



Dato 23-10-2014

Anne Brøcker

Tel. +45 7841 2063

anbroe@rm.dk

1-30-100-43-13

Side 1

# Regional ramme for udvikling af fælles psykiatrisk og somatisk akutafdeling i Region Midtjylland

Afrapportering fra arbejdsgruppe

23. oktober 2014

Forord.....	3
1. Indledning .....	4
2. Vision for akutte patientforløb for patienter med psykiatriske sygdomme.....	4
3. Rammer og planer .....	6
3.1 Patienter med akut psykiatrisk sygdom i Region Midtjylland .....	6
3.1.1. Hovedtal, alle akutindlagte psykiatriske patienter .....	6
3.1.2. Patienter med akutte psykiatriske symptomer, der fremover forventes modtaget via akutafdelingerne.....	7
3.1.3. Indlæggelsestid for akutindlagte patienter med psykiatrisk indlæggelsesdiagnose.	10
3.2 Planer for samling af modtagelse af patienter med akut psykiatriske og akut somatiske symptomer i akutafdelingerne i Region Midtjylland.....	11
3.1.3 Opgaveflytning, økonomi og normering.....	11
3.4 Akutprogrammets rammer .....	12
4. Den gode proces.....	13
5. Patienter med akutte psykiatriske symptomer ind på akuthospitalet.....	14
5.1 Forebyggende indsatser .....	14
5.2 Visiteret adgang til Akutfunktionerne .....	14
5.2.1 Hospitalsvisitationernes rolle.....	14
4.2.2. Patienter, der er undtaget modtagelse gennem akutafdelingen.....	15
5.2.3 Selvhenvendelse.....	16
5.3 Triage.....	16
6. Patienter med akutte psykiatriske sygdomme i akutafdelingen .....	17
6.1 Lægefaglige opgaver og tilstedeværelse af psykiatrisk lægefaglighed i akutafdelingen .	17
6.2 Sygeplejefaglige opgaver og psykiatriske specialkompetencer i akutafdelingen .....	18
6.3 Sikkerhed for patienter og personale og krav til den fysiske indretning .....	19
6.3.1 Håndtering af situationer med behov for tvangsanvendelse.....	19
6.3.2 Håndtering af situationer, hvor patienters og personales sikkerhed potentielt er truet .....	19
6.4 Patientforløb for patienter med psykiatriske symptomer.....	20
7. Patienter med akutte psykiatriske sygdomme ud af akutafdelingen .....	21
8. Behov for kompetenceudvikling .....	22
9. Vidensopsamling.....	22
10. anbefalinger.....	23

## **Forord.**

Dette notat er afrapportering fra en regional arbejdsgruppe, der henover foråret 2014 har beskæftiget sig med rammer for samling af modtagelse af voksne patienter med psykiatriske og somatiske symptomer gennem akutafdelingerne i Region Midtjylland. Konkret har diskussionerne i arbejdsgruppen i vid udstrækning haft fokus på tre overordnede emner, nemlig Sikkerhed, Kompetencer og Faglighed, med henblik på at sikre de bedst mulige akutte patientforløb uanset symptomer, til gavn for patienter fra både psykiatri og somatik.

Arbejdsgruppen har haft mange spændende diskussioner, der ligesom dette notat afspejler, at der i forbindelse med den kommende proces er to hensyn, der trækker i hver sin retning. På den ene side har der blandt arbejdsgruppens medlemmer været høj bevidsthed om, at en del af formålet med denne proces er at sidestille psykisk og somatisk sygdom, og som sundhedspersonale understøtte en udvikling i retning af afstigmatisering af patienter med psykiske sygdomme. I forbindelse med denne hensigt, kommer vægten i diskussionen ofte til at hælde mod den holdning, at psykiatri er et speciale på linje med andre specialer, og at fagligheden selvfølgelig skal være i orden, men at der i øvrigt ikke er behov for at iværksætte særlige initiativer, fordi der er tale om, at det er patienter med symptomer på psykisk sygdom, der nu skal modtages i de akutte modtagelser. På den anden side har arbejdsgruppen også været meget opmærksom på, at der for en række af de patienter, som i dag modtages akut på de psykiatriske afdelinger, er en række særlige hensyn som gør sig gældende. Det handler både om faglige hensyn, om fysiske rammer og sikkerhed for patienter og personale, og om kultur og kompetencer. I den forbindelse understreges behovet for at sikre, at samling af indgangen for patienter med akut psykiske og akut somatiske symptomer ikke medfører tab af kvalitet i patientforløbene for patienter og pårørende. Arbejdsgruppen har i sine anbefalinger forsøgt at balancere mellem de to hensyn, men må erkende, at det ind imellem har været vanskeligt at være sikre på, at vi er landet på rette niveau.

Notatet afspejler også, at det på nuværende tidspunkt endnu ikke er hverken muligt eller hensigtsmæssigt at komme med et bud på den fremadrettede organisation vedrørende det overordnede samspil mellem somatik og psykiatri i Region Midtjylland. Det er væsentligt at understrege, at det heller ikke har været arbejdsgruppens opgave eller formål.

