Område: Det psykiatriske område
Afdeling: Psykiatristaben
Journal nr.: 08/19249
Dato: 7. januar 2010
Udarbejdet af: Torben Andersen
E-mail: Torben.K.Andersen@regionsyddanmark.dk
Telefon: 76631021

Region Syddanmark

Notat

Psykiatritillæg til rapporten "Fælles AkutModtagelse i Region Syddanmark"

1. Forord

Psykiatrien kan grundlæggende tilslutte sig vision og grundkoncept for FAM, som beskrevet i "Rapport om FællesAkutModtagelse i Region Syddanmark".
Dette kapitel skal derfor ses som supplement til denne rapport. Kapitlet skal

- supplere med elementer, der ikke indgår i den nuværende rapport, men er væsentlige for beskrivelse af den akutte indsats i psykiatrien
- uddybe og præcisere elementer i den udarbejdede rapport fra somatikken, for at sikre at særlige forhold i psykiatrien fremgår

Psykiatriens referenceramme for kapitlet er:

- Psykiatriplanen og implementeringsplanen for denne, som regionsrådet har godkendt
- Sundhedsstyrelsens rapport "Den akutte indsats i psykiatrien"

Psykiatriplanen omhandler en lang række andre forhold end den akutte indsats, men en af grundpillerne i "Fremtidens psykiatri" er tilgængelighed for psykiatriske patienter. Planen fastlægger bl.a., at der skal være akutmodtagelse i forbindelse med døgnfunktionerne i Esbjerg, Aabenraa, Vejle og Odense. Det fremgår, at der nærmere skal afklares grundlaget for fortsættelse af den særlige akutte modtagelse for børn og unge i Odense.

Herudover skal den retspsykiatriske funktion i Middelfart, når den er færdigudbygget i 2012 kunne modtage de fleste af de akutte retspsykiatriske patienter. Denne akutte modtagelse vil blive nærmere udredt i forbindelse med nærmere tilrettelæggelse af den udbyggede og samlede retspsykiatriske funktion i Middelfart.

Rapporten fra Sundhedsstyrelsen "Den akutte indsats i psykiatrien" indgår desuden i psykiatriens referenceramme for dette kapitel. En af de overordnede anbefalinger i rapporten er, at den psykiatriske modtagelse ideelt set bør placeres i geografisk/fysisk nærhed af de fremtidige akutsygehuse. Herudover er der åbnet op for muligheden af at i de tilfælde, hvor psykiatrien i udgangspunktet er placeret på en anden matrikel end somatikken, vil der i stedet skulle sikres de fornødne aftaler mellem somatikken og psykiatrien, der skal sikre adgang til den psykiatriske ekspertise på akutsygehusene hhv. adgang til somatisk ekspertise i den adskilte psykiatriske modtagelse.
Set i lyset af den fremtidige placering af de psykiatriske døgnfunktioner i Region Syddanmark, som det fremgår af psykiatriplanen indebærer dette, at der arbejdes videre ud fra

- at psykiatrien indgår i FAM i Aabenraa, Svendborg og Odense, men ikke indgår i de midlertidige FAM løsninger i Odense og Svendborg (MiFAM og MAS) og i første fase af byggeprojektet i Aabenraa, der iværksættes i 2010
- at der skal laves aftaler, der skal sikre den akutte somatiske betjening af psykiatriske patienter og den akutte psykiatriske betjening i Esbjerg og Vejle (og Middelfart)

I Esbjerg og Vejle skal der findes lokale løsninger, herunder:

- aftaler mellem somatikken og psykiatrien om samarbejde omkring den akutte patient herunder afklaring af dimensionering i de psykiatriske skadestuer, hvis børn/unge skal vurderes der – jf. side 68 og 69 i rapporten, hvor der er beskrevet, at alle med selvmordsforsøg skal kunne tilbydes akut psykiatrisk vurdering. Her ligger der en opgave, som i dag ikke bliver løftet af børne- og ungdomspsykiatrien ej heller voksenpsykiatrien.
- udnyttelse af moderne teknologiske værktøjer (videokonference m.v.) maksimalt
- øget mulighed for transport også af speciallægebistand, hvor transport af patient kan være for belastende for denne (mange akutte psykiatriske patienter har nemlig svære somatiske problemstillinger som er årsag til 15 % overdødelighed af disse og omvendt har en del somatiske patienter også psykisk lidelse, som komplicerer diagnostik og behandling i somatikken)

