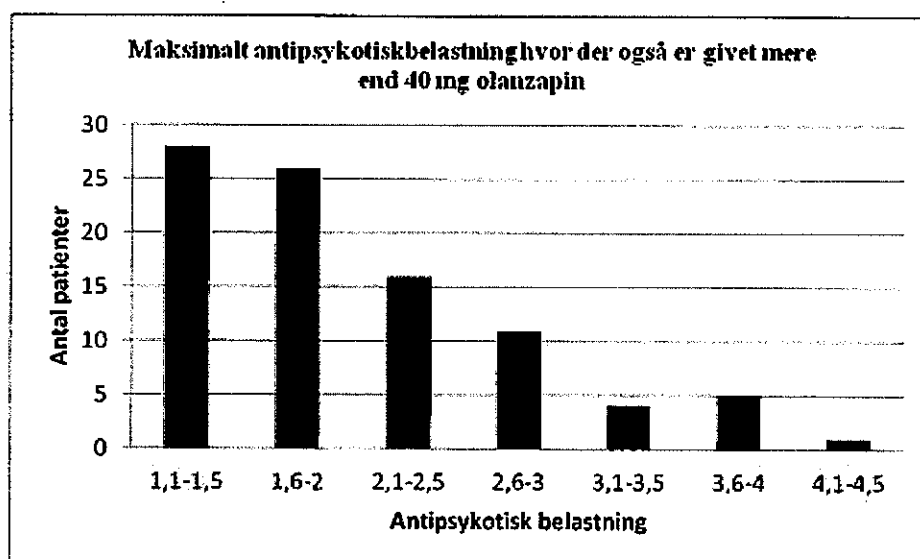


*4 patienters medicin ved indlæggelsen manglede i journalerne

Figur 3



Figur 4



Tabel 6

Olanzapinbehandling (behandlingslængde, tvang, fast og pn)

Behandlingslængde med olanzapin <i>under indeks-indlæggelsen</i>	Antal (%)
Akut (<3 dage)	45 (49%)
Vedligeholdelse	46 (51%)
Tvang	
Nej	70 (77%)
Ja	4 (4%)
Givet både med tvang og frivilligt i løbet af indlæggelsen)	13 (14%)
Uoplyst	4 (4%)
Ordinationstype	
Kun p.n.	20 (22%)
Kun fast	7 (8%)
Fast og p.n.	64 (70%)

Tabel 7

Estimat over sammenhæng mellem ordineret fast daglig dosis olanzapin og pn forbrug

Fast ordinerede olanzapin daglig dosis i mg	Antal patienter	Forskel mellem reelt administreret døgndosis og de fast ordinerede døgndosis i mg*
0	17	45-160
10	3	35-60
20	4	30-100
30	5	20-30
40	29	5-60
45	1	35
50	6	0-50
60	16	0-40
70	2	20-30
80	5	0-40
90	1	0
120	2	0

*Den observerede forskel er formentlig et udtryk for administrerede p.n. ordinationer. Kun den kumulerede døgndosis var tilgængelig (uden angivelse af fast eller p.n. ordination).

Tabel 8

Registrerede bivirkninger, hvor olanzapin vurderes kunne have været medvirkende årsag

Bivirkning (akutte)	Antal patienter (procent)	Maksimal dosis olanzapin (mg) i perioden hvor bivirkningen opstod	Maksimal antipsykotiskbelastning hvor der er givet mere end 40 mg olanzapin i perioden hvor bivirkningen opstod
Dødsfald	2 (2%)	50-100	1,4-2,5
Fald	2 (2%)	60-70	1,5-2
Ekg forandringer (forlænget QT)	1 (1%)	90	2,5
Malignt neuroleptikasyndrom	2 (2%)	50-90	1,4-2,5
Respirationsbesvær	1 (1%)	50	1,4
CNS depression	23 (25%)	45-120	1,25-3,5
Takycardi	2 (2%)	45-90	2,5
Hypotension	2 (2%)	60	2,5
Ekstrapyramidale bivirkninger	25 (27%)	50-120	1,25-3,75
Leverpåvirkning	1 (1%)	60	1,5
Bivirkninger (andre)			
Vægtøgning	13 (14%)	45-100	1,25-3,75
Forhøjet prolaktin/ laktation/gynækomasti	8 (9%)	50-70	1,25-3
Stigning i kolesterol/triglycerider	3 (3%)	60-100	1,75-2,5
Diabetes/forværring af diabetes	2 (2%)	60-70	1,7-2,1

Tabel 9

Bivirkningsmønsteret hos patienter i og uden behandling med olanzapin på tidspunktet for indeksindlæggelsens begyndelse. Antal patienter (%)

Bivirkning (akutte)	Ikke i olanzapin behandling (n=43)	I olanzapin behandling (n=44)	Ingen medicin-anamnese (n=4)
Død	1 (2%)	0 (0%)	1 (25%)
Fald	1 (2%)	1 (2%)	0 (0%)
Ekg forandringer (forlænget QT)	0 (0%)	1 (2%)	0 (0%)
Maligntneuroleptikasyndrom	1 (2%)	1 (2%)	0 (0%)
Respirationsbesvær	1 (2%)	0 (0%)	0 (0%)
CNS depression	11 (26%)	11 (25%)	1 (25%)
Takycardi	0 (0%)	2 (5%)	0 (0%)
Hypotension	0 (0%)	2 (5%)	0 (0%)
Ekstrapyramidale bivirkninger	13 (30%)	10 (23%)	2 (50%)
Leverpåvirkning	0 (0%)	1 (2%)	0
Bivirkninger (andre)			0
Vægtøgning	5 (12%)	7 (16%)	1 (25%)
Forhøjet prolaktin/laktation/gynækomasti	4 (9%)	3 (7%)	1 (25%)
Stigning i kolesterol/triglycerider	2 (5%)	1 (2%)	0 (0%)
Diabetes/forværring i diabetes	1 (2%)	1 (2%)	0 (0%)

Bilag 1

For at give et estimat af den enkelte patients samlede belastning med antipsykotika blev til formålet udviklet et "antipsykotisk belastnings indeks". Dosis af hver enkelt af patientens antipsykotiske lægemidler blev divideret med den maksimalt godkendt dosis for hvert lægemiddel. De herved fremkomne tal blev derefter adderet til en samlet belastningsscore. Tabellen viser de maksimale doser, som blev anvendt til det antipsykotisk belastnings indeks

Generisk navn	Max-døgndosis (mg)
Lavdosis	
Flupentixol	40
Haloperidol	30
Pimozid	20
Middeldosis	
Periciazin	100
Perphenazin	64
Prochlorperazin	200
Zuclopenthixol	75
Højdosis	
Chlorprothixen	600
Levomepromazin	600
Melperon	600
Pipamperon	400
Sulpirid	1800
2. generation	
Risperidon	16
Paliperidon	12
Olanzapin	40
Asenapin	20
Sertindol	24
Aripiprazol	30
Ziprasidon	240
Quetiapin	1200
Clozapin	900
Amisulprid	1200

Bilag 2

Case 1

32 årig mand, indlagt på psykiatrisk afd. med svær behandlelig psykose. Ved indlæggelsen startes behandling med olanzapin. Behandlingen diskuteres flere gange på konference. Patienten, som får olanzapin, chlorprothixen, dozapin og seranase, udviklede EKG forandringer (forlænget QTc). Men på grund af patientens kliniske behandlingsbehov (svære psykose) valgtes i samråd med en kardiolog at fortsætte den antipsykotiske behandling. Pga. manglende effekt blev olanzapin seponeret og clozapin øget, og få dage efter udvikler pt. malignt neuroleptikasyndrom. Alle antipsykotika blev seponeret, og i perioden uden antipsykotisk behandling normaliseredes EKG forandringer (normalt QTc interval). Efter ca. 14 dage uden antipsykotika startes langsom optrapning af clozapin, og efter ca. 8 dage med en relativt lav dosis af clozapin som eneste antipsykotikum udviklede patienten atter malignt neuroleptikasyndrom, hvorefter clozapin igen blev seponeret.

Konklusion fra auditmødet

Flere antipsykotika, inklusive olanzapin, kunne have været medvirkende årsag til udvikling af EKG forandringerne. De to tilfælde af malignt neuroleptika syndrom er med overvejende sandsynlighed en bivirkning til clozapin. Dette håndteres adækvat med seponering af den antipsykotiske behandling og senere reeksposering med lav dosis under monitorering.

Case 2

Efter udskrivelsen findes en 34 årig mand uventet død. Pt. var kendt med flere tilfælde af stofudløste psykoser og var blevet indlagt på retspsykiatrisk afdeling i forbindelse med en behandlingsdom. Under indlæggelsen fik pt. olanzapin i varierende doser under hensyn til bivirkninger og effekt, og blev udskrevet til retspsykiatrisk ambulant opfølgning med en dosis hvor der var god effekt samt ingen betydende bivirkninger. I det ambulante forløb fik pt. udleveret medicin to gange ugentligt, og pt var under tæt observation og blev beskrevet i journalen som værende i bedring. Ifølge journalen havde patienten oplyst, at han ved en enkelt lejlighed havde indtaget dobbelt dosis olanzapin, men udviklede bivirkninger, som forskrækkede ham. Fire dage før pt. blev fundet død, beskrives pt. ikke depressiv eller selvmordstruet.

Da pårørende henover weekenden ikke havde kunnet komme i kontakt med pt, opsøger personalet patients bopæl og finder ham død.

Den retsmedicinske konklusion blev, at det drejede sig om selvmord, fordi de retskemiske analyser (oplyst til behandlingsansvarlige psykiater) viste, at pt. ud over en alkohol promille på 0,8-1,2. havde dødelige koncentrationer af olanzapin, clonazepam og metadon (alle vanlig medicin for pt.) i blodet.

Konklusion fra auditmødet

Sagen er blevet håndteret af retsmedicinerne. Patienten har formodentlig taget en overdosis af olanzapin, clozapin samt metadon. Der er ikke mistanke om, at den terapeutisk dosis olanzapin, som patienten var i behandling med, var årsag til patientens død.

Case 3

En 45-årig mand indlagt med tvang på en psykiatrisk afdeling på grund af en svær psykotisk tilstand og manglende indtag af antipsykotiske medicin (risperidon).

I tillæg til risperidon sættes patienten også i antipsykotisk behandling med olanzapin. Næsten en måned efter indlæggelsen udvikles vejrtræknings- og synkebesvær. Først mistænkes strubelågsbetændelse (epiglottitis), hvilket afkræftes på en øre-næse-halsafdeling.

Patienten udstationeres dernæst på en medicinsk afdeling, hvor man undersøger for såvel hjerneskade, meningitis og malignt neuroleptikasyndrom. En CT-scanning af hjernen foretaget efter nogle dage viser en blødning i lillehjernen (cerebellum), og patienten overflyttes til en intensiv afdeling. I det efterfølgende forløb var patienten bevidstløs og havde fortsat synke- og vejrtrækningsbesvær. I slutførelsen tilstøder blodforgiftning (sepsis), og patienten dør i marts 2012.

Konklusion fra auditmødet

Pt. udvikler symptomer, som ud fra journaloptegnelserne kunne fortolkes som malignt neuroleptikasyndrom. Panelet vurderer, at olanzapin kan have været en medvirkende årsag. Dette patientforløb blev videregivet til Direktionen og er nu sendt til Embedslægeinstitutionen til vurdering.

Case 4

53-årig mand med uspecificeret skizofreni og depressive symptomer, som gennem mange år været fulgt i distriktspsykiatrien. Her har psykiateren forsøgt at nedtrappe og tilpasse medicin under hensyntagen til symptomer og især motoriske bivirkninger. I begyndelsen af 2012 blev patientens psykotiske symptomer forværret i en sådan grad, at indlæggelse fandtes påkrævet.

Ved indlæggelsen blev doserne af patientens sædvanlige antipsykotisk behandling med olanzapin og haloperidol sat op. Patienten udviklede betydelige motoriske (EPS) og moderate kardio-vaskulære bivirkninger, men var fortsat så svært psykotisk, at behandling fandtes påkrævet.

Den antipsykotiske behandling blev revurderet og fastholdt med tillæg af bivirkningsmedicin (lysantin). Patienten fik det gradvist så meget bedre, at han i februar kunne udskrives til videre behandling i distriktspsykiatrisk regi.