Både på grund af opgavens pionerkarakter, og fordi der endnu ikke er faste hverken generelle eller lokale aftaler om organisering af området, er det på nuværende tidspunkt ikke muligt at komme med meget håndfaste bud på modeller for det kommende samarbejde. I stedet har notatet karakter af dels en kortlægning af problemstillinger og snitflader, dels en række anbefalinger i forhold til, hvilke overvejelser man lokalt bør gøre sig, i de kommende lokale processer. Vi må erkende, at vi er i gang med en pioneropgave, og opfordre til, at notatet betragtes som et procespapir, der skal angive en overordnet ramme, men som må forventes at skulle rettes til i forbindelse med, at der opnås konkrete erfaringer.

I betragtning af den store udviklingsopgave, der ligger foran os, er det betryggende, at der i arbejdsgruppen generelt har været så stærk og fælles opbakning om de overordnede visioner, og så stor vilje til samarbejde om at udvikle de bedst mulige patientforløb.

Christian Boel, formand for arbejdsgruppen

## 1. Indledning

Omstilling af hospitalsstrukturen i Region Midtjylland til en struktur med fem akuthospitaler, udspringer af en fælles ambition om at skabe effektive og sikre patientforløb af høj kvalitet for de akutte patienter i Region Midtjylland. Det overordnede planlægningsgrundlag for processen er Akutplan for Region Midtjylland fra 2007. Af akutplanen fremgår, at den akutte psykiatriske modtagelse med fordel kan placeres i nærhed til den fælles akutafdeling. Også i "Redegørelse vedrørende samarbejde mellem psykiatri og somatik" fra februar 2011 er det understreget, at somatik og psykiatri med fordel kan have et tæt samarbejde omkring de akutte patienter, med henblik på at sikre en højere kvalitet i behandlingen, og et bedre liv for patienter med psykiatriske sygdomme. På den baggrund er det i forbindelse med Psykiatriplanen besluttet, at modtagelse af alle akut syge patienter, uanset symptomer, samles i akutafdelingerne på regionens fem akuthospitaler. Målet er, at alle akut syge patienter i højere grad skal have mulighed for at møde rutinerede eksperter i både psykiatriske og somatiske sygdomme.

Region Midtjylland er den første region i Danmark, der tager dette skridt. Selvom der også hidtil har været patienter med psykiatriske problemstillinger, der på grund af somatiske problemer blev indlagt på de somatiske sygehuse, og omvendt har været patienter med somatiske problemstillinger, der på grund af psykiatriske problemstillinger blev indlagt på psykiatriske afdelinger, er det overordnede billede, at de to patientgrupper hidtil har været håndteret i to forskellige, og organisatorisk adskilte, faglige søjler. Omstillingsprocessen hen mod samlet modtagelse af patienter med akut psykiatriske og akut somatiske symptomer, stiller derfor store krav til både ledere og medarbejdere om lydhørhed og flexibilitet i processen, for at sikre, at det nye, fælles tilbud til patienterne både overordnet set og i det enkelte patientforløb får høj kvalitet, baseret på højeste faglige niveau.

For at beskrive rammerne for denne proces, har der i Region Midtjylland været nedsat en regional arbejdsgruppe, med repræsentation fra hospitals og psykiatri- og socialledelsesniveau, ledelses- og medarbejderrepræsentanter fra de psykiatriske afdelinger og akutafdelingerne, samt den regionale stab. Arbejdsgruppen er i perioden januar til august 2014 mødtes fem gange. Sammensætning af gruppen, og kommissorium for gruppens arbejde, fremgår af vedlagte bilag 1.

Dette notat er resultatet af arbejdsgruppens fælles indsats. Notatet afsluttes med en række anbefalinger i forhold til det videre arbejde. Men først beskrives de overordnede visioner for arbejdet med at samle modtagelse af akut syge patienter med psykiatriske og somatiske problemstillinger i akutafdelingerne.

## 2. Vision for akutte patientforløb for patienter med psykiatriske sygdomme

*"Den akutte indsats i psykiatrien skal kunne rumme og imødekomme akutte psykiatriske patienters mange og ofte meget forskellige behov og sikre kvalificeret vurdering, diagnostik, behandling og opfølgning med en ensartet høj kvalitet uanset tid på døgnet samt under hensyn til effektiv udnyttelse af ressourcer"*

Sådan indledes forordet i Sundhedsstyrelsens udspil fra 2009 om Den akutte indsats i psykiatrien. Samtidig lægges der i udspillet vægt på styrket samarbejde med somatikken bl.a. om patienter med både somatiske og psykiatriske akutte problemstillinger.

Det samme gør sig gældende i Regions Midtjyllands Psykiatriplan, samt i "Redegørelse vedrørende samarbejde og psykiatri", der er udarbejdet af et midlertidigt udvalg, nedsat af Regionsrådet i Region Midtjylland i 2010. Her er fokus på udfordringer med diagnostik og behandling af somatiske sygdomme blandt patienter med psykiatriske sygdomme, og deraf følgende kortere levetid. Med henblik på at forbedre samarbejdet mellem psykiatrien og somatikken, peger både Psykiatriplanen og redegørelsen på behovet for at samle modtagelsen af de akut syge somatiske patienter med modtagelsen af patienter med psykiatriske problemstillinger.