Sundhedsstyrelsens rapport om den akutte indsats i psykiatrien tager i tråd med rapporten for somatikken udgangspunkt i, at samling af funktioner vil styrke kvaliteten i behandlingen, give bedre mulighed for at dokumentere og udvikle kvaliteten og forbedre udnyttelsen af ressourcerne.

Sundhedsstyrelsen fremhæver dog at psykiatriske patienter i højere grad end somatiske patienter har behov for let tilgængelighed til den akutte indsats. Dette mener Sundhedsstyrelsen skal indgå i vurderingen af hensynet til robusthed og erfaring på den ene side og hensynet til nærhed og tilgængelighed på den anden side. Dette er helt i tråd med anbefalingerne for den akutte indsats i psykiatriplanen. Denne afvejning vil desuden indgå i den nærmere afklaring af behovet for en særskilt børne- og ungdomspsykiatrisk akut modtagelse i regionen.

Sundhedsstyrelsen vurderer at befolkningsunderlaget for en psykiatrisk akut modtagelse vil være den samme som for somatikkens akutsygehuse. Dvs. det er i overensstemmelse med psykiatriplanens anbefalinger om akut modtagelse for psykiatriske patienter 4 steder i regionen. Befolkningsunderlaget for en særskilt psykiatrisk modtagelse for børn og unge vurderes umiddelbart til 500.000-1.000.000 borgere. Dvs. 1-2 i Region Syddanmark. Sundhedsstyrelsen anbefaler dog, at befolkningsunderlaget og de særlige hensyn til akut modtagelse af børn og unge vurderes nærmere.

Dette kapitel beskriver et grundkoncept for den akutte psykiatriske modtagelse, som omfatter psykiatriske patienter i alle aldre, dvs. både børn og unge og voksne, herunder hvordan der skal tages særlig hensyn til børn og unge og hvordan der sikres adgang til særlig børne- og ungdomspsykiatrisk ekspertise. Det er vigtigt at understrege, at der hermed ikke er taget stilling til at der ikke skal være en særlig børne- og ungdomspsykiatrisk akut modtagelse i regionen, men det er udtryk for at det er dette koncept, der vil være gældende de fleste steder i regionen. Der skal senere tages særskilt stilling til om og hvor mange særlige psykiatriske akutte modtagelser for børn og unge, der skal være i regionen og konsekvenserne for den akutte betjening af børne- og ungdomspsykiatriske patienter i de døgnfunktioner, hvor der ikke er etableret særlig akutmodtagelse i psykiatrien for børn og unge.

I den konkrete udmøntning af denne overordnede model skal der desuden tages hensyn til de lokale forhold.

Overskrifter og nummering i dette notat modsvarer overskrifter og nummering i rapporten ”Fælles AkutModtagelse i Region Syddanmark”, så det efterfølgende nemt kan integreres i rapporten.

2. Vision for FAM

Psykiatrien kan grundlæggende tilslutte sig vision og grundtankegang i model for FAM som den fremstår i rapporten.
De særlige forhold for psykiatrien vil fremgå af de følgende afsnit.