Konklusion fra auditmødet

Pt. udvikler betydelige EPS, og olanzapin kan være medvirkende årsag. Pt. behandles imidlertid en relativ stor dosis haloperidol, som formentlig er hovedårsagen. Både før, under og efter indlæggelsen søges medicineringen optimeret ved dosistitrering og skift under hensyntagen antipsykotisk effekt og bivirkninger.

BILAG 3

Notat om Sundhedsstyrelsens organisationstilsyn med Psykiatrisk Center Glostrup

Sundhedsstyrelsen foretog den 11. juni 2012 et varslet tilsynsbesøg på Psykiatrisk Center Glostrup (PCG), da styrelsen havde fået flere indberetninger om forskellige problemer på Centeret, som styrelsen vurderede kunne udgøre et patientsikkerhedsmæssigt problem.

Indberetningerne gav anledning til bekymring for brugen af midazolam (beroligende middel) og centerets anvendelse af antipsykotisk medicin. Derudover var der oplysninger om en række kritiserede forhold af ledelsesmæssig og arbejdsmiljømæssig karakter, som Sundhedsstyrelsen også interesserede sig for i det omfang, som det kunne have betydning for patientsikkerheden.

I forbindelse med tilsynsbesøget modtog Sundhedsstyrelsen materiale fra PCG, og styrelsen har efterfølgende efter anmodning fået supplerende materiale tilsendt, herunder en udtalelse fra klinikchefen og centerchefen. Sundhedsstyrelsen har derudover haft møder med vicedirektøren, centerchefen og klinikchefen. Sundhedsstyrelsen har på baggrund af tilsynsbesøget, det indhentede materiale og møderne foretaget en vurdering af en række forhold vedrørende organiseringen af den sundhedsfaglige virksomhed på PCG.

Udover dette notat vil Sundhedsstyrelsen vurdere en række udvalgte patientforløb i forhold til, om de involverede sundhedspersoner har udvist omhu og samvittighedsfuldhed, jf. autorisationslovens § 17. Denne del af Sundhedsstyrelsens tilsyn forventes afsluttet inden slutningen af november 2012.

Organisering af psykiatrien i Region Hovedstaden

Region Hovedstadens Psykiatri (RHP) har 13 centre, som hver især har en centerchef, der refererer direkte til psykiatridirektøren. Under psykiatridirektøren er der desuden to vicedirektører. Centerchefen er den øverste chef på hvert center, og derunder er der et ledelseslag, som består af en klinikchef og en udviklingschef. Ud over en fælles stabsfunktion har RHP forskellige fora, som fx Lægemiddelkomité og Komité om tvang, som koordinerer forskellige indsatsområder indenfor psykiatrien. Det er ifølge funktionsbeskrivelsen klinikchefen, der har det overordnede kliniske ansvar på centerets klinikker.

Behandling af patienter med Midazolam

Midazolam

Midazolam er et beroligende lægemiddel. Der er god videnskabelig dokumentation for præparatets anvendelse i forbindelse med for eksempel indledning af bedøvelse eller kortvarige bedøvelser ved mindre kirurgiske indgreb. Præparatet er godkendt til følgende indikationer: Præmedikation ved anæstesi. Anæstesiinduktion. Sedation med bevaret bevidsthed. Sedativ komponent i kombinationsanæstesi. Sedation på intensivafdelinger. Den dosis, der er godkendt til voksne, er 0,05-0,10 mg pr. kg i.m., svarende til en maksimal dosis på 7 mg til en person på 70 kg, for at opnå sedation, der gives højst 5 mg på en gang. Ældre og svækkede skal have en væsentlig lavere dosis.

Benzodiazepiner har gennem mange år været anvendt som beroligende lægemiddel til agiterede patienter i psykiatrien. Midazolam er et mere potent middel end de fleste andre benzodiazepiner, som hidtil er anvendt på psykiatriske afdelinger i Danmark og har en relativ større risiko for, at patienten får respirationsdepression. Til gengæld har det en kortere halveringstid. Ifølge Sundhedsstyrelsens oplysninger har midazolam ikke tidligere været anvendt i større udstrækning på danske psykiatriske afdelinger. Det er styrelsens opfattelse, at der blandt psykiatere har været udvist interesse for at bruge midazolam, især efter, at det ikke længere er muligt at skaffe det tidligere anvendte lorazepam til injektion.

Selvom lægemidlet midazolam ikke er registreret til brug i psykiatrien i Danmark, har det været anvendt i nogle lande på psykiatriske afdelinger.

Regionale vejledninger i Region Hovedstadens Psykiatri

I forbindelse med dannelsen af regionerne i 2007 nedsatte RHP en arbejdsgruppe, som skulle udarbejde en fælles tværgående vejledning om behandling med antipsykotika, herunder beskrive behandlingen af patienter med akut psykotisk uro.

Vejledningen: "Tværgående vejledning for behandling af patienter med skizofreni og psykotiske tilstande med antipsykotika" blev i juni 2007 godkendt af det Sundhedsfaglige Råd for Psykiatri. Af vejledningen fremgår, at patienter med udtalt uro kan behandles parenteralt (her injektion i musklerne) med benzodiazepiner. Det er angivet, at det bedst videnskabeligt dokumenterede benzodiazepin til denne behandling var lorazepam. Alternativt (også kaldet 2. valgs præparat) kunne benzodiazepin præparatet midazolam anvendes i doseringen 1-5 mg intramuskulært. Det er angivet i vejledningen, at behandlingen med midazolam formentlig er mindst lige så effektiv og hurtigere indsættende end behandling med lorazepam. Imidlertid krævede anvendelse af lorazepam til injektion en udleveringstilladelse, da det ikke var et registreret lægemiddel i Danmark.

Der bliver i vejledningen desuden gjort opmærksom på, at der imidlertid er risiko for respirationsstop, især ved gentagne behandlinger med midazolam (op til 15 mg i døgnet), hvorfor behandlingen er en speciallægeopgave. For begge præparater gælder, at behandlingen kræver intensiv observation af patienten.

I forbindelse med undersøgelsen af den aktuelle tilsynssag er det blevet oplyst til Sundhedsstyrelsen, at RHP fik udleveringstilladelse til at skaffe lorazepam til injektionsbehandling. Anvendelsen af midazolam blev derfor ikke implementeret. Af et referat fra Lægemiddelkomiteen

fra 10. juni 2010 er det angivet, at midazolam er mindre hensigtsmæssigt til brug i psykiatrien, men kan anvendes som alternativ til lorazepam, hvis dette ikke var til rådighed.

Som baggrund for vejledningen er bl.a. angivet The Maudsley Prescribing Guidelines, 9th edition fra 2007, der er en internationalt anerkendt samling af guidelines for psykiatrisk behandling. Af Maudsley Prescribing Guidelines, 9th edition fra 2007 fremgår, at psykiatriske patienter med uro, først skal forsøges dæmpet med forskellige former for de-eskalering og tilbydes behandling med beroligende piller. Hvis dette ikke lykkes, kan man overveje behandling med injektion af beroligende medicin, herunder Midazolam 7,5-15 mg. Derudover er der anbefalinger for, hvordan patienten bør observeres efter injektionen. Det fremgår af denne udgave af Maudsley Prescribing, at behandlingen ikke er understøttet af stærk evidens og skal kun benyttes, hvis der ikke er andre muligheder.

I perioden 2009-2010 var en revision af RHP's vejledning om behandling af patienter med debuterende psykoser, gentagne psykoser og akutte urotilstande i gang. I marts 2010 ansøgte RHP den daværende Lægemiddelstyrelse om en udleveringstilladelse til at anvende lorazepam til injektionsbehandling på alle centre og fik denne. Vejledningen var færdig og blev godkendt den 1. april 2010. Af denne vejledning fremgår det, at det anbefales at anvende lorazepam, som er bedst dokumenteret. Behandling med Midazolam er ikke nævnt som en mulighed i denne vejledning.

Efter marts 2011 kunne lorazepam ikke skaffes. På et møde i maj 2011 drøftede Psykiatriens Lægemiddelkomité problemstillingen. Af referatet fra mødet fremgår, at hvis lorazepam ikke kunne skaffes, skulle der udarbejdes en skrivelse til klinikcheferne med anvisning af alternativer til behandlingen. Det er angivet, at centerchefen for PCG vil stå for dette. Det fremgår ikke af de indsendte oplysninger, om en sådan skrivelse blev udarbejdet og udsendt. Som kommentar til referatet er det angivet, at apoteket ikke kunne skaffe lorazepam fra udlandet. Af referatet fra det næste møde i Lægemiddelkomiteen i august 2011 fremgår, at en vejledning for behandling af akutte urotilstande var efterspurgt af lægerne. Det fremgår desuden af referatet, at arbejdsgruppen, antipsykotikagruppen, var undervejs med et vejledningsudkast.

Centerchefen redegjorde ved Sundhedsstyrelsens tilsynsbesøg i juni 2012 for, at indførelsen af denne behandlingsform i PCG var første led i en samlet ændret behandlingsstrategi for RHP af akutte psykotiske urotilstande, hvorfor der var blevet udformet et 1. udkast af en vejledning gældende for hele psykiatriområdet i region Hovedstaden. Denne vejledning indeholdt ud over dosisangivelser nøje forskrifter for overvågningen af patienterne, herunder elektronisk overvågning med bl.a. pulsoxymetri, tilstedeværelse af fast vagt, akuttaske med Rubens ballon samt adgang til akutte laboratoriefaciliteter. Derudover havde Centeret fem måneder forinden anskaffet mobile monitorer til brug for overvågningen.

RHP's plan var således i august 2011 at få udarbejdet en fælles regional instruks, så det blev afklaret hvilke præparater, der var mest hensigtsmæssige at anvende efter, at lorazepam ikke længere var tilgængeligt. Denne var næsten færdig i foråret 2012, men afventer i øjeblikket Sundhedsstyrelsens tilsynssag.

Indførelse af Midazolambehandling på PCG

Centerchefen har oplyst, at han på et tidspunkt i sommeren 2011 foreslog klinikchefen, at vende tilbage til RHPs vejledning fra 2007 med hensyn til behandling med Midazolam. I den forbindelse

fik klinikchefen til opgave at undersøge, om der var kommet nye oplysninger i den videnskabelige litteratur om brugen af midazolam til psykiatriske patienter siden 2007, som kunne have betydning for behandlingen.

Klinikchefen har oplyst, at det var hans opfattelse, at det ikke var ham, der fik opgaven, men en konstitueret overlæge på PCG, som af centerchefen fik opgaven med at undersøge det videnskabelige grundlag for anvendelse af midazolam i psykiatrien.

I august 2011 blev midazolam taget i brug på PCG, primært på den psykiatrisk intensive afdeling P68. Der blev udarbejdet en midlertidig instruks for anvendelsen af midazolam, som er dateret den 1. august 2011, men det fremgår ikke af instruksen, hvem der har udarbejdet den. Ifølge klinikchefen var det den konstituerede overlæge, som havde udarbejdet instruksen. Ifølge oplysninger fra vicedirektøren og centerchefen var det klinikchefen, der havde udarbejdet instruksen.

Instruksen blev ikke lagt på PCG's intranet (VIP), som det ellers var proceduren for gældende instrukser, men forelå alene i en papirudgave på afdelingen. Ifølge klinikchefen blev den sædvanlige rutine med at få instruks på VIP ikke fulgt, da den kun var midlertidig, og forventningen var, at den fælles vejledning for RHP snart ville være færdig. Instruks blev på trods af, at den fungerede i 11 måneder, ikke lagt på intranettet. Af den midlertidige instruks fremgik det, at patienterne sædvanligvis skulle behandles med 10-20 mg intramuskulært, som ved manglende effekt kunne gentages. Derudover fremgik det, hvordan patienten skulle observeres efter medicineringen. Der er ikke angivet en maksimal samlet døgndosis for behandlingen.

Det er oplyst, at den enkelte klinikchef er faglig klinisk ansvarlig og som følge heraf har ansvaret for, at der er udarbejdet de relevante instrukser på de afdelinger, klinikchefen er ansvarlig for, herunder at instrukserne er i overensstemmelse med RHP's overordnede vejledninger.