For den arbejdsgruppe, der har udarbejdet dette notat, har disse hensyn også vejet meget tungt. Arbejdsgruppen forventer, at et øget samarbejde på tværs af specialer og faggrupper, kan føre til et tilbud, der totalt set er bedre for patienter med overvejende psykiatriske symptomer – både vedrørende somatikken og vedrørende psykiatrien. For de somatiske patienter med et psykiatrisk perspektiv, forventes samarbejdet at medføre bedre patientforløb, fordi der forventeligt bliver større fokus på de psykiatriske tilstande, og bedre adgang til hurtig hjælp og vejledning qua bedre samarbejdsaftaler. For patienter med psykiatriske symptomer forventes det, at samarbejdet kan være med til at fjerne tabuer – når man er alvorligt akut syg kommer man på akuthospitalet, uanset hvilke symptomer man har. Endelig forventes samarbejdet at indebære et fald i dødeligheden blandt patienter med psykiatrisk sygdom, fordi det forventes at der tages bedre hånd om deres somatiske sygdomme. Som konkret eksempler nævnes muligheden for at identificere ellers udiagnostiseret diabetes i forbindelse med en akut indlæggelse.

Samtidig forventes et tættere samarbejde mellem psykiatri og somatik at betyde, at patienter, der primært præsenterer sig med somatiske symptomer, men som også har psykiatriske problemstillinger kan få en bedre behandling. Et eksempel på dette kan f.eks. være en øget fokus på, at problemstillinger omkring søvnapnø kan være en mulig bivirkning af psykofarmaka.

Arbejdsgruppen lægger vægt på, at alle patienter skal få bedre oplevelser af deres møde med hospitalsvæsenet, end de har i dag. Dette indebærer fokus på, at modtagelse af nogle af de akut syge patienter, der har psykiatriske problemstillinger, vil stille andre krav end modtagelse af patienter med somatiske symptomer. Det indebærer også, at der skal findes særlige løsninger for de meget få patienter, der på grund af deres sygdom kan have en adfærd, der kan virke truende overfor personale og medpatienter.

Ved at samle modtagelse af patienter med psykiatriske og somatiske problemstillinger i akutafdelingerne, bliver akutafdelingerne det første, fælles mødested for de somatiske og de psykiatriske specialer omkring det enkelte patientforløb. Ambitionen er, at det samarbejde mellem specialerne, som startes i akutafdelingerne, føres videre i forbindelse med patientens fortsatte forløb i sundhedsvæsenet. Ambitionerne er høje: Målet er lavere dødelighed og bedre tilværelse patienter med psykiatrisk sygdom i Region Midtjylland. Samtidig er ambitionen, at også patienter, der primært præsenterer sig med fysiske symptomer, får identificeret og behandlet eventuelle psykiatriske tilstande når de indlægges i akutafdelinger i Region Midtjylland. En supplerende vision er gennem erfaringer med øget samarbejde på tværs, startende i akutafdelingerne, at bidrage til hvordan vi på landsplan får bevæget området.

Den overordnede vision for arbejdet med at integrere modtagelsen af akutte patienter med psykiatriske symptomer i de fælles akutafdelinger er således:

*Alle akutte patienter med psykiatriske symptomer oplever et trygt, effektivt og velkoordineret patientforløb af høj faglig kvalitet, uanset den primære henvendelsesårsag, og uanset tid på døgnet*

Efter således at have præsenteret den overordnede vision, der danner grundlag for de forandringer der planlægges, beskrives de eksisterende rammer og planer på området kort.

### **3. Rammer og planer**

#### *3.1 Patienter med akut psykiatrisk sygdom i Region Midtjylland*

Psykiatrien i Region Midtjylland er en del af det regionale sundhedstilbud til borgerne. Psykiatrien fungerer som ét hospital. Det vil sige, at Psykiatri- og Socialledelsen er øverste administrative myndighed og har samme funktion som regionens øvrige hospitalsledelser.

Inden samling af modtagelse af alle akut syge patienter uanset symptomer, igennem de hidtil alene somatisk orienterede akutafdelinger, blev (og bliver) der modtaget patienter med akutte psykiatriske symptomer otte steder i regionen. Det drejer sig om de psykiatriske afdelinger i Vest, Viborg, Horsens og Randers, samt psykiatrisk akutmodtagelse i Risskov (afd. M), samt Børne- og ungdomspsykiatrisk Center, afdeling P, Q, og R i Risskov. I Risskov er der en central psykiatrisk akutmodtagelse, hvor en lang række af de akut psykiatrisk syge patienter fra Aarhus, Favrskov og Silkeborg Kommuner modtages. Derudover foreligger også en aftale om at psykiatrien i Randers kan henvise komplicerede afbrugere samt patienter med uafklaret behandlingsbehov til akutmodtagelsen i Risskov. Akutmodtagelsen i Risskov er principielt visiteret, og praktiserende læger og lokalpsykiatri m.v. ringer til modtagelsen og melder de patienter, der henvises. I praksis gælder, at ingen patienter som henvender sig med akutte problemstillinger hjemsendes uden sundhedsfaglig vurdering, heller ikke hvis de ikke er meldt på forhånd.

På de øvrige matrikler modtages patienter med akut psykiatrisk sygdom direkte på en psykiatrisk afdeling. Her modtages patienterne ikke uden forudgående telefonisk henvendelse.

##### **3.1.1. Hovedtal, alle akutindlagte psykiatriske patienter**

Af nedenstående tabel fremgår en oversigt over patienter indlagt akut med psykiatrisk sygdom i 2013, fordelt på henholdsvis indlæggelsesmåde, og indlæggelses sted. Tallene viser det totale antal registrerede akutte indlæggelse, og inkluderer derved alle registreringer af akutte indlæggelser, uanset, om der måtte være sket en intern flytning, og patienten i den forbindelse måtte være registreret som akut indlagt på mere end en afdeling i forbindelse med samme indlæggelse.