Psykiatrien integreret i FAM vil:

- Sikre patienten én indgang til akut behandling
- Fjerne stigmatisering af psykiatriske patienter på det akutte område
- Bidrage væsentlig til at reducere overdødeligheden hos psykiatriske patienter som følge af uafdækkede/ubehandlede somatiske problemstillinger oveni i den psykiatriske problemstilling, gennem det tætte samarbejde i FAM

3. Ankomst

Akutte psykiatriske patienter vil blive modtaget på det nærmeste sygehus.
Hvis der etableres særlig børne- og ungdomspsykiatrisk akut modtagelse 1-2 steder i regionen vil akutte børne- og ungdomspsykiatriske patienter transporteres til den nærmeste særlige akut modtagelse

De akutte psykiatriske patienter inddeles udfra de 3 niveauer i Sundhedsstyrelsens rapport:

- Niveau 1: Akut psykiatrisk indlæggelse med lægelig psykiatrisk observation, vurdering og evt. behandling døgnet rundt
- Niveau 2: Akut lægelig psykiatrisk observation og vurdering med henblik på rådgivning, aflastning, behandling eller viderevisitation ambulant akut vurdering og behandling

For niveau 1 og 2 patienter sker al modtagelse som udgangspunkt gennem en psykiatrisk modtagelse (FAM, hvor psykiatrien er integreret i denne). Mht. undtagelser henvises til kap. 3.3. Modtagelse af niveau 3 patienter vil ske i de lokalpsykiatriske centre for de almenpsykiatriske patienter mens modtagelse af børn og unge og gerontopsykiatriske patienter på niveau 3 vil ske i ambulatorierne tilknyttet døgnfunktionerne i Esbjerg, Vejle, Aabenraa og Odense.

3.2. Kommunikation og dokumentation

De steder – Vejle og Esbjerg - hvor psykiatrien ikke vil være integreret i FAM vil psykiatrien have sit eget telefonnummer for henvendelser fra vagtlæger/praktiserende læger/politi og et andet telefonnummer for henvendelser fra patienter.

3.3. Én indgang

I kategorien ”sus forbi” patienter hører i psykiatrien patienter med retslige foranstaltninger (køres som udgangspunkt til Middelfart) og tvangsindlæggelser (på alle døgnfunktioner). De vil alle køres udenom FAM og direkte til en særlig sluse på psykiatrisk afdeling, hvor formalia kontrolleres inden patienten indlægges.

3.4. Visitation

Efter den initiale triage foretages en initial visitering efter behandlingsvejledninger, om dirigerer patienten i et af følgende spor:

- Patienter med såkaldte åbne indlæggelser, eller patienter, der indlægges af eget lokalpsykiatri eller ambulatorium (fx patienter med behandlingsplan i et opsøgende psykoseteam – dvs. kendte psykiatriske patienter med genkendeligt recidiv og andre patienter, hvis tilstand ikke kræver særlig akut diagnostisk eller terapeutisk indsats) overgår til den psykiatriske afdeling efter registrering og hurtig afklaring i visitationsenheden i FAM for evt. somatiske og andre problemstillinger, der mest hensigtsmæssigt klares i FAM (fx afgiftning).
- Alle øvrige patienter forbliver i FAM's diagnostik og behandlingszone.

4. Ophold i FAM

I FAM's diagnose og behandlingszone modtages patienten af speciallæge fra det speciale, som en evt. tentativ diagnose tilhører.
Sundhedsstyrelsens stiller krav om, at der i den psykiatriske akutmodtagelse som minimum vil være mulighed for den psykiatriske forvagt at få telefonisk kontakt til speciallæge i voksenpsykiatri eller børne- og ungdomspsykiatri alt efter målgruppen. Psykiatrien mener at ambitionen må være at voksenpsykiatrien i lighed med de andre specialer i FAM kan stille op med en speciallæge døgnet rundt. Hvorvidt der er basis for en speciallæge tilstede eller som tilkald/rådighedsvagt skal nærmere afklares.

For børne- og ungdomspsykiatrien vil ambitionen være at leve op til Sundhedsstyrelsens minimumskrav. Senest næste dag/næste hverdag skal patienten vurderes af en speciallæge med henblik på det videre forløb

Psykiatriske patienter med akut somatisk sygdom, som af fælles somatisk og psykiatrisk årsag skal tvangsbehandles, skal være i det speciale, der skal forestå den somatiske behandling, i et samarbejde med psykiatrien.