Centerchefen har oplyst, at han ikke havde kendskab til det konkrete indhold af den midlertidige instruks om behandling med midazolam, men at han gik ud fra, at der var udarbejdet en instruks i forbindelse med ibrugtagningen af midazolam. Der er som nævnt uenighed om, hvem der udarbejdede instruks, men klinikchefen kendte til indholdet. Klinikchefen har oplyst, at han ikke havde vist den pågældende instruks til centerchefen, men at han antog, at centerchefen var bekendt med instruksens indhold, da centerchefen havde været i dialog med den konstituerede overlæge, der efter klinikchefens oplysninger skrev den midlertidige vejledning.

Centerchefen har angivet, at han var orienteret om, at behandlingen med midazolam var påbegyndt. Centerchefen har oplyst, at han forespurgte klinikchefen og personalet på afdeling P68, om hvordan det gik med behandlingen, og at han fik oplyst samstemmende, at det gik fint, og at både personale og patienter var tilfredse med behandlingen.

Centerchefen har oplyst, at han kun fik én henvendelse om uhensigtsmæssig brug af midazolam. Det var fra en overlæge, om en ældre patient, der havde fået en for stor dosis. Dette havde centerchefen angiveligt efterfølgende påtalt overfor klinikchefen.

Behandlingen med midazolam blev således indført på P68 sideløbende med, at en arbejdsgruppe var i gang med at udarbejde et udkast til vejledning for behandling af akutte urotilstande for hele RHP.

I løbet af foråret 2012 præsenterede klinikchefen i forskellige faglige fora i RHP resultaterne fra behandlingen med midazolam på PCG.

Ifølge de patientjournaler Sundhedsstyrelsen har fået tilsendt i forbindelse med tilsynssagen, fremgår det, at der i alt er behandlet 75 patienter med midazolam i perioden fra 1. januar 2011 til 14. juni 2012, hvor RHP indstillede anvendelsen af midazolam, indtil Sundhedsstyrelsen havde undersøgt og vurderet den igangværende tilsynssag. Hovedparten af patienterne er blevet behandlet på afdeling P68. Af det udleverede journalmateriale fremgår, at knap 40 % af de patienter, der blev behandlet med midazolam på PCG fik døgndoser på 30 mg eller derover. En enkelt patient fik 80 mg på et døgn. Den gennemsnitlige døgndosis var på 23 mg midazolam. Af de 75 behandlede patienter blev de 60 behandlet med tvang. Ifølge Regionens opgørelse over forbruget af midazolam i perioden 1. januar -31. maj 2012 fremgår det, at 36 % af de 46 patienter i perioden modtog 20 mg pr. episode. En episode er defineret som en periode på tre timer.

Beslutning om indførelse af Midazolambehandling i RHP

Arbejdsgruppen, som tidligere var nedsat mhp. at udarbejde et udkast til en fælles instruks for behandling af akutte psykotiske urotilstande i RHP, fik tilknyttet klinikchefen som ad hoc medlem. Klinikchefen blev ifølge centerchefen bedt om at udarbejde et udkast til en instruks, men ifølge centerchefen modtog arbejdsgruppen på trods af flere rykkere ikke det ønskede udkast. Derfor udarbejdede arbejdsgruppen et udkast, hvoraf det fremgik, at den anbefalede dosis var på 5- 10 mg midazolam. Klinikchefen fik mulighed for at kommentere udkastet. Ifølge centerchefen og klinikchefen indeholdt klinikchefens kommentarer til udkastet ingen bemærkninger om, at dosisangivelserne i udkastet var mindre end de doser, der er angivet i den midlertidige instruks af 1. august 2011 til P68.

Arbejdsgruppen præsenterede på et møde i Psykiatriens Lægemiddelkomité i marts 2012 principperne for behandling i den kommende vejledning. Af referatet fremgår det, at midazolam ville blive anbefalet som førstevalg hos den udiagnosticerede patient. Det er desuden refereret, at PCG havde gode erfaringer med anvendelsen af midazolam. Af sagens materiale fremgår, at der på dette tidspunkt var lavet en retrospektiv opgørelse af 24 patienter behandlet i 2011. Af referatet fremgår det, at Lægemiddelkomiteen fremhævede, at det grundet risikoen for respirationsdepression var afgørende, at vejledningen kom til at indeholde en udførlig beskrivelse af monitoreringskrav, og at vejledningen blev fulgt op af et uddannelsesprogram for læger og sygeplejersker.

Arbejdsgruppens arbejde med vejledning for behandling af akutte psykotiske urotilstande blev sat i bero i forbindelse med, at Sundhedsstyrelsen påbegyndte tilsynssagen i juni 2012.

Uoverensstemmelser mellem doseringsangivelser

Centerchefen har oplyst, at han i begyndelsen af juni 2012 blev opmærksom på, at der på centerets intranet var en instruks dateret den 1. juni 2012 om brug af midazolam til akut agitation, som var udarbejdet af en konstitueret overlæge og klinikchefen. Af instruksens fremgik det, at der kunne gives 10-20 mg midazolam intramuskulært, og at hvis patienten ikke var sovende derefter, kunne injektionen gentages op til 3 gange. Desuden var det i instruksens beskrevet, hvordan patienten skulle observeres efter medicineringen.

Umiddelbart efter at centerchefen var blevet opmærksom på instruksen, bad han klinikchefen om at fjerne instruksen og tilrette den, så den var i overensstemmelse med arbejdsgruppens dosisangivelser.

Ifølge klinikchefen var de beskrevne og anvendte doser tidligere blevet drøftet med centerchefen. Centerchefen har oplyst, at han ikke havde kendskab til indholdet i instruksen af 1. august 2011 og ikke var bekendt med de anvendte større doser.

Klinikchefen har oplyst, at han ikke kommenterede forskellen mellem doseringen på PCG og de doseringer, der blev angivet i arbejdsgruppens udkast, og som han fik til kommentering. Klinikchefen har oplyst, at grunden til at han ikke kommenterede på dosisforskellen var, at det efter hans mening er rimeligt som udgangspunkt kun at anbefale en dosering på 5 mg midazolam i en instruks, som skulle anvendes i hele RHP og dermed på andre afdelinger end en psykiatrisk intensiv afdeling. Klinikchefen har forklaret, at den højere dosis af midazolam i den midlertidige instruks i forhold til de angivne doser i arbejdsgruppens udkast skal ses i lyset af, at patienterne på den intensive psykiatriske afdeling P68, ofte har en større akut morbiditet, bl.a. kompliceret af søvndeprivation og toleranceudvikling, end patienter på almene lukkede psykiatriske afdelinger. Det ville derfor være rimeligt som udgangspunkt kun at anvende 5 mg på almene lukkede psykiatriske afdelinger og derefter give flere små doser efter behov.

Baggrund for dosisangivelse for brug af Midazolam i instruks på P68

Klinikchefen har oplyst, at der ikke findes publicerede dosis-responsstudier for intramuskulær behandling med midazolam af patienter med akutte psykotiske urotilstande. Fastsættelse af de oplyste doser til behandling af patienter med akut psykotisk uro med midazolam på PCG, foregik på baggrund af en klinisk erfaringsudveksling, som én af hans konstituerede overlæger havde haft med TREC-gruppen (tranquilizacao rapida-ensaio clinico) og ud fra en gennemgang af litteraturen. Ifølge Sundhedsstyrelsens oplysninger er TREC-gruppen en forskergruppe, som bl.a. har lavet et forsøg på en psykiatrisk afdeling i Rio de Janeiro. I en prospektiv undersøgelse sammenlignede forskergruppen anvendelsen af et antipsykotisk lægemiddel haloperidol-promerthazine mod midazolam intramuskulært til psykiatriske patienter med uro hos 300 patienter. Undersøgelsen, som er publiceret i 2003, konkluderer, at begge behandlinger er effektive, og at midazolam virker hurtigere beroligende. I forsøget blev der anvendt en dosis på 15 mg intramuskulært.

Derudover har klinikchefen angivet Maudsley Prescribing Guidelines, 9th edition som baggrund for dosisangivelsen i instruks.

Klinikchefen har oplyst, at han ikke var bekendt med, at der på tidspunktet for udarbejdelsen af instruks og iværksættelsen af behandlingen, var udkommet en nyere udgave af Maudsley (2010 udgaven fra 30. oktober 2009), hvori den tidligere udgave nævnte anvendelse af midazolam intramuskulært, er erstattet med en bemærkning om, at en dosis "buccal" (smeltende medicin på indersiden af kinden) muligvis kan erstatte behovet for den intramuskulære behandling.

Centerchefen har ligeledes oplyst, at han ikke havde kendskab til, at der var nye anbefalinger i den nyere udgave af Maudsley.

Klinikledelsens overvågning af behandling med midazolam

Ifølge klinikchefens udtalelse blev alle patienter, der blev behandlet med midazolam på P68, drøftet ved centerets morgen- og middagskonferencer for at sikre optimal praksis. Hvis der var givet højere dosis end almindeligvis foreskrevet, drøftede klinikchefen dette med de involverede læger. Dette førte blandt andet til en ændring af injektionsteknik og præcisering af, at hvis behandlingen med midazolam ikke havde den ønskede virkning, kunne det skyldes, at patienten var alkoholfølsom eller havde tolerans for benzodiazepiner, hvorfor yderligere behandling med midazolam blev frarådet. Disse ændringer og præciseringer blev ikke føjet til den midlertidige instruks, men fremgik af mailkorrespondance fra klinikchefen til de ansatte læger. Klinikchefen har erkendt, at ændringerne og præciseringerne burde have været indføjet i instruks.

Centerchefen deltog fra begyndelsen af klinikchefens ansættelse i 2009 jævnligt i morgen- og middagskonferencerne på de kliniske afdelinger. Der er ikke enighed mellem centerchefen og klinikchefen om, i hvilken rolle og i hvor lang en periode centerchefen deltog i afdelingens daglige konferencer, men dog at hans deltagelse aftog over tid.

Adspurgt om hvordan klinikchefen fulgte op på indførelsen af behandlingen med midazolam, har klinikchefen oplyst, at han foretog generelle stikprøver i EPM (Elektronisk Patient Medicinering) mhp. at orientere sig, om hvordan det gik med behandlingen af patienterne på afdelingen. På baggrund af disse stikprøver tog han kontakt til de behandlende læger og drøftede patientens behandling.

Der foregik dog ikke en systematisk opfølgning på behandlingen med henblik på en kvalitetssikring. De resultater fra behandlingen, som klinikchefen har præsenteret på Psykiatrisk Selskabs årsmøde i marts 2012 og i RHP's forskellige fora i løbet af foråret, var fundet ved en efterfølgende optælling fra patienternes journaler. Klinikchefen oplyste, at det var den konstituerede overlæge, der havde foretaget optællingen. Af præsentationen fremgår det bl.a., at PCG havde mere end halveret antallet af bæltter og remme over et år, og herefter yderligere mere end halveret antallet af bæltetimer efter introduktion af midazolam.

Sundhedsstyrelsen har ikke kunnet få dokumentation for hverken journalaudit eller anden systematisk kvalitetsopfølgning vedr. indførelsen af behandlingen med midazolam. I materialet, som Sundhedsstyrelsen har modtaget, er der en udateret poster, som er udarbejdet af klinikchefen og den fungerende overlæge. Det fremgår af denne poster, at formålet med undersøgelsen var at undersøge om brugen af midazolam mod agitation er mulig på en dansk psykiatrisk intensiv afdeling. Posterens fremstilling resultater fra en gennemgang af 24 patienter, som er blevet behandlet med midazolam. Konklusionen på posteren er, at brugen af midazolam i en psykiatrisk sammenhæng er sikker og en effektiv behandling mod agitation samt at brugen af fiksering kan reduceres dramatisk. Slutteligt anbefales det, at behandling med midazolam introduceres på alle psykiatrisk intensive afdelinger i Danmark.

Baggrund for anvendelse af Midazolam i RHP

Region Hovedstaden Psykiatri har ved brev af 14. juni 2012 til Regionsrådet vedrørende anvendelse af midazolam skrevet:

Den akutte behandling skal virke hurtigt og effektivt, og samtidig have færrest mulige bivirkninger for patienten. Flere forskellige lægemidler kan anvendes, men stoffet midazolam har i

internationale kliniske randomiserede studier vist sig effektivt i behandling af de akut psykotiske urotilstande. Behandlingen har indtil nu kun i større omfang været anvendt til psykiatriske patienter i udlandet. Stoffet har dog gennem en periode været anvendt på Psykiatrisk Center Glostrup med meget lovende resultater. Midazolam er et velkendt lægemiddel på det danske marked. I somatikken gives det som beroligende middel ved fx kikkertundersøgelser af maven, og det anvendes ligeledes blandt tandlæger¹ til patienter – herunder børn – med tandlægeskræk. Det er almindelig praksis, at læger i såvel somatik som i psykiatri finder nye anvendelsesområder for et allerede godkendt lægemiddel, dvs. et lægemiddel, der er godkendt til klinisk brug i Danmark. Denne "off-label" anvendelse er i fuld overensstemmelse med de gældende regler og kræver således ikke særskilt godkendelse. Brugen skal naturligvis være velbegrundet, fx i form af videnskabelige studier, som det er tilfældet på Psykiatrisk Center Glostrup.