Tabel 1. Akutindlagte patienter på psykiatriske afdelinger i region Midtjylland i 2013

Aar	Startvilkår	Vest	Viborg	Horsens	Randers	AFD P	AFD Q	AFD R	Afd M	BUC	Hovedtotal
2013	Ikke opgjort	6	15	4	8	11	6	1	4		55
	1: Almindelig frivillig indlagt	1.097	760	983	661	673	820	2	2.314	185	7.495
	2: Tvang (rød blanket)	128	50	77	108	82	79		58	37	619
	3: Tvang (gul blanket)	53	33	24	12	63	14	1	20	4	224
	6: Barn indlagt i henhold til Lov om Social service									3	3
	7: Indlagt i henhold til dom	60	195	68	138	97	26	17	35	2	638
	8: Indlagt i henhold til dom til anbringelse	2	1	1	4	3	1	4			16
	9: Indlagt til metal observand							6			6
	B: Indlagt som varetægts surrogatfængslet	5	9	8	8	9	4	18	7	1	69
	C: Overført varetægtsarrestant		2					6			8
	E: Indlagt i henhold til andet retsligt forhold		2					1	1		4
2013 Total		1.351	1.067	1.165	939	938	950	56	2.439	232	9.137
Alle akutte indlæggelser inklusive dem, der er blevet internt overført											

### 3.1.2. Patienter med akutte psykiatriske symptomer, der fremover forventes modtaget via akutafdelingerne

Udover de akut indlagte patienter, modtages der i Regionspsykiatrien Horsens og i afdeling M i Risskov en række skadestuekontakter. En del af disse indlægges, andre afsluttes uden indlæggelse. Tal for disse kontakter fremgår af de følgende to tabeller.

Nedenstående tabel 2 viser antal skadestuekontakter samt afslutningsmåde i henholdsvis Horsens og ved afdeling M i 2013.

**Tabel 2**

### Skadestuekontakter og afslutningsmåde i Regionspsykiatrien Horsens og ved afdeling M i 2013

Afd	Afslutningsmåde	
Horsens		
	Afsluttet til sghafs.	854
	Afsluttet til sghafs. (hjem)	85
	Afsluttet til sghafs., venteforløb	1
	Alment praktiserende læge	576
	Andet	4
	Praktiserende speciallæge	4
<b>Horsens i alt</b>		<b>1.524</b>

<b>Afd M</b>	Afsluttet til sghafs.	3.993
	Afsluttet til sghafs. (hjem)	87
	Afsluttet til sghafs., venteforløb	9
	Afsluttet til sghafs., venteforløb (hjem)	1
	Alment praktiserende læge	1.621
	Andet	26
	Ingen lægelig opfølgning	1
	Praktiserende speciallæge	8
<b>Afd M ialt</b>		<b>5.746</b>
<b>Hovedtotal</b>		<b>7.270</b>

Kilde: Regionens SAS datavarehus 04.08 2014

Udover disse 7.270 patienter er der i Regionspsykiatrien Vest mellem 200-300 patienter i 2013, der er blevet modtaget ambulant, men kontakten har ikke ført til indlæggelse. Disse patienter er registreret som ambulante besøg og må formodes at skulle modtages i den Akutte Modtagelse fremadrettet.

I Regionspsykiatrien Randers er der modtaget ca. **90** patienter i 2013, som er visiteret videre til Århus Universitetshospital Risskov afdeling M, sendt hjem eller direkte indlagt. Disse patienter må også formodes at skulle modtages i akutmodtagelsen fremadrettet.

Modtagelsen i Risskov modtager også patienter fra Randers-området. Afslutningsmønsteret for disse patienter er beskrevet i nedenstående tabel 3.

**Tabel 3**

**Skadestuekontakter og afslutningsmåde ved afdeling M for patienter med optageområde i Randers (Randers, Norddjurs og Syddjurs) i 2013**

<b>Afd</b>	<b>Afslutningsmåde</b>	
<b>Afd M</b>		
	Afsluttet til sghafs.	414
	Afsluttet til sghafs. (hjem)	7
	Afsluttet til sghafs., venteforløb	1
	Alment praktiserende læge	191
	Andet	5
<b>Afd M i alt</b>		<b>618</b>



Kilde: Regionens SAS datavarehus 04.08 2014

Af de 414 patienter, der afsluttes til et sygehusafsnit, bliver de 163 sendt til modtagelsens eget sengeafsnit, mens de øvrige patienter bliver henvist til Regionspsykiatrien i Randers.

I forbindelse med kortlægningen er der taget kontakt til Regionspsykiatrien Vest, Regionspsykiatrien Viborg-Skive og Regionspsykiatrien Randers, der alle har redegjort for, at der ikke registreres anden akut aktivitet ud over ovennævnte samt de patienter, der indlægges akut.

Der er således i alt **7.270** skadestuekontakter og **7.551** akutte indlæggelser i psykiatrien i Region Midtjylland i 2013.

Det skal bemærkes, at det er muligt for en patient at blive indlagt flere steder akut i forbindelse med samme kontakt. Dette er særligt tilfældet for de patienter, der er hjemhørende i optageområdet for Regionspsykiatrien i Randers.

Da der er tale om forskellige indgangsmetoder i de respektive regionspsykiatrier og i Risskov er der brug for at opstille en sammenfatning af, hvor meget aktivitet, der kan forventes på de forskellige Akut Modtagelser.