Sengeafsnittet i FAM vil være et sted, hvori patienter, som venter på operation eller på udskrivelse indenfor 24-48 timer, er indlagt. Sengeafsnittet bør indeholde, et område særligt indrettet for uafklarede psykisk lidende patienter.

5. Afgang fra FAM

De væsentlige elementer i at skabe en ordentlig overflytning/udskrivelse er

- at procedurer ved overflytning / udskrivelse skal være enkle og så nemme som muligt.
- at alle informationer skal være opdaterede og tidstro,
- at der ikke blot gøres status ved overflytningen / udskrivelsen, men at der er lagt en plan for det
- at der i forhold til det videre forløb er angivet et formål med overflytningen, og
- at patienten principielt ikke slippes, før man kan mærke, at modtageren har fat (stafetmetoden)

6. Ledelse, organisering og samspil i FAM

Der skal stilles krav om lægefaglige psykiatriske kompetencer/viden tilstede i udrednings- og visitationsenheden på niveau med almenmediciner.

I rapporten fremgår det at det daglige arbejde foreslås tilrettelagt i specialerettede teams, hvor der er

en specialekyndig sygeplejerske og en speciallæge, som sammen med en yngre uddannelsessøgende
læge (det kan både være en basislæge, en almenmedicinsk eller en introduktionslæge fra eget speciale) og evt. basisplejepersonale, som håndterer de patienter, der har behov for netop dette speciales assistance. Der kan efter de lokale forhold være tale om en række teams, herunder foreslås et psykiatrisk team.

Det anbefales, at udover den psykiatriske forvagt bør der være psykiatriske sygeplejersker og evt. andet erfarent personale med særlige kompetencer på det akutte område. Herudover kan psykologer med fordel indgå i vagten anbefaler Sundhedsstyrelsen.

7. Den fysiske indretning af FAM

Rapporten fremhæver, at FAM skal indrettes, så der fleksibelt efter behov kan etableres/udvides/indskrænkes zoner f.eks. til børn. Hertil kan tilføjes zone til patienter (f. eks. psykisk lidende), som kræver angstdæmpende og rolige omgivelser. FAM kan lokalemæssigt håndtere variationerne i patientstrømmen over døgnet og året. Der skal tages særlige hensyn til børne- og ungdomspsykiatriske patienter fx i form af et særskilt venteområde.

Psykiatrien har udarbejdet en generalplan, der bl.a. indeholder bud på standarder for den akutte psykiatriske modtagelse. I det videre arbejde med udmøntning vil disse standarder indgå. Til ”sus-forbi” patienterne skal der etableres en særlig sluse på psykiatrisk afdeling, hvor formalia kontrolleres inden patienten indlægges.

8. Dimensionering af FAM

FAM-rapporten lægger op til at der dimensioneres kapacitet i FAM efter en gennemsnitlig opholdstid på 18 timer. Samlet indebærer det, at 13-20% af sygehusenes sengekapacitet vil skulle ligge i FAM.

På grundlag af foreliggende data fra Region Syddanmark og andre regioner er der gennemført en første pejling på, hvor stor en del af indlæggelser, der skal lægges ud i en FAM eller en psykiatrisk modtagelse (PAM), hvor psykiatrien ikke indgår i FAM.

Næsten alle indlæggelser i psykiatrien kan betegnes som akutte – normalt regnes med en 90% akutratio.

Ud fra tabellen nedenfor kan det konstateres at der i 2007 i gennemsnit var 20 indlæggelser pr. dag i psykiatrien i hele regionen. Underliggende data viser det handler om under 1 akut indlæggelse i børne- og ungdomspsykiatrien pr. dag.