Under behandlingen observeres patienten tæt af personalet. Anvendelsen af midazolam har skabt en vis debat i psykiatriske kredse. I den forbindelse er det vigtigt at rette opmærksomheden på, at opførte og urolige psykotiske patienter generelt oplever fysisk fiksering som mere indgribende end medicinering. En effektiv akut beroligende medicinering kan ofte være med til at forebygge bæltefiksering.

Sundhedsstyrelsen og tidligere også Europarådets antitortur komité har rettet kritik af psykiatriens anvendelse af bæltefiksering, hvilket har medført en fokuseret indsats for at nedbringe tvangsanvendelsen. Introduktionen af midazolam har været en stærkt medvirkende faktor til, at det er lykkedes at vende tvangsstatistikken på Psykiatrisk Center Glostrup. Samtidig er tilbagemeldingerne fra de patienter, der er blevet behandlet med midazolam, positive.

På Psykiatrisk Center Glostrup har man arbejdet intenst med etablering af accelererede patientforløb, der blandt andet indebærer en hurtig og målrettet medicinsk behandling af de akut psykotiske patienter.

Af RHP's notat af 13. juli 2012 fremgår det, at den nye centerledelse søgte at afklare, om der havde foregået forskning eller forskningslignende aktivitet i forhold til behandlingen med midazolam på PCG. Af notatet fremgår det, at den konstituerede overlæge og klinikchefen afviste, at der i denne sammenhæng var gennemført forskningsaktivitet, men oplyste, at der var foretaget kvalitetssikring. Ved et møde mellem psykiatriens ene vicedirektør, 2 stabschefer og klinikchefen fra PCG fremførte klinikchefen, at det ikke gav mening at afdække yderligere i forhold til virkning og evt. bivirkninger ved behandlingen, da den nuværende videnskabelige publikation på området var dækkende. Kvalitets- og udviklingsafdelingens konklusion på mødet er, at der havde været tale om implementering og kvalitetssikring af en behandling, som allerede blev anvendt i en række andre lande.

Informeret samtykke og beroligende medicin samt anvendelse af tvang

Ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke, som det fremgår af sundhedslovens kapitel 4². På psykiatriske afdelinger er der mulighed for at anvende

¹ Sundhedsstyrelsen finder ikke, at det ligger inde for tandlægers virksomhedsområde at foretage intramuskulære injektioner med Midazolam. Det må dog foretages, hvis der er en anæstesi-læge til stede.

² Lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010 om sundhedsloven med senere ændringer

tvang, som defineret i psykiatriloven. Psykiatriloven³ definerer tvang som anvendelse af foranstaltninger, for hvilke der ikke foreligger et informeret samtykke. Loven beskriver, at anvendelsen af tvang skal stå i rimeligt forhold til det, som søges opnået herved. Er mindre indgribende foranstaltninger tilstrækkelige, skal disse anvendes. Psykiatriloven beskriver ikke, hvad der i en given situation må betragtes som den mindst indgribende foranstaltning. Det beror på lægens konkrete vurdering, hvor den pågældende patients tilkendegivelser skal tillægges betydning.

Således kan beroligende medicin gives med tvang, når psykiatrilovens bestemmelser herfor er opfyldt.

Det fremgår ikke eksplicit af lovgivningen, som for tvangsmedicinering, at der ved beroligende medicin skal anvendes afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger. Dog finder Sundhedsstyrelsen, at der skal være meget velbeskrevne begrundelser for at anvende doser ud over de sædvanlige, når beroligende medicin gives med tvang.

Det kan endvidere oplyses, at det fremgår af psykiatriloven § 23, stk. 1, at forsøgsbehandling ikke må gennemføres over for frihedsberøvede patienter. Dette forbud gælder, uanset om de pågældende patienter samtykker i at medvirke til forsøgsbehandlingens gennemførelse. I § 23, stk. 2, opstilles desuden den regel, at forsøgsbehandling heller ikke må gennemføres med tvang over for frivilligt indlagte patienter. Randomiserede forsøg i psykiatrien kan således kun finde sted, når de inkluderede patienter er frivilligt indlagt, deltager i forsøget ved et fuldgyldigt informeret samtykke og ikke er underlagt nogen former for tvang.

Indførelse af nye behandlingsmetoder jf. Sundhedsstyrelsens vejledning

Det er kendetegnende for god klinisk praksis, at etablerede behandlingsmetoder løbende underkastes en kritisk vurdering og erstattes af andre behandlingsmetoder i de tilfælde, hvor fagligt veldokumenterede og bedre alternativer findes. Sundhedsvæsenet befinder sig i en konstant omstillingsproces på grund af den videnskabelige og teknologiske udvikling, hvilket fører til justering eller indførelse af nye behandlingsprincipper. Dette forudsætter en ofte kompliceret afvejning af teoretisk rationale, kontrollerede videnskabelige undersøgelser og kliniske erfaringer. Overvejelserne kan falde forskelligt ud afhængigt af den faglige fortolkning, vægtning af videnskabelig dokumentation og kliniske erfaringer. Når der ikke er tale om ny original viden, er der ikke grund til at formalisere indførelsen i et videnskabeligt regi, dog er det så nødvendigt med en god kvalitetskontrol og opfølgning.

Af Sundhedsstyrelsens vejledning om indførelse af nye behandlinger i sundhedsvæsenet af 2. juli 1999 fremgår det, at ændringer i behandlingsprincipper skal ske på et fagligt forsvarligt grundlag og på baggrund af fornøden information til patienterne og disses samtykke.

Af samme vejledning fremgår det, at de faglige overvejelser angående sådanne væsentlige og principielle ændringer i behandlingspraksis skal nedfældes i et beslutningsnotat, som opbevares i den kliniske enhed, afdeling, praksis m.v.. Der er to væsentlige elementer i ibrugtagning af nye behandlingsmetoder, det faglige beslutningsgrundlag og den faglige opfølgning (kvalitetskontrol). Det faglige beslutningsgrundlag skal indeholde:

- Den foreliggende dokumentation, særligt forudseelige fordele og ulemper/risici, sammenlignet med fordele og ulemper ved afdelingens nuværende behandling.

³ Lovbekendtgørelse nr. 1729 af 2. december 2010 af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien

- in- og eksklusionskriterier.
- en vurdering af den kliniske enheds faglige og organisatoriske forudsætninger i relation til de krav den nye behandling stiller
- en vurdering af om der er behov for at iværksætte særlige foranstaltninger i form af undervisning af personale, arbejds gange eller i samarbejdet med andre afdelinger.

Den faglige opfølgning skal indeholde:

- En vurdering af hvilke kliniske parametre, der vil være velegnede til at belyse, om det går patienterne som forventet,
- stillingtagen til i hvilket omfang der skal ske en systematisk opfølgning af tilstanden hos patienterne.

En god kvalitetskontrol bygger på:

- et valg af målbare standarder for kvalitet
- en opfølgning af den enkelte patient, hvor de valgte kvalitetsmål er afspejlet
- en systematisk dataregistrering
- en løbende sammenligning mellem den kliniske enheds resultater og de opstillede kvalitetsmål
- en analyse af årsagerne til evt. fundne afvigelser mellem egne erfaringer og de opstillede mål
- hvilken reaktion det skal afstedkomme, hvis resultaterne er dårligere end forventet. Evt. ophør med behandlingen

Sundhedsstyrelsen har i forbindelse med sagen taget kontakt til landets øvrige regioner for at få oplyst om andre regioner anvender midazolam til psykotisk urolige patienter. Behandlingen er ikke indført i andre regioner end i Region Hovedstadens Psykiatri.

Sundhedsstyrelsens vurdering

Det faglige valg af indførelse af ny behandling bygger på afvejning af foreliggende videnskabelig evidens, og det faglige skøn sker under ansvar af autorisationslovens krav om, at sundhedspersoner skal udvise omhu og samvittighedsfuldhed.

Midazolam er et kendt lægemiddel, som der er god videnskabelig dokumentation ved anvendelse i forbindelse med kortvarige bedøvelser til mindre kirurgiske indgreb.

De to videnskabelige undersøgelser, som primært er lagt til grund for indførelsen af behandlingen med midazolam på PCG, er begge over 8 år gamle og sammenligner midazolams virkning med andre lægemidlers sederende virkning. Undersøgelserne inkluderer overvejende patienter behandlet i USA eller Brasilien. Ingen af de nævnte undersøgelser havde primært fokus på patienternes sikkerhed i forbindelse med behandlingen.

I 2010 udgaven af den anerkendte internationale guideline Maudsley er den tidligere anbefaling om behandling med midazolam ved intramuskulær injektion erstattet af en bemærkning om, at denne behandling muligvis kan erstattes af en dosis "buccal" midazolam (givet i munden).

I NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) guidelines er det anført, at der ikke er tilstrækkelig sikkerhed for behandling med midazolam intramuskulært i Storbritannien. Men det anføres, at behandlingen har vist sig effektiv og relativt sikker andre steder. På den baggrund anser Guidelinegruppen det ikke for muligt, at anbefale behandlingen til rutinemæssig psykiatrisk brug i Storbritannien.

Der er videnskabelig dokumentation for, at midazolam kan sammenlignes med tidligere anvendte benzodiazepiner fx lorazepam i forhold til beroligende effekt. Efter Sundhedsstyrelsens vurdering er der ikke internationalt enighed om, hvorvidt det er sikkert at anvende midazolam i psykiatrisk regi, herunder hvilke doser der kan anses for at være forsvarlige. Hovedårsagen til dette er risikoen for påvirkning af vejrtrækningen, hvilket stiller særlige krav til personalets oplæring og behandlingsmiljøet.

Sundhedsstyrelsen har ikke kunnet finde videnskabelig dokumentation for de meget høje doser, som blev anvendt på PCG.

Sundhedsstyrelsen tilslutter sig Cochrane Skizofrenigruppens anbefaling om, at yderligere undersøgelser af sikkerhed for både patienter og personale, vil være til gavn.

Region Hovedstaden Psykiatri har ved indførelsen af midazolam i behandlingen ønsket at finde et lægemiddel, der kunne erstatte lorazepam.

Sundhedsstyrelsen finder, at PCG ikke burde have påbegyndt behandlingen med Midazolam, inden den nedsatte arbejdsgruppe havde afsluttet sit arbejde.

Sundhedsstyrelsen finder, at der på PCG ikke var tale om forsøgsbehandling, men dog indførelse af en ny behandlingsmetode.

Det er Sundhedsstyrelsens opfattelse, at PCG ikke har været tilstrækkelig opmærksom på, at der har været tale om indførelse af et nyt behandlingsregime, som skulle overholde Sundhedsstyrelsens vejledning om indførelse af nye behandlingsmetoder. Det er styrelsens opfattelse, at det er en skærpende omstændighed, at der i mange tilfælde var tale om tvangsbehandling, og at den beroligende medicin blev anvendt under tvang i en ikke almindelig anerkendt dosis.

Det er desuden Sundhedsstyrelsens opfattelse, at PCG's benyttelse af midlertidige instrukser, som ikke var tilstrækkeligt gennemarbejdede og ikke har fulgt RHPs egne procedurer for godkendelse, har udgjort en uacceptabel risiko for patientsikkerheden.

Med hensyn til den midlertidige instruks er det blevet fastslået, at PCG ikke har fulgt regionens procedure for godkendelse af instrukser på trods af, at regionen havde indskærpet dette.