#### Tabel 4

##### Sammenfatning af den forventede patientmasse i akutmodtagelserne baseret på aktiviteten i 2013.

Akutmodtagelser	Antal skade/amb kontakter	Indlagte akut	forventet antal patienter
Vest	300	1.100	<b>1.400</b>
Viborg	0	800	<b>800</b>
Horsens	1.500	0	<b>1.500</b>
Randers	700	300	<b>1000</b>
AUH	5.100	0	<b>5.100</b>
<b>I alt</b>	<b>7.600</b>	<b>2.200</b>	<b>9.800</b>

Kilde: Regionens SAS datavarehus 15.09 2014

Tabellen viser, hvor meget aktivitet, der kan forventes i de kommende akutmodtagelser. Opgørelsen er målt på hvordan patienterne er blevet modtaget i 2013. Grundet de forskellige indgangsmåder bliver der tale om bedste bud på, hvor mange patientkontakter, der kan forekomme i de nye akutmodtagelser. Bag indlæggelsestallet kan der gemme sig indlæggelser, der har haft et mindre akut behov end andre, men grundet registreringspraksis er det ikke muligt at komme det præcise tal nærmere.

I Regionspsykiatrien Vest' optageområde har der været op mod 300 akutte henvendelser, der er blevet håndteret ambulant, uden det har ført til indlæggelse. Dertil kommer, at der har været 1.100 akutte indlæggelser.

I Regionspsykiatrien Viborg er alle akutte patienter blevet indlagt. Dette betyder, at der kan forventes op mod 800 kontakter.

I Regionspsykiatrien Horsens er der en Psykiatrisk Akutmodtagelse. Forventningen til antal anslåede kontakter i akutmodtagelsen er således det antal patienter, man har modtaget i skadestuen.

I Regionspsykiatrien Randers er situationen anderledes. Der har været en aftale om, at akutte patienter fra Regionspsykiatrien Randers' optageområde skulle håndteres modtagelsen i Risskov. I modtagelsen i AUH Risskov har der været 618 patienter fra optageområdet for Randers. Endvidere har der været 90 kontakter af akut karakter i Regionspsykiatrien i Randers, derfor er buddet på antal ambulante kontakter 700. Dette kombineret med at der bliver håndteret patienter akut i Regionspsykiatrien Randers (uden ambulant samtale – og som går uden om modtagelsen i AUH Risskov) gør, at buddet for anslåede kontakter i akutmodtagelsen i Randers, bliver op mod 1.000 årlige kontakter.

De anslåede kontakter for akutmodtagelsen i AUH er det antal patienter, der er håndteret i Modtagelsen i Risskov fratrukket de patienter, der har optageområde hos Regionspsykiatrien Randers.

### 3.1.3. Indlæggelsestid for akutindlagte patienter med psykiatrisk indlæggelsesdiagnose

Akutmodtagelserne i Region Midtjylland har i dag forskellige planlægningsmæssige forudsætninger i forhold til snitflade mellem indlæggelse i akutafdeling, og overførsel til specialafdeling. Denne problemstilling behandles senere i notatet, i afsnit 6.4. I den forbindelse, er indlæggelsestid for de akut indlagte psykiatriske patienter opgjort i nedenstående tabel 5.

**Tabel 5**

#### **Antal akutte indlæggelser fordelt på indlæggelsestid og afdelinger i psykiatrien i Region Midtjylland i 2013**

<b>Afdeling</b>	<b>0-24</b>	<b>24-48</b>	<b>48-72</b>	<b>73&gt;</b>	<b>Hovedtotal</b>
<b>Vest</b>	176	132	71	734	<b>1.113</b>
<b>Viborg</b>	175	86	54	453	<b>768</b>
<b>Horsens</b>	275	104	39	570	<b>988</b>
<b>Randers</b>	151	107	54	359	<b>671</b>
<b>P</b>	86	74	33	493	<b>686</b>
<b>Q</b>	73	52	34	658	<b>817</b>
<b>M</b>	1.036	648	228	408	<b>2.320</b>
<b>BUC</b>	49	26	13	98	<b>186</b>
<b>Hovedtotal</b>	<b>2.021</b>	<b>1.229</b>	<b>526</b>	<b>3.775</b>	<b>7.551</b>

Kilde: Regionens SAS datavarehus 04.08 2014

I Region Midtjylland arbejdes der som ovennævnt med planer om, at samle indgang og modtagelse af alle akut syge patienter i akutafdelingerne, herunder patienter med akutte psykiatriske symptomer. Den foreløbige plan for dette er beskrevet i nedenstående afsnit.

### *3.2 Planer for samling af modtagelse af patienter med akut psykiatriske og akut somatiske symptomer i akutafdelingerne i Region Midtjylland*

Samling af modtagelse af alle akut syge patienter, uanset symptomer, gennem akutafdelingerne på akuthospitalerne, er planlagt til at følge færdiggørelse af de nye sygehusbyggerier i regionen. Baggrunden for at lade samlingen følge byggeplanerne, er at sikre, at der er tilstrækkeligt gode fysiske rammer tilstede inden processen gennemføres. Derudover er der fokus på at sikre, at samlingsprocessen gennemføres i umiddelbar eller tæt tidsmæssig tilknytning til akutafdelingens etablering i de nye rammer. Dette for at sikre, at der fra starten tænkes på og tages lige meget hensyn til, alle patientgrupper i de nye rammer.