Fordelingen på de 4 hovedfunktionsområder fremgår af tabellen nedenfor:

Antal akutte indlagte psykiatriske patienter i 2007(fremskrevet iht. ny struktur)

Døgnfunktion	Antal indlæggelser	Antal sengedage	Pct-andel indlagt max 1 dag	Pct-andel indlagt max 2 dage
Vestjylland	1.548	30.590	16	21
Lillebælt	1.582	37.678	20	27
Sønderjylland	1.553	32.760	17	22
Fyn	2.438	53.213	19	26
I alt	**7.311**	**157.832**	**18**	**25**

Der er ikke i denne forbindelse indhentet data for fordeling af de akutte indlæggelser henover dagen og henover ugens dage, men tidligere undersøgelser og tilsvarende data fra det akutmedicinske område viser:

- At der er flest indlæggelser formiddagen og midt på dagen
- At der er flest indlæggelser i starten af ugen (mandag/tirsdag)

For at kunne håndtere den variation, der er i antal akutte patienter på forskellige tidspunkter af døgn og uge, anbefales det at psykiatrien, i lighed med somatikken, arbejder udfra en belægningsprocent på 80 i forhold til de 90%, der regnes med på sengeafsnit i psykiatrien.

For at finde frem til et bud på dimensionering af antal psykiatrisenge i FAM skal der trækkes "sus-forbi" patienter (se under afsnittet "Ankomst"). De udgøres primært af 2 grupper:

1. Patienter der kommer ind med en tvangsforanstaltning
2. Kendte patienter med behandlingsplan, især skizofrene, med tilknytning til fx opsøgende psykoseteam og andre lokalpsykiatriske team

For den første gruppe har undersøgelser i andre regioner (Nordjylland) peget på at de udgør 7% af indlæggelserne.
For den anden gruppe gælder at skizofrenigruppen belægger ca. 50% af sengedagene i psykiatrien og en andel på ca. 30% af indlæggelserne (Statusrapporten til psykiatriplanen, 2007). Denne gruppe har generelt længere indlæggelsesforløb (mere end 4 dage), når de indlægges. Det kan derfor være en rimelig præmis at trække de skizofrene helt ud af målgruppen for FAM.

Forud for dimensionering af psykiatriens sengekapacitet i FAM/PAM bør der gennemføres nærmere analyse og afgrænsning af sus-forbi patientgruppen (karakteristika og størrelse på gruppen). Analysen gennemføres i forbindelse med de fremtidige anlægsprojekter, der omfatter etablering af FAM/PAM.

9. Anlægsmæssige konsekvenser af psykiatritillægget

I forhold til de anlægsmæssige konsekvenser er situationen beskrevet nedenfor i forhold til de enkelte matrikler, hvor der skal være FAM/PAM:

- Esbjerg – skadestuen er allerede etableret. Det forudsættes at den fremtidige psykiatriske skadestuefunktion kan varetages indenfor de eksisterende fysiske rammer i skadestuen. Ingen umiddelbare anlægsøkonomiske konsekvenser
- Vejle – PAM-funktionen er indregnet i anlægsprojektet og det anlægsøkonomiske overslag, der indgik i den godkendte generalplan fra august 2009.

- Aabenraa – PAM-funktionen er indregnet i anlægsprojektet og det anlægsøkonomiske overslag, der indgik i den godkendte generalplan fra august 2009. Anlægsudgiften til integration af psykiatrien i FAM er derfor indenfor psykiatriens anlægsbudget for anlægsprojektet i Aabenraa. Psykiatrien indgår ikke i den kommende etablering af FAM i Aabenraa (fase 1), men vil skulle integreres i forbindelse med flytning af psykiatrien til Aabenraa. Af den seneste investeringsplan fremgår det at det forventes at skulle ske i 2018.
- Odense - PAM-funktionen er indregnet i anlægsprojektet og det anlægsøkonomiske overslag for psykiatriens del af NytOUH, der indgik i den godkendte generalplan fra august 2009. Psykiatrien indgår ikke med senge i MiFAM-projektet. Psykiatrien indgår i forberedelserne af NytOUH, herunder planerne for FAM på det nye hospital.
- Svendborg – der er ikke på nuværende tidspunkt afsat særskilte midler til integration af psykiatrien i FAM i Svendborg. Psykiatrien indgår ikke i den midlertidige FAM, der skal etableres (MAS-projektet), men skal tænkes ind når den permanente FAM-løsning skal gennemføres.