Sundhedsstyrelsen finder samtidig, at indholdet af instruksen er utilstrækkeligt på en række væsentlige punkter. Der mangler blandt andet helt en beskrivelse af behandlingsmålet og indikationen for behandlingen. Derudover er det ikke beskrevet hvilke forudgående mindstemidler, der skal forsøges, inden behandlingen iværksættes. Behandlingsintensitet (dosis) og afvigelser heraf er upræcis angivet, ligesom der ikke er angivet en maksimal dosis. Det fremgår heller ikke på hvilket kompetenceniveau beslutningen om behandlings iværksættelse træffes.

Sundhedsstyrelsen anerkender, at der er begrænsninger for at udføre randomiserede kliniske forsøg med psykiatriske patienter i Danmark jf. psykiatrilovens § 23. Der er samtidig behov for at udvikle den farmakologiske behandling af psykiatriske patienter. Denne udvikling skal foregå inden for rammerne af Sundhedsstyrelsens vejledning om ibrugtagning af nye behandlingsmetoder, hvor det også er beskrevet i hvilke tilfælde indførelse af ny behandling bør ske i et formaliseret forskningsregi og hvornår der skal foregå en kvalitetskontrol og opfølgning.

Sundhedsstyrelsen finder, at midazolam godt kan vise sig at være relevant til behandling i psykiatrien i Danmark. Dog kræver indførelsen af behandlingen en beskrivelse af det faglige besluthningsgrundlag og en systematisk faglig opfølgning (kvalitetskontrol). Derudover finder Sundhedsstyrelsen, at der i sådanne tilfælde ikke kan gives doser af medicin ud over det almindeligt anerkendte.

Sundhedsstyrelsen skal desuden bemærke, at det manglende besluthningsnotat om anvendelse af midazolam ikke har gjort det muligt at afklare fuldt ud på hvilken baggrund beslutningen blev taget, og hvem der besluttede det. Et besluthningsnotat ville have skabt gennemsigtighed om ansvaret for påbegyndelsen af behandlingen, og man ville kunne have undgået de nu konstaterede modstridende meninger om det faglige ansvar på PCG for påbegyndelsen af behandlingen med midazolam.

Det er styrelsens indtryk, at RHP heller ikke har været opmærksom på vejledningen om indførelse af nye behandlingsmetoder ved planlægningen af ibrugtagning af midazolam i hele regionen.

Antipsykotika

Efter Sundhedsstyrelsens oplysninger har der igennem en længere periode været forskellige henvendelser fra personalet på PCG til centerledelsen og RHP om, at der var problemer på PCG med anvendelse af store doser antipsykotika. Blandt andet henvendte yngre lægers tillidsrepræsentant sig med oplysning om, at de unge læger oplevede, at de ikke fik tilstrækkelig vejledning i forbindelse med, at de skulle give store doser af antipsykotika til patienterne.

Centerchefen har oplyst, at han havde fået forskellige henvendelser om, at der var problemer med doseringen af olanzapin på PCG, og at klinikchefen spillede en rolle i dette. Imidlertid blev oplysningerne ikke understøttet af de på det tidspunkt tilgængelige dataudtræk. Derudover havde klinikchefen oplyst til centerchefen, at han udførte audits på oplysninger fra patienternes EPM uden at finde noget usædvanligt. Centerchefen sluttede heraf, at klagerne fortrinsvist skyldtes de ledelsesmæssige problemer klinikchefen havde.

Vicedirektøren i RHP har oplyst, at ledelsens vinkel på en henvendelse i 2011 var, at det primært drejede sig om ledelsesmæssige problemer på PCG, og at der manglede relevante instrukser for, hvem de yngre læger skulle henvende sig til ved problemer med medicineringen med antipsykotika. Ledelsen havde ikke på det tidspunkt fokus på de oplyste problemer med doseringen af antipsykotika.

I marts 2012 fik RHP og PCG samtidig med Sundhedsstyrelsen og en række medier en anonym henvendelse om overdosering med antipsykotika. Kort efter kom flere henvendelser vedr. forholdene med medicinering på PCG bl.a. i form af en henvendelse fra 3 uddannelsessøgende læger.

Centerchefen reagerede umiddelbart på den anonyme henvendelse ved at se på forekomsten af utilsigtede hændelser på medicineringsområdet og på medicinforbruget over de seneste tre år, hvoraf det fremgik, at der havde været en mindre stigning i forbruget. Han udsendte på den baggrund en mail til de ansatte på PCG, hvor han tilbageviste den rejste kritik. Desuden bad han klinikchefen om at udsende en indskærpelse til de ansatte læger vedr. overholdelse af de anbefalede doser af antipsykotika.

På baggrund af den anonyme henvendelse om anvendelse af store doser antipsykotika på PCG, bad RHP's ledelse om, at få undersøgt forbruget på patientniveau. Tidligere havde det ikke været teknisk muligt, at overvåge medicinforbruget på patientniveau. Overvågningen havde hidtil foregået ved, at centerledelsen havde fået udtræk over de enkelte afdelingers og afsnits generelle forbrug. Disse generelle udtræk havde ikke givet mistanke om et unormalt forbrug.

Centerchefen oplyste ved en telefonsamtale med embedslægen den 23. marts 2012, at centerledelsen var bekendt med henvendelserne om høje doser medicin i den antipsykotiske behandling. Centerchefen gav i samtalen udtryk for, at der efter hans opfattelse foregik en systematisk iværksat kritik mod klinikchefen. Desuden oplyste centerchefen, at der var en journalaudit i gang. Sundhedsstyrelsen har i flere omgange efterspurgt denne journalaudit, men har alene modtaget en opgørelse, som tog udgangspunkt i EPM data over indgift af olanzapin i perioden fra 1. januar til 15. marts 2012.

Ledelsens overvågning af medicinforbruget på PCG havde indtil marts 2012 foregået ved, at der bl.a. blev afholdt årlige dialogmøder med repræsentanter fra henholdsvis RHP's direktion og Kvalitets og Udviklingsafdelingen i RHP. Et fast punkt ved disse møder var "Lægemiddelforbrug/standardsortiment", hvor de væsentligste ændringer i forbrug på baggrund af forbrugsstatistikker blev drøftet. Disse forbrugsstatistikker var det redskab ledelsen havde for at følge forbruget af medicin, men de gav ikke noget indblik i forhold til forbruget på patientniveau. I forhold til enkelte afdelinger fandtes der ikke elektroniske redskaber, der kunne give et overblik over forbruget.

Klinikchefen har oplyst, at han løbende gennemgik medicinskemaer på stikprøvebasis i forhold til monitorering af antipsykotiske medicinering, og at han, når han blev opmærksom på det, overfor de enkelte læger havde indskærpet, at der ikke måtte anvendes så store doser.

Den nye mulighed for at belyse forbruget på patientniveau viste, at på PCG og på Psykiatrisk Center Hvidovre fik knap halvdelen af alle patienter på et tidspunkt døgndoser af olanzapin, der lå over det anbefalede niveau. På begge centre blev der jævnligt givet døgndoser på mindst 80 mg. Overordnet set viste undersøgelsen, at der var stor forskel i anvendelsen af olanzapin både i forhold til dosering og behandlingsslængde på de enkelte centre i RHP. Som følge af dette skulle medicineringsmønstret drøftes blandt klinikcheferne og Lægemiddelkomiteen.

Af RHP's gældende vejledning af 1. april 2010 om antipsykotisk behandling Del I. Behandling af patienter med debuterende psykoser, gentagne psykoser og akutte urotilstande, fremgår det, at olanzapin kan gives intramuskulært i refrakte doser på 5-10 mg almindeligvis op til maksimalt 20 mg i døgnet og i særlige tilfælde 30 mg pr. døgn. Ved behov for at overskride den maksimale dosis skulle der skiftes til behandling med haloperidol. Afvigelser fra de angivne doser skulle godkendes af den ansvarlige speciallæge og begrundes i journalen. Efter det oplyste, havde de enkelte centre mulighed for at udfærdige lokale instrukser, som tillæg til de regionale vejledninger. Ifølge RHP havde PCG ikke lokale tillægsinstrukser for behandling med antipsykotisk behandling, men anvendte de fælles regionale vejledninger om antipsykotisk behandling.

Klinikchefen har oplyst, at man på PCG har fulgt den almindelig regionale vejledning på området. Efter klinikchefens opfattelse skelnede vejledningen ikke tilstrækkeligt klart mellem behandling i akutfasen og vedligeholdelsesbehandling. Der var efter klinikchefens opfattelse nogle gange brug for højere doser antipsykotika akut i en kortere periode, hvorefter dosis skulle sænkes igen. Der var ligeledes forskel på, om en patient allerede var i antipsykotisk behandling og således i steady state eller ej. Efter klinikchefens opfattelse var der ikke tale om accelererede patientforløb, men optimerede patientforløb, fordi det gjaldt om at give patienten den rigtige og virksomme behandling hurtigst muligt.

Kvalitets- og Udviklingsafdelingen, RHP skrev den 2. april 2012 et notat til direktionen på baggrund af den anonyme henvendelse. Af notatet fremgår det, at RHP's direktion havde iværksat en større gennemgang af medicineringen på PC Glostrup og fire andre centre. Gennemgangen tog udgangspunkt i EPM data for perioden 1. januar-15. marts 2012. I undersøgelsen blev der set på, hvor mange patienter, der havde fået olanzapin i døgndoser over 40 mg. I notatet blev det konkluderet, at forbruget på bl.a. PCG ikke stemte overens med de retningslinjer for maksimale døgndoser, som psykiatriens egne eksperter havde fastsat. Af undersøgelsen fremgik, at ca. 47 % af patienterne fik døgndoser af olanzapin, som lå højere end det anbefalede niveau. I gennemsnit lå de

høje doser på PCG på 55, 4 mg pr. døgn. Det blev anbefalet, at der i regi af psykiatriens klinikchefer skulle ske en drøftelse af det hensigtsmæssige i det mønster, som analysen tegnede.

RHP's vicedirektør sendte den 22. juni 2012 en mail til alle centerledelser om, at direktionen havde besluttet at indskærpe anvendelsen af olanzapin i akutbehandlingen. Det blev præciseret, at alle vejledninger vedr. medicinering skulle efterleves. Baggrunden blev angivet til at være ovennævnte undersøgelse, som havde vist, at der på tværs af centrene i mange tilfælde blev givet doser, som overskred det, der var anbefalet i de gældende vejledninger, ligesom der var set stor variation i varigheden af behandlingen.

Den 20. juni 2012 oplyste RHP til Sundhedsstyrelsen, at der var nedsat en intern taskforce som bl.a. skulle undersøge, om der skulle ske ændringer i praksis og/eller vejledningerne. Taskforcen havde første møde den 21. juni 2012. Der blev indført et absolut loft for behandlingen med olanzapin på 60 mg i døgnet. Den almindelige anbefalede dosis peroralt blev fastsat til 40 mg pr. døgn. Derudover blev det besluttet at for den lille gruppe af patienter, der kunne have behov for større doser, skulle disse patienter forelægges taskforcegruppe, der havde bemyndigelse til at give tilladelse til at anvende doser udover de anbefalede maksimale doser. Derudover blev der planlagt en audit i august måned mhp. at afdække effekten af indsatsen.

Kort tid efter opstod der på politisk niveau i regionen tvivl om den interne task force gruppes habilitet og det blev besluttet, at nedsætte en uvildig ekspertgruppe med deltagelse af repræsentanter fra andre regioner. Der blev planlagt en journalaudit og en opfølgning på data om medicineringen af de enkelte patienter.

Den 13. juli 2012 blev en ny midlertidig vejledning om medicinsk behandling af akutte urotilstande hos voksne patienter taget i brug i RHP. Det fremgår af denne vejledning, at der maksimalt måtte gives 40 mg olanzapin peroralt i døgnet. Dette gjaldt de samlede ordinationer, dvs. både faste ordinationer, p.n. ordinationer og engangsordinationer. Der måtte maksimalt gives 20 mg olanzapin i.m. i døgnet. Hvis peroral og intramuskulær olanzapin blev anvendt samtidig, tæller den intramuskulære dosis dobbelt i udregning af den samlede døgndosis. Varigheden af den akutte behandling må maksimalt være 3 døgn. Det er angivet, at behandling med olanzapin i døgndoser, der overskrider 40 mg, i få tilfælde kan være nødvendig. Det indskræpes i vejledningen, at al behandling, der overskrider den øvre grænse på 40 mg i døgnet, skal godkendes af en klinikchef.