Beslutningen betyder, at processen kommer til at foregå løbende. Foreløbige planer for skæringsdatoer for modtagelse af patienter med akutte psykiatriske symptomer i akutafdelingerne fremgår af nedenstående tabel:

Tabel 2. Forventet tidsplan for modtagelse af patienter med akutte psykiatriske symptomer i FAM<sup>1</sup>:

<b>FAM</b>	<b>Dato</b>
Regionshospitalet Randers	Februar 2015
Regionshospitalet Horsens	Ultimo 2018
Hospitalsenheden Midt	Primo 2017
Aarhus Universitetshospital	Ultimo 2016
DNV	Ultimo 2019

Når modtagelse af patienter med akutte psykiatriske symptomer flyttes fra psykiatrien til akutafdelingerne, indebærer det også flytning af opgaver. Overvejelser om konsekvenser af dette beskrives i det følgende afsnit.

#### *3.1.3 Opgaveflytning, økonomi og normering*

I dag modtages patienter med akutte psykiatriske symptomer i den psykiatriske akutmodtagelse i Risskov, eller direkte på en psykiatrisk afdeling. Når de fremover skal modtages i akutafdelingerne, flyttes lægelige og sygeplejefaglige opgaver m.v.

Arbejdsgruppen har ikke kigget konkret på, hvilket omfang dette forventes at have. Dog foreligger fra forarbejdet i Randers et groft skøn for den gennemsnitlige tid til journaloptag og udvisitering på 1½-3 timer per patient. Der mangler et tilsvarende skøn for det sygeplejefaglige arbejde.

---

<sup>1</sup> Tidsangivelser for modtagelse af patienter med akutte psykiatriske symptomer gennem akutafdelingerne er forbundet med usikkerhed, da endegyldige planer og aftaler endnu ikke er på plads lokalt

Løsning af opgaverne kan også tilrettelægges på forskellig måde. Man kan flytte personale, lade personale fra psykiatrien varetage dele af arbejdet i akutafdelingen, eller man kan lade nyt eller eksisterende personale i akutafdelingen løse de nye opgaver. Uanset hvilke løsninger eller hvilke kombinationer af løsninger der vælges, er der behov for at der i forbindelse med opgaveflytningen lokalt laves konkrete analyser vedrørende konsekvenserne, og at der efterfølgende tages højde for eventuelle flytninger af budget m.v. I den forbindelse er den overordnede ramme for flytning af opgaverne, en forventning om et samlet set uændret ressourceforbrug. Flytningen af opgaver indebærer altså ikke som udgangspunkt krav eller forventning om besparelser i det samlede system.

En særlig problemstilling i denne sammenhæng er, at somatikken og psykiatrien har forskellige afregnings- og incitamentstrukturer. Der arbejdes således med DRG i somatikken, men med sengedagstakster i psykiatrien.

Arbejdsgruppen indstiller, at der tages hul på diskussion og planlægning, også vedrørende flytning af ressourcer, i god tid før de nye byggerier er på plads, samt at diskussionerne om ressourcer tages på koncernledelsesniveau.

### 3.4 Akutprogrammets rammer

I regi af Region Midtjyllands Akutprogram, er der, udover de overordnede, fælles ambitioner om at skabe effektive akutte patientforløb af høj kvalitet, fire overordnede målsætninger. Disse gælder i princippet også de patienter med psykiatrisk sygdom. Målsætningerne er beskrevet nedenfor:

- *Hospitalsvisitation i Akutafdelingen.* Hospitalsvisitation indebærer fælles visitation af alle akutte patienter (somatiske og psykiatriske) gennem hospitalsvisitation i Akutafdelingen. Hospitalsvisitationen kan også booke subakutte ambulante tider, hvis dette er et fagligt relevant tilbud til patienten.
- *Alle patienter triageres.* Triagen gennemføres med henblik på at kvalitetssikre modtagelsen af de akutte patienter. Triage har til formål at give en hurtig vurdering af den akutte patient, samt dernæst at indsætte de ressourcer som patientens tilstand kræver. Triagen indebærer således både en hastegradsvurdering, og udpeger første led i den indledende udrednings- og behandlingsplan. Derudover er triage med til at skabe flow i akutafdelingen.
- *Speciallæge i løbet af første time.* Et væsentligt element i bestræbelserne på at sikre højere kvalitet i de akutte patientforløb handler om at fremrykke det tidspunkt, hvor den akutte patient vurderes af en speciallæge. Strategisk Sundhedsledelsesforum har således fastsat et mål om, at relevant speciallæge er ansvarlig for og aktivt involveret i vurdering af alle akutte patienter (patienter i blått spor undtaget) i tillæg til den initiale triage i løbet af den første time efter modtagelse på hospitalet, uanset tid på døgnet.
- *Behandlingsplan lagt inden fire timer efter ankomst til akutafdelingen.* Det er målsætningen at alle akutte patienter henvist til indlæggelse, udover at være tilset af relevant speciallæge i løbet af en time, også skal have en godkendt behandlingsplan i løbet af fire timer efter triage, uanset tid på døgnet. Behandlingsplanen skal være en status på patientens første fire timer i akutafdelingen. Hvis yderligere udredning kan ske i akutambulatorium uden indlæggelse, regnes henvisning til akutambulatorium som behandlingsplan.

Akutlægerne har ansvar for, at der i samarbejde med afdelingens øvrige personale, samt specialafdelingerne, lægges og godkendes en behandlingsplan. Dette forudsætter, at akuthospitalets øvrige afdelinger understøtter processen, dels gennem understøttelse af ovenstående mål om adgang til relevant speciallæge indenfor en time, dels gennem understøttelse af øvrig diagnostik.

Disse mål får også implikationer for arbejdet med at samle modtagelse af patienter med akutte psykiatriske symptomer med modtagelse af patienter med alle andre typer symptomer. I nedenstående afsnit overvejes bl.a. hvilke konsekvenser arbejde med de fire overordnede mål har for patienter med akut psykiatrisk sygdom, i forbindelse med sammenflytning med de øvrige, akut syge patienter.

Konkret vil vi først se på rammer for samarbejde op til den fysiske sammenflytning.

#### **4. Den gode proces**

Arbejdet i arbejdsgruppen har vist, at der i forbindelse med den kommende integrationsproces er en række udfordringer på forskellige niveauer. Der er således både tale om strukturelle udfordringer, kulturelle udfordringer og funktionelle udfordringer. Region Midtjylland er den første region, der tager disse udfordringer op, med henblik på at sikre de psykisk syge patienter en bedre samlet sundhedsmæssig indsats i forbindelse med akut sygdom.

Udfordringerne kan ikke løses uden iværksættelse af lokale processer alle de steder, hvor integration af patientforløbene skal ske. For at indsamle fælles erfaring med disse udfordringer, anbefaler arbejdsgruppen, at der etableres et pilotprojekt i Randers, som er det første sted, både i Danmark og Region Midtjylland, hvor patienter med akutte psykiatriske symptomer planlægges modtaget gennem akutmodtagelsen. Pilotprojektet får bl.a. til opgave at udvikle visitationsvejledninger vedrørende patienter med akutte psykiatriske symptomer, herunder etablere aftaler om mulighed for at hospitalsvisitationen kan booke subakutte tider i psykiatrisk afdeling, aftale rammer for samarbejde og tilstedeværelse af lægefaglige psykiatriske ressourcer, identificere kompetenceudviklingsbehov og afprøve forskellige modeller for kompetenceudvikling, samt at indsamle erfaringer med triage i forhold til psykiatriske symptomer.

Pilotorganisation i Randers bliver en spydspidsorganisation i Region Midtjylland. En del af udviklingsarbejdet med at etablere fælles retningslinjer, kompetenceudviklingstiltag, samarbejdsaftaler m.v., som skal bruges generelt i regionen kommer således til at ske her. For at understøtte en god proces, og sikre at erfaringerne fra Randers kan bruges i hele regionen, stiller Koncern-HR proceskonsulent-ressourcer til rådighed for projektet, ligesom Akutprogramledelsen er repræsenteret i projektets styregruppe. Arbejdsgruppen anbefaler, at der opstilles konkrete milepæle for processen i Randers.

Arbejdsgruppen anbefaler, at den regionale arbejdsgruppe, der har udarbejdet dette notat, tilknyttes processen i Randers som følgegruppe, med henblik på at sikre vidensdeling på tværs i regionen.

Arbejdsgruppen anbefaler også, at der alle steder i god tid inden den fysiske sammenflytning af modtagefunktioner nedsættes lokale projektarbejdsgrupper med stærk ledelsesmæssig forankring med henblik på at forberede overgangen. Som ovenfor nævnt, anbefales det

ligeledes, at der tidligt i processen tages hul på drøftelser om ressourcer og økonomi, og at disse drøftelser forankres på koncernledelsesniveau.

I det kommende afsnit ses på, hvilken betydning den iværksatte proces forventes at få i forbindelse med patienternes vej ind på akuthospitalet.

## **5. Patienter med akutte psykiatriske symptomer ind på akuthospitalet**

I dette afsnit beskrives patienter med akut psykiatrisk sygdoms vej ind på akuthospitalet. Her beskrives således hospitalsvisitationens opgave i den forbindelse, det beskrives, hvilke patientgrupper der skal modtages i akutafdelingen, og hvilke der skal direkte på en psykiatrisk afdeling. Endelig beskrives de initiativer, der er sat i værk med henblik på at sikre, at de relevante procedurer sættes i værk i forbindelse med triage af de akutte patienter.

### *5.1 Forebyggende indsatser*

Både region og kommuner har en række forebyggende indsatser, der sigter på at hjælpe borgere med psykiatriske problemstillinger bedst muligt i forhold til at forebygge indlæggelser, der ikke er nødvendige, og rådgive om de mest relevante indsatser. Det gælder blandt andet Psykiatrisk rådgivningstelefon.

I Region Midtjylland har patienter og pårørende, der står i en akut psykiatrisk krise, døgnet rundt mulighed for at ringe til Psykiatrisk Rådgivningstelefon. Telefonen passes af erfarne psykiatriske medarbejdere, der tilbyder råd om forskellige psykiatriske problemstillinger og vejledning i forhold til, hvor patienter og pårørende kan henvende sig for at få hjælp. Rådgivningstelefonen er p.t organisatorisk forankret i den akutte psykiatriske modtagelse i Risskov. I forbindelse med aftalen om at modtagelse af patienter med akutte psykiatriske symptomer fremover skal modtages i akutafdelingerne, er der behov for at træffe aftale om den fremtidige organisatoriske forankring af rådgivningstelefonen.