Ved brev af 17. august 2012 til Sundhedsstyrelsen oplyste RHP, at der var foretaget en opfølgning af dataundersøgelsen fra januar-marts 2012 for juli måned for at afdække, om skærpelsen af vejledningen havde haft effekt. Af den nye undersøgelse fremgik det, at der havde været et markant fald i både antallet af administrerede døgndoser over 40 mg og i antallet af patienter, der havde fået doser over anbefalingen. Det fremgik ifølge brevet, at anvendelsen af de meget høje doser var ophørt. Regionen oplyste desuden, at RHP fortsat ville følge udviklingen af anvendelsen med olanzapin gennem månedlige dataudtræk.

Sundhedsstyrelsen har i forbindelse med sagen taget kontakt til landets øvrige regioner for at få oplyst, om de anvender høje doser af antipsykotika. I de øvrige regioner anvendes der kun yderst sjældent doser over 40 mg.

Sundhedsstyrelsens vurdering

Ud fra karakteren af de oplysninger, som Sundhedsstyrelsen har modtaget om henvendelser om problemer på PCG med medicineringen til Centerledelsen og RHP gennem en længere periode, er det styrelsens opfattelse, at det havde været hensigtsmæssigt, om ledelsen på et tidligere tidspunkt havde gjort yderligere forsøg på at sikre sig, at medicineringen blev varetaget i overensstemmelse med regionens egen vejledning. I den forbindelse er det Sundhedsstyrelsens opfattelse, at det ikke var tilstrækkeligt, at RHP og PCG indledningsvist alene byggede deres overvågning på forbrugsstatistikker over det generelle forbrug af antipsykotika.

Set i lyset af de oplysninger, der i øvrigt var om de store ledelsesmæssige problemer på centret, burde centerchefen tidligere i forløbet have efterspurgt relevante ledelsesredskaber til at overvåge medicinforbruget nærmere. Der blev alene fokuseret på det samlede lægemiddelforbrug. Henvendelserne om de høje medicindoser kunne være belyst på et tidligere tidspunkt ved en fuldstændig journalaudit.

Sundhedsstyrelsen har noteret sig, at RHP nu har udarbejdet en ny instruks for behandling med antipsykotika, hvorefter det nu i modsætning til tidligere fremgår, at ved overskridelse af den samlede normale døgndosis (både faste, p.n. og engangsordinationer), hvor det lægefagligt er nødvendigt at give større doser end vanligt, forudsættes at dette godkendes ved klinikchefen.

Sundhedsstyrelsen har også bemærket, at RHP har fulgt op på den nye vejledning og indskærpelse med en gentagelse af undersøgelsen af døgndoser på patientniveau og at undersøgelsen viser, at der er sket et markant fald i antallet af patienter, der har fået doser over det anbefalede niveau. RHP planlægger desuden at følge udviklingen gennem månedlige dataudtræk.

Sammenfatning

Ledelsen af en myndighed, i dette tilfælde Region Hovedstaden, har en almindelig beføjelse og pligt til at føre tilsyn med den virksomhed, der foregår indenfor myndighedens ansvarsområde.

Sundhedsstyrelsen finder samlet set at:

- PCG burde ikke have påbegyndt behandlingen med midazolam, inden den nedsatte arbejdsgruppe havde færdiggjort vejledningen for hele regionen.
- Indholdet af den midlertidige instruks på PCG var utilstrækkelig på en række væsentlige punkter
- Brug af midlertidige instrukser, som ikke er tilstrækkeligt gennemarbejdede udgør en uacceptabel risiko for patientsikkerheden.
- Midazolam kan vise sig at være en relevant behandling i psykiatrien i Danmark, men indførelsen af behandlingen kræver en beskrivelse af det faglige beslutningsgrundlag og en systematisk faglig opfølgning (kvalitetskontrol).
- PCG var ikke tilstrækkelig opmærksom på, at der har været tale om indførelse af et nyt behandlingsregime, som skulle overholde Sundhedsstyrelsens vejledning om indførelse af nye behandlingsmetoder. Det er en yderligere skærpende omstændighed, at der i mange tilfælde var tale om tvangsbehandling.
- RHP var heller ikke opmærksom på vejledningen om indførelse af nye behandlingsmetoder ved planlægningen af ibrugtagning af midazolam i hele regionen.
- Det havde været hensigtsmæssigt, om ledelsen på et tidligere tidspunkt havde forsøgt at sikre sig, at medicineringen med antipsykotika blev varetaget i overensstemmelse med regionens egen vejledning. I den forbindelse er det Sundhedsstyrelsens opfattelse, at det ikke var tilstrækkeligt, at RHP og PCG indledningsvist alene byggede deres overvågning på forbrugsstatistikker over det generelle forbrug af antipsykotika.
- Set i lyset af de oplysninger, der i øvrigt var om de store ledelsesmæssige problemer på centret, burde centerchefen tidligere i forløbet have efterspurgt relevante ledelsesredskaber til at overvåge medicinforbruget nærmere.

Fremadrettet har Sundhedsstyrelsen noteret sig, at RHP nu har udarbejdet en ny instruks for behandling med antipsykotika, hvoraf det i modsætning til tidligere, fremgår at ved overskridelse af den samlede normale døgndosis (både faste, p.n. og engangsordinationer), hvor det lægefagligt er nødvendigt at give større doser end vanligt forudsættes, at dette godkendes ved klinikchefen.

Sundhedsstyrelsen har også bemærket, at RHP har fulgt op på den nye vejledning og indskærpelse med en gentagelse af undersøgelsen af døgndoser på patientniveau, og at undersøgelsen viser, at der er sket et markant fald i antallet af patienter, der har fået doser over det anbefalede niveau. RHP planlægger desuden at følge udviklingen gennem månedlige dataudtræk.

Sundhedsstyrelsen finder udviklingen positiv og vil umiddelbart ikke foretage sig yderligere i forhold til organisationstilsynssagen. Styrelsen vil dog gerne orienteres om udviklingen af RHP's anvendelse af antipsykotika og beroligende medicin i psykiatrien ved et møde i januar 2013 i Sundhedsstyrelsen.

Øvrige bemærkninger

Sundhedsstyrelsen har under behandling af tilsynssagen konstateret, at der i RHP ikke er almindelig teknisk adgang for sundhedspersonalet til at udskrive samtlige ordinationer for den enkelte patient i EPM.

I forbindelse med oplysningen af sagen har regionen på styrelsens anmodning foranstaltet, at det i den konkrete sag blev gjort muligt at udprinte den fulde EPM for bestemte patienter.

Det fremgår af sundhedsloven § 215, stk. 3, at Sundhedsstyrelsen kan afkræve personer inden for sundhedsvæsenet de oplysninger, der er nødvendige for at gennemføre tilsynet med den sundhedsfaglige virksomhed, der udføres af personer inden for sundhedsvæsenet.

Det fremgår videre af bekendtgørelse nr. 1373 af 12. december 2006 om blandt andet lægers journalføring § 1, stk. 5, at patientjournalen er et arbejdsredskab, der af hensyn til patientsikkerheden skal danne grundlag for behandling af patienten og dokumentere den udførte behandling.

Patientjournaler er i den sammenhæng blandt andet af meget stor betydning i klage-, tilsyns-, eller erstatningssager.

Sundhedsstyrelsen skal derfor henstille til, at Region Hovedstaden i forlængelse af denne sag hurtigst muligt generelt foranlediger, at der gives de enkelte afdelinger teknisk adgang til at udskrive alle ordinationer (både historiske som aktuelle) i EPM i det omfang, at der bliver anmodet om dette til brug for behandling af konkrete sager på tilsyn, klage- og erstatningsområdet. Sundhedsstyrelsen skal anmode om at få meddelt, hvornår det kan forventes gennemført.

21. september 2012
Anne Mette Dons
Enhedschef, overlæge
Enhed for Tilsyn og Patientsikkerhed

Psykiatriudvalgets møde den 26. november 2012

Sag nr. 1

Emne: Overmedicinering i psykiatrien

Bilag 3

RAPPORT

Jens Marcussen
Hellerup, november 2012

Analyse af direktionen Region Hovedstaden Psykiatri



AUSTRALIA • AUSTRIA • BELGIUM • BRAZIL • DENMARK • CHINA • ESTONIA
FINLAND • FRANCE • GERMANY • INDIA • ITALY • LATVIA • LITHUANIA
THE NETHERLANDS • NORWAY • POLAND • PORTUGAL • SINGAPORE
SPAIN • SWEDEN • SWITZERLAND • UNITED KINGDOM • USA

Indholdsfortegnelse

1. Baggrund og formål	3
2. Metode	3
3. Analyse	4
3.1. Situationen	4
3.2. Overordnet status	4
3.3. Direktionens ledelse af RHP	5
3.3.1 Fem centrale forbedringsområder	6
3.3.2 Direktionens samspil med det politiske niveau	8
3.3.3 Direktionen: Samspil, samarbejde og fremadrettet kapacitet	9
4. Syntese	10

1. Baggrund og formål

Koncerndirektionen i Region Hovedstaden har besluttet, at der skal gennemføres en analyse af direktionen i Region Hovedstadens Psykiatri (RHP). Analysen vil primært adressere direktionens styrker og begrænsninger i forhold til at sikre gennemførelsen af de overordnede visioner, politikker og beslutninger på psykiatriområdet.

Det overordnede mål med analysen er at sikre en styrket og kompetent psykiatridirektion, der både har mulighed for og er i stand til at føre de overordnede visioner på området ud i livet og dermed også til fremadrettet at sikre den bedst mulige psykiatri inden for de givne rammer.

Analysen vil blive udarbejdet, således at koncerndirektionen i Region Hovedstaden på baggrund af analysen får et grundlag for at træffe de rette, fremadrettede beslutninger i forhold til RHP. Det er aftalt, at Mercuri Urval udarbejder ovenstående analyse af styrker og svagheder, men ikke udarbejder konkrete indstillinger eller anbefalinger med afsæt i analysen.

Analysen er bl.a. sat i værk på baggrund af sagen om overmedicinering på Psykiatrisk Center Glostrup, som har betydet, at koncerndirektionen har ønsket at få belyst nogle generelle ledelses- og styringsmæssige aspekter i RHP. Det er imidlertid vigtigt at understrege, at nærværende analyse ikke er en udredning af forløb og ansvarsfordeling i den konkrete sag.

2. Metode

Analysens omdrejningspunkt vil som nævnt være psykiatridirektionens evne til og mulighed for at skabe de ønskede resultater i den samlede psykiatri inden for de givne politiske, økonomiske og lovgivningsmæssige rammer. Vi vil nedenfor hovedsageligt belyse dette gennem tre perspektiver, nemlig relationen til det politiske niveau, ledelsen af RHP som helhed og endelig samspillet internt i direktionen.

Vores analyse bygger på to primære informationskilder:

For det første et skriftligt materiale, der bl.a. inkluderer virksomhedsplaner, visionspapirer, resultatkontrakter, funktionsbeskrivelser, mødereferater, ledelsespolitikker, mv.

For det andet har vi gennemført ca. 30 kvalitative interview med politikere, centerledelserne, koncerndirektionen, psykiatridirektionen, tillidsrepræsentanter og stabsfunktioner både i psykiatrien og koncernen. Interviewene har været individuelle og anonyme.

Analytisk har vi i tilgangen til og arbejdet med datamaterialet taget udgangspunkt i de ønskede og forventede resultater, som direktionen har ansvaret for at sikre. Det vil sige de visioner, strategier og overordnede politikker, som RHP samlet set skal sikre implementeringen af.

Næste led i analysen er en afdækning af hvilken ledelsesadfærd hos direktionen, der bedst muligt vil sikre indfrielsen af målsætningerne og altså den ønskede resultatskabelse. Hvilken adfærd, prioriteringer og indsatser skal der til i direktionen for at sikre, at RHP bevæger sig i den ønskede retning. Og endelig vil den sidste del forholde sig til kapaciteterne, det vil sige, hvilke er de kompetencer og kvalifikationer, der skal til for at udøve den adfærd, der sikrer de ønskede resultater.

Dette kan illustreres med nedenstående model, som altså skal læses fra højre mod venstre.



3. Analyse

3.1. Situationen

Der er tre væsentlige træk ved den øjeblikkelige situation i RHP, som det kan være væsentligt at fremhæve som forståelsesramme for den efterfølgende analyse.

For det første er det vigtigt at pointere, at den øjeblikkelige situation i RHP i høj grad er præget af "medicin-sagen" på PC Glostrup, som alle i systemet føler sig ramt af. Sagen har ført til megen selvransagelse på alle niveauer, og der er et udtalt ønske om, at der læres af sagen, så den bruges som afsæt for et fremadrettet og kritisk blik på de processer og strukturer, som ikke fungerer tilfredsstillende. Dette gælder i direktionen, på centrene og på det politiske niveau. Vi har gennem alle interviewene oplevet en stor lyst og energi i forhold at lægge sagen bag sig, genopbygge tilliden til RHP og bruge anledningen til at opbygge et endnu mere velfungerende RHP. På denne måde kan sagen blive en katalysator, der sikrer, at hensigtsmæssige forandringer kan gennemføres hurtigere og nemmere, end det ellers havde været tilfældet.

For det andet at der er en relativt stor enighed blandt de interviewede, som trods forskellige positioner i store træk og med et væld af nuancer udpeger de samme problemstillinger som væsentlige. Der er således et nogenlunde overensstemmende virkelighedsbillede hele vejen rundt, hvilket erfaringsmæssigt vil gøre det nemmere at adressere problemerne og skabe holdbare løsninger i forhold til disse.

For det tredje er det væsentligt at fremhæve, at der generelt i hele RHP er en stor opbakning til de visioner, som Regionsrådet tiltrådte i december 2010, og som bl.a. konkretiseres i de årlige virksomhedsplaner. Det er vores indtryk, at disse også er mål- og retningssættende for arbejdet i RHP både i direktionen og på centrene. Der er således ikke bare et godt kendskab til, men også enighed om, hvilke overordnede pejlemærker, der skal styres efter. Dette i hvert fald blandt de forholdsvis mange respondenter i RHP, som vi har talt med. Vi har igennem alle vores interview oplevet et stort både fagligt og personligt engagement i forhold til at sikre indfrielsen af den fælles ambition. Også dette danner således et stærkt afsæt for en fortsat udvikling af RHP.

3.2. Overordnet status

RHP blev skabt ved en sammenlægning af psykiatriområderne i de tidligere amter og H:S i forbindelse med strukturreformen for knap seks år siden.

Ledelsesmæssigt er der i de forløbne seks år fra direktionens side ydet en stor indsats i forhold til at få fusioneret de noget forskellige systemer, organisationer og kulturer og dermed at få "organisationen på plads". Målet har været at skabe ét hospital med fælles standarder og niveauer. Meget af den (top-)ledelsesmæssige fokus har været rettet mod at få etableret hensigtsmæssige

rapporteringssystemer, økonomistyring, bygningsdrift, samarbejdsprocedurer, etableret de rette styringsværktøjer, at få indarbejdet hensigtsmæssige administrative rutiner osv. Eller med andre ord at få opbygget en organisatorisk og administrativ infrastruktur, der har understøttet og sikret fusionen.

Analysen peger på, at denne formelle del af styringen langt overvejende fungerer godt. Der er på mange områder etableret velfungerende processer, rapporterings- og informationssystemer, kvalitetsmålinger osv. To succesfulde akkrediteringer inden for de seneste år peger ligeledes på et velfungerende system og en hensigtsmæssig organisatorisk og administrativ infrastruktur.

Analysen peger således heller ikke på, at der skal laves væsentligt om i forhold til ovenstående, men tværtimod at der gerne må fortsættes med en styrkelse af det organisatoriske arbejde gennem arbejdet med forbedringskultur/lean mv., der er identificeret som et af de nuværende og kommende indsatsområder. Det er væsentligt at understrege, at den velfungerende organisation har skabt et godt afsæt for at gå ind i nogle af de ledelsesmæssige udfordringer, som vi peger på nedenfor

Som det vil fremgå nedenfor peger analysen derimod på, at den store ledelsesmæssige energi og fokus rettet mod disse områder, som efter vores vurdering har været hensigtsmæssig i den første fase af fusionen, har betydet, at andre dele af de ledelsesmæssige indsatser er blevet nedprioriteret.

3.3. Direktionens ledelse af RHP

Direktionen har samlet det overordnede ansvar for drift og udvikling af RHP. Den fastlægger de overordnede strategiske indsatsområder i virksomheden og varetager de overordnede retningslinjer for virksomhedens drift og udvikling.

Centerledelserne udgør næste led i ledelseshierarkiet og udgør et vigtigt element i den samlede ledelse i RHP ikke mindst på grund af størrelsen og den geografiske spredning i RHP. Direktionens ledelse af og ledelse gennem centerledelserne er derfor et afgørende omdrejningspunkt i at lykkes med den ønskede resultatskabelse, og de seneste år har man arbejdet på at trække centerledelserne tættere på direktionen f.eks. ved hjælp af den "udvidede direktion", der foruden direktionen består af centercheferne.

Styringen og samspillet mellem direktion og centerledelser tager udgangspunkt i den virksomhedsplan, som direktionen udarbejder i samarbejde med lederne på centrene. Planen udgør et fælles udgangspunkt for udviklingen, idet den beskriver de indsatsområder og initiativer, der vil være i fokus i løbet af året. Bl.a. på baggrund heraf indgår direktionen bilaterale resultataftaler med de enkelte centre med det formål at sikre, at de politiske og strategiske målsætninger omsættes til handling.

Derudover afholdes der ugentlige møder i den "udvidede direktion", og der er i foråret 2012 dannet to fora for henholdsvis klinik- og udviklingscheferne. Derudover er der bilaterale samtaler mellem direktøren og centercheferne normalt på foranledning af centercheferne og typisk omhandlende forvaltningsrelaterede emner.

Analysen peger på, at der helt overordnet er en anerkendelse og accept af, at ovenstående styringskæde og fora er fornuftige og hensigtsmæssige, og at de opfylder det formål at bringe informationer, beslutninger og strategier ned igennem systemerne. Samtidig er det også tydeligt, at selvom den formelle struktur og ramme tilsyneladende langt hen ad vejen er rigtig, så skal der fremadrettet arbejdes systematisk i forhold til at få det til at fungere på en anden måde i forhold til

substans og indhold, det vil sige hvad man lægger ind i den formelle ramme. Det belyser vi nedenfor.

3.3.1 Fem centrale forbedringsområder

Konkret bliver der temmelig konsekvent igennem interviewene peget på, at der er en række centrale områder, hvor samspillet mellem direktionen og centerledelserne kan og bør styrkes, således at man ikke bare har det rigtige organisatoriske set-up, men også at det fungerer bedst muligt.

1. Reel inddragelse af centerledelserne

Som nævnt ovenfor, så er det ambitionen, at centerledelserne i stigende grad skal inddrages i ledelsen og styringen af RHP samlet set, og man opererer derfor med begrebet "udvidet direktion", som foruden psykiatridirektionen består af de 11 centerchefer. I lyset af størrelsen, den geografiske spredning og det faktum, at en stor del af den faglighed er forankret i centrene, virker dette hensigtsmæssigt.

Analysen identificerer en række problemstillinger, som fremadrettet bør adresseres for at få intentionen til at fungere efter hensigten. Først og fremmest er det vurderingen, at direktionen på en række områder ikke inddrager centerledelserne på en optimal måde. Oplevelsen blandt deltagerne er, at man ofte præsenteres for velgennemarbejdede og "færdige" oplæg, f.eks. på de ugentlige møder mellem direktionen og centercheferne. Oplæggene udarbejdes i stabene og centercheferne kommer ofte så sent ind i processen, at den reelle mulighed for påvirkning og inddragelse opleves som for lille. Problemet forstærkes i de (mange) sager med et udpræget fagligt indhold, fordi de samlede beslutninger ikke kvalificeres med den faglige viden og ekspertise, der er til stede på centrene.

Det samlede beslutningsgrundlag er derfor indimellem ikke så stærkt, som det burde være, og de efterfølgende beslutninger heller ikke så præcise og relevante, som de kunne være. Samtidig betyder oplevelsen af en manglende reel dialog og drøftelse af substansen, at ejerskabet til beslutninger bliver mindre, end hvis der havde været en reel drøftelse og udveksling.

Analysen peger derfor i retning, at der bør ske en tidligere og mere reel inddragelse af de relevante faglige og ledelsesmæssige kompetencer på centrene. Den samlede udvidede direktion er måske på en række områder for stor til, at dette kan ske på en hensigtsmæssige måde, og på disse områder kunne man f.eks. trække på dele af gruppen.

Det skal understreges, at direktionen i øjeblikket arbejder på inddragelsesmodeller, der i højere grad sikrer ovenstående.

2. Reel indsigt i arbejdet i centrene

Det er et gennemgående træk ved langt hovedparten af interviewene, at man oplever dialogen med direktionen som for topstyret. Det fremhæves fra flere sider, at f.eks. de fælles møder i for høj grad har præg af envejskommunikation, hvor information og analyser går fra direktionen til centerledelserne, og at der ofte ikke er tid, mulighed eller invitation til reel drøftelse og debat med afsæt i den virkelighed, som centrene befinder sig i.

Der er en tendens til, at direktionens indsigt i forhold til situationen på centrene i for høj grad baserer sig på standardiserede rapporteringer og indikatorer, og at der derfor kan være en risiko for, at man overser eller ikke bliver gjort bekendt med problemstillinger eller udfordringer, som ikke fanges op af dette. Samtidig vurderer mange, at der er en slags uformel fælles forståelse af hvilken type emner, som det er legitimt at rejse over for direktionen.

Risikoen ved ovenstående er primært, at direktionen kan komme til at mangle føling med den konkrete virkelighed og dermed også kan komme til at træffe beslutninger på et mangelfuldt grundlag og ikke kunne videreformidle et adækvat billede f.eks. til det politiske niveau.

Svaret på ovenstående er ikke nødvendigvis mere systematiserede eller detaljerede rapporteringssystemer, men nok snarere som analysen peger på en højere grad af reelle, åbne dialoger både med centerledelserne både samlet og ikke mindst hver for sig.

Direktionen synes bevidst om ovenstående problematik og det vurderes også, at den adfærdsmæssigt bevæger sig i hensigtsmæssig retning.

3. Bedre udnyttelse af de samlede ledelsesmæssige ressourcer

Analysen peger i forlængelse af de to ovenstående punkter på, at det ville være muligt i højere grad at medtænke og inddrage centerledelserne i den samlede og tværgående ledelse af RHP. Der er tilsyneladende gode muligheder for dette.

I øjeblikket er der et topstyret system, hvor det tværgående samarbejde mellem centrene ikke er i fokus. Samarbejdet går ofte igennem eller bliver koordineret af direktionen/stabene, hvilket kan virke begrænsende for innovation og vidensudveksling på tværs. Analysen peger på, at man på nogle områder med fordel ville kunne lægge nogle koordinations- og udviklingsopgaver ud på centrene og/eller de tværgående fora.

Samtidig efterlyser mange, at man for at styrke den samlede ledelseskraft i RHP i højere grad indtænker f.eks. centercheferne som ressourcefulde ledelseskrafter, der efter aftale med direktionen i højere grad end i dag kan påtage sig ledelsesopgaver på tværs i form af ledelse af vigtige projekter mv. Dette ville også kunne styrke det faglige, virkelighedsnære perspektiv i nogle af de processer, hvor dette er påkrævet.

4. Mindre efterspørgselsstyret ledelse

Der er blandt de interviewede en generel opfattelse af, at man, hvis man har problemer eller forhold, der ønskes drøftet, relativt nemt kan få adgang til at gøre dette ikke mindst med direktøren. Her vil man ofte blive mødt med imødekommenhed og hjælpsomhed i forhold til den konkrete problematik. Det vil sige, at man får ledelse, hvis man konkret efterspørger denne, og denne ledelse opleves som relevant og understøttende.

Igennem interviewene peger mange imidlertid også på, at direktionen til gengæld ikke er proaktiv eller systematisk nok i forhold til at intervenere, når ledelse ikke bliver efterspurgt eller falder ved siden af de formelle rapporteringssystemer.

Direktionen bliver således til dels afhængig af, at centercheferne/-ledelserne selv rejser de relevante ledelsesmæssige eller faglige problemstillinger. Risikoen er, at man her enten ikke ser, at der er brug for en ledelsesindsats, eller at man ikke har lyst/evne/mulighed for at træde frem i en måske konfliktfyldt ledelsesmæssig sammenhæng.

Ovenstående kan betyde, at der er områder og ledelsesmæssige problemstillinger, som direktionen ikke får adresseret rettidigt eller fulgt tilstrækkeligt op på. Analysen peger således i retning af, at direktionen må agere mere opsøgende i forhold til centerledelserne og brede dialogen og temaerne bredere ud end de rent forvaltningsmæssige.

5. Nyrekruttering af centerledelser

Et vigtigt omdrejningspunkt i en samlet set succesfuld og resultatskabende ledelse i RHP er som nævnt ovenfor nogle velfungerende centerledelser, der kan og vil både lede egne centre i overensstemmelse med de vedtagne visioner og politikker og samtidig påtage sig ledelsesopgaver på tværs af RHP.

Der vil være en del nyrekrutteringer af centerchefer i den kommende tid. Mange peger på, at det vil være afgørende, at direktionen i disse processer i højere grad end hidtil lægger vægt på at ansætte personer, der foruden en relevant faglighed også vil tilføre et skarpt ledelsesmæssigt udviklingsperspektiv til gavn for hele RHP.

3.3.2 Direktionens samspil med det politiske niveau

Vores interview peger entydigt i retning af, at forløbet omkring "medicinsagen" i den nuværende situation har undermineret en stor del af tilliden fra det politiske niveau til direktionen i RHP. Fra politisk side peges på, at RHP hverken har informeret tilstrækkeligt eller rettidigt, og at dette har gjort en i forvejen uheldig sag svær at håndtere og har bidraget til at holde sagen kørende langt længere end nødvendigt.

"Medicin-sagen" har i høj grad sat tingene på spidsen, men imidlertid er det også vigtigt at understrege, at RHP's håndtering af denne sag i forhold til det politiske system vurderes til at være et udtryk for nogle mere generelle problemstillinger i samarbejdsrelationen.

Analysen identificerer således to væsentlige problemer i relationen mellem RHP og det politiske niveau.

Generelt er det for det første opfattelsen, at det politiske niveau får masser af information, men ikke nødvendigvis får tilstrækkelig indsigt i, hvad der reelt foregår i psykiatrien specielt i forhold til arbejdet på centrene. Dette gælder specielt i forhold til de mere problematiske sager, udviklingstendenser og status for indfrielse af visionerne. Der peges på, at det billede af psykiatrien, som man får præsenteret af RHP, ikke altid er foreneligt med det billede, som man møder, når man bevæger sig i virkeligheden.

Når det reelle informationsniveau opleves som mangelfuldt, betyder det, at det beslutningsgrundlag, som politikerne handler og beslutter på baggrund af, ikke er fyldestgørende, og dermed også at beslutningerne ikke bliver så gode som muligt.

Samtidig bliver der for det andet peget på, at det politiske niveau ikke altid i tilstrækkelig grad bliver inddraget på rette tidspunkt og rette måde specielt i forhold til de større strategiske beslutninger, visionsprocesser mv. Der er en oplevelse af ikke at blive inddraget og ikke at få indflydelse i det omfang, som det forventes i forhold til at sætte retning og pejlemærker i og for RHP. Der er en tendens til, at politikerne får færdige, gennemarbejdede oplæg og analyser, der lukker diskussionen snarere end at skabe en platform for politiske valg og fremadrettede beslutninger. Politikerne får derfor heller ikke mulighed for at fylde den ønskede politiske rolle ud.

Analysen peger i forlængelse af ovenstående entydigt i retning af, at ændringer i relationen mellem RHP og det politiske niveau er påkrævede for at styrke tilliden og ikke mindst for at udvikle og sikre en solidt grundlag for det politiske arbejde.

Analysen peger på, at ovenstående i høj grad drejer sig om kommunikation. Om hvad, hvornår og hvordan der kommunikeres, og at nøgleord i en fremtidig løsningsmodel bør være åbenhed, transparens og inddragelse med udgangspunkt i en gensidig forventningsafstemning.

Det er i denne sammenhæng vigtigt at understrege, at en stor del af kommunikation mellem RHP og det politiske niveau oftest går gennem koncernstabene i Region Hovedstaden, som således både er en integreret del af ovenstående problematik og en nødvendig del af løsningen. Ligeledes bør det understreges, at der allerede nu i RHP arbejdes på, hvordan ovenstående problematik kan afhjælpes/imødegås.

Parallelt med denne analyse har der været nedsat en arbejdsgruppe om kommunikationsveje og visioner for psykiatrien. Efter vores vurdering vil efterlevelsen af de konkrete anbefalinger fra arbejdsgruppen være et stort skridt på vejen i forhold til at imødegå de udfordringer, der er præsenteret ovenfor. Dette gælder ikke mindst forslagene om forbedrede kommunikationsveje i psykiatrien og forslaget om løbende afrapporteringer af status på visionerne.

3.3.3 Direktionen: Samspil, samarbejde og fremadrettet kapacitet

Direktionen består af en direktør og to vicedirektører. Tidligere har der været tre vicedirektører. Direktionen har det overordnede ansvar for drift og udvikling af RHP. Den fastlægger de overordnede strategiske indsatsområder i virksomheden og varetager de overordnede retningslinjer for virksomhedens drift og udvikling. Direktionen vil derfor også være et afgørende omdrejningspunkt i at lykkes med at indfri det nye sæt af sammenhængende målsætninger med fokus på patienter, kulturændringer og styrket faglig fokus.

Det centrale spørgsmål, som vi vil undersøge nedenfor, er direktionens samlede styrker og udfordringer i forhold til disse fremadrettede udfordringer, som RHP nu står over for.

Det billede, der på baggrund af interviewene og vores individuelle samtaler med medlemmerne af direktionen, tegnes, er beskrevet nedenfor. Fokus er på den samlede direktions kapacitet og ikke på det enkelte direktionsmedlem.

- Generelt roses direktionen for at være lyttende og imødekommende, når man kommer til dem med et konkret problem. Her bliver den oplevet som løsningsorienteret og hjælpsom.
- Direktionen anerkendes for at sætte ambitionen højt for RHP og for at udvise engagement i at udvikle RHP. Der er en oplevelse af, at direktionen på mange måder "brænder" for at udvikle området.

Af de mere kritiske observationer kan nedenstående fremhæves:

- Direktionen fremstår ikke altid som en samlet direktion, hvor alle direktørerne kan og vil tegne den samlede direktion. Flere nævner konkrete eksempler på, at man med fordel kan gå uden om vicedirektørerne og direkte til direktøren, hvis man vil fremme en bestemt sag eller synspunkt. Beslutninger, der er taget på vicedirektørniveau, kan appelleres til direktøren og måske dermed ændres. Eller med andre ord direktionen er tilsyneladende ikke altid tilstrækkeligt kalibrerede i forhold til synspunkter og beslutninger, hvilket kan gøre det svært for det enkelte direktionsmedlem at repræsentere den samlede direktion.
- I delvis forlængelse af ovenstående virker det, som om der er en uskarp eller måske lige frem uhensigtsmæssig arbejdsdeling, hvor for mange beslutninger og afklaringer løftes op til direktøren. Også på områder, som umiddelbart ifølge arbejdsfordelingen burde kunne afklares på vicedirektørniveau. På denne måde er der dels en risiko for, at direktøren bliver flaskehals, at vicedirektørerne mister autoritet i forhold til systemet samtidig med, at direktøren får en skæv arbejdsbelastning, hvor der er for lidt tid til det opsøgende, overordnede og strategiske arbejde.
- Direktionens interne processer er kendetegnede ved en god, sober og konsensuspræget tone. Uenighed og konflikt optræder sjældent, hvilket betyder, at nogle af de forskellige fagligheder og forskellige ledelsessyn, der er repræsenteret i direktionen, ikke krydsbefrugtes på en måde, der kunne befordre kvalitet og nytænkning. Dette understøtter beskrivelsen af, at direktionen måske ikke er reflekteret nok i forhold til det frugtbare samspil

mellem supplerende ledelsesperspektiver, men i stedet ender med at bekræfte hinanden i måden, som tingene allerede nu fungerer på.

- Analysen peger på, at direktionen og dens medlemmer i for høj grad lukker sig om sig selv. Der mangler en nysgerrighed og lyst til at blive klogere uden om de mere formelle rapporteringssystemer og mødeaktiviteter. Samtidig peger mange på, at der indimellem mangler mod og risikovillighed i forhold til at præsentere ufærdige, åbne oplæg, der sætter en diskussion i gang snarere end afslutter denne. Dette medfører, at nogle beslutninger ikke kvalificeres i tilstrækkelig grad og samtidig, at den innovative kraft, der er i hele systemet, ikke altid aktiveres i fuldt omfang.
- Endelig er det opfattelsen, at direktionen har en stor styringsmæssig autoritet og gennemslagskraft, men at denne ikke i tilstrækkelig grad på alle områder modsvarer af en tilsvarende sundhedsfaglig autoritet og gennemslagskraft, hvilket skaber en vis uklarhed og usikkerhed i de underliggende systemer. Analysen peger på, at direktionen ville styrkes gennem tilførsel af en mere "hård" lægefaglighed, der kunne styrke dialogen med de lægefaglige miljøer og sikre den ønskede udvikling.

Analysen peger samlet set på, at der er brug for mere ledelseskraft i direktionen, hvis den skal lykkes med den refokusering af ledelsesindsatsen, der skitseres nedenfor.

Analysen peger på, at den fremadrettede udfordring for RHP er at få etableret en direktion, hvor direktionen samlet set og de enkelte medlemmer hver for sig har faglig og ledelsesmæssig autoritet og indsigt nok til at tegne den samlede direktion. En direktion, der indadtil udfordrer hinanden, og som udadtil tegner et fælles billede.

Det vi sige en direktion, der også er i stand til at repræsentere og integrere de nødvendige faglige og ledelsesmæssige perspektiver, så direktionen samlet set favner den komplicerede og mangefacetterede ledelsesopgaver, som direktionen står over for.

Disse to forhold vil være afgørende for den samlede evne i RHP til at indfri de udfordringer, som man står over for, og dermed sikre den ønskede resultatskabelse.

Med udgangspunkt i det samlede span-of-control, som direktionen står over for, peger analysen i retning af, at det kunne være naturligt at øge antallet af vicedirektører fra to til tre.

4. Syntese

Hvis man kobler ovenstående med de øvrige mønstre fra analysen og løfter det over i et mere generelt og overordnet perspektiv, så peger det på, at direktionen hidtil primært har været orienteret mod en overvejende bureaukratisk og forvaltningsorienteret ledelsestænkning og har udøvet en ledelsesadfærd med udgangspunkt i et teknisk-administrativt ledelsesfokus. Energien har været brugt på og rettet mod at få organisationerne sammenlagt og få gjort den nye organisation funktionsdygtig. Som nævnt har dette været en betydelig opgave med et svært udgangspunkt.

Og som nævnt er det tydeligt, at man er lykkedes med at skabe en fusioneret organisation, der fungerer og som er meget tæt på de oprindelige målsætninger om f.eks. et hospital, fælles standarder og procedurer osv. Ledelsen og ikke mindst direktionen har således været succesfulde i forhold til det retningsskabende ved ikke bare at sætte mål, men også at have sikret en indfrielse af disse ambitiøse mål på en lang række af de ønskede områder.

Direktionen har med betydelig handlekraft og vedholdenhed skabt retning og bevægelse igennem en række komplekse fusions- og omstruktureringsprocesser. Topstyringen har i denne periode vist sig anvendelig for at skabe den nødvendige fremdrift og bringe organisationen videre og frem. Bagsiden har været, at den organisatoriske sammenhængskraft og balance enten har været sekundær eller bevidst nedprioriteret. Der har været mindre fokus på inddragelse, dialog, værdier, individualiseret ledelsessparring, tværgående samarbejde, coaching, den samskabende ledelse osv. hvilket svækker den organisatoriske sammenhængskraft.

I den fase, som RHP er på vej ind i, flytter hovedudfordringen fra at bygge en velfungerende organisation op til arbejdet med udviklingen af faglighed, patienten i fokus, organisationskultur mv. Analysen peger på, at direktionen bør tilpasse sit ledelsesperspektiv og -adfærd, så den nu matcher denne type udfordringer og her kan skabe de ønskede resultater. Dette skal ikke forstås, som at man skal kaste forvaltningsperspektivet bort (dette vil stadig være væsentligt og centralt), men snarere forstået som at man skal supplere med et mere demokratisk, inddragende og værdibaseret ledelsesperspektiv.