### *5.2 Visiteret adgang til Akutfunktionerne*

Generelt gælder, at der er visiteret adgang til skadestuer og akutafdelinger i Region Midtjylland. Patienter kan kun blive indlagt gennem henvisning fra praktiserende læge eller andre relevante aktører (f.eks. ambulante psykiatriske enheder og lokalpsykiatriens udrykningsteam). Og også henvendelse på skadestuen skal ske gennem praktiserende læge eller vagtlæge. I overensstemmelse med regionens akutprogram, er der fra 1. juni 2014 oprettet hospitalsvisitationer på alle regionens akuthospitaler. Hospitalsvisitationerne fungerer som en fælles indgang for de praktiserende læger og vagtlæger i forbindelse med indlæggelse af akutte patienter. Konsekvenser af dette for patienter med akut psykiatrisk sygdom beskrives i nedenstående afsnit.

#### 5.2.1 Hospitalsvisitationernes rolle

Hospitalsvisitationerne fungerer for indværende alene som indgang til akuthospitalerne med henblik på afklaring og eventuel indlæggelse i forhold til fysiske symptomer. En regional arbejdsgruppe, der i maj 2014 afsluttede sit arbejde, anbefalede, at visitation af patienter med akutte psykiatriske symptomer også på sigt med fordel kan ske gennem hospitalsvisitationerne. Hospitalsvisitationsgruppen peger på, at visitation af patienter med akut psykiatrisk sygdom gennem hospitalsvisitationerne med fordel kan starte minimum 1/2-1

år før patienter med akut psykiatrisk sygdom fysisk skal modtages via akutafdelingerne. Samtidig pegede hospitalsvisitationsgruppen på, at det af hensyn til de praktiserende læger vil være en fordel, hvis ændring af henvisningspraksis for patienter med akutte psykiatriske symptomer sker samtidig alle steder i regionen, selvom den fysiske samling af modtagelserne sker forskudt.

Der var også enighed i hospitalsvisitationsgruppen om at pege på et behov for en tættere dialog mellem hospitalsvisitationerne og psykiatrisk modtagelse i Risskov og de psykiatriske afdelinger i Herning, Viborg, Randers og Horsens i god tid inden hospitalsvisitationerne kan overtage opgaven. Konkret skal en række forudsætninger på plads, herunder udarbejdelse af klare retningslinjer, aftaler om muligheder for at booke akutambulante tider i psykiatrien, samarbejdsaftaler og afklaring af snitflader i forhold til psykiatriens centrale visitation, uddannelse af visitatorerne m.v.

Endelig pegede hospitalsvisitationsgruppen på, at der nedsættes en eller flere arbejdsgrupper der arbejder med udarbejdelse af præcise faglige retningslinjer for visitation af patienter med akutte psykiatriske symptomer. Herunder ikke mindst beskrive, hvordan patienter med dom til behandling og patienter der indlægges med tvang visiteres. Strategisk Sundhedsledelsesforum besluttede på sit møde den 14. maj 2014, at etablere et pilotprojekt vedrørende hospitalsvisitation af de akut syge patienter med psykiatriske symptomer i Randers, hvor patienter med akutte psykiatriske symptomer først skal modtages igennem akutafdelingen. Vedrørende udfoldning af ovenstående henvises derfor til ovenstående afsnit 4, om Den gode proces.

Konkret er der jævnfør tidligere afsnit også udfordringer med, at optageområderne for patienter med psykiatriske sygdomme er forskelligt fra optageområdet for de somatisk syge. Dette gælder bl.a. generelle aftaler om modtagelse af patienter med akut psykiatrisk sygdom fra Favrskov og Silkeborg, og særlige aftaler om modtagelse af patienter over 68 år med akut psykiatrisk sygdom. Arbejdsgruppen anbefaler, at denne problemstilling håndteres i den regionale arbejdsgruppe under formandsskab af Koncernøkonomi, som ovenfor anbefales at håndtere ressourceflytninger i forbindelse med de kommende opgaveflytninger.

For at kunne varetage opgaven, er det essentielt for hospitalsvisitationens personale, at der foreligger tydelige aftaler om og beskrivelser af, hvor de forskellige patientgrupper skal modtages. I det omfang der er akutte patientgrupper, der ikke skal modtages gennem akutafdelingen, men andre steder hen, er det væsentligt, at dette er beskrevet. Om dette handler næste afsnit.

#### 4.2.2. Patienter, der er undtaget modtagelse gennem akutafdelingen

Det generelle princip i forbindelse med modtagelse af akutte patienter i Region Midtjylland er, at modtagelse skal ske gennem akutafdelingen, med mindre særlige forhold gør sig gældende. Med udgangspunkt i dette, er nærværende arbejdsgruppe enige om at, at langt det store flertal af de akutte patienter, der har psykiatriske symptomer, med fordel kan modtages i akutafdelingerne. Fordelen ved dette vil være, at alle patientens symptomer vil blive vurderet, og at der lægges planer for både det somatiske og det psykiatriske forløb. Af faglige grunde foreslås tre patienter undtaget fra den generelle regel. Arbejdsgruppen anbefaler, at følgende

patienter med akutte psykiatriske symptomer fortsat modtages direkte i en psykiatrisk afdeling:

- Patienter med Greencards. D.v.s. patienter, der har en åben indlæggelse, og selv i overensstemmelse med en løbende aftale med en psykiatrisk afdeling, beslutter om han eller hun har behov for hospital, og derfor indlægger sig selv
- Patienter, der indlægges med tvang, på gule eller røde papirer. Tvangstilbageholdelse kan kun ske med hjemmel i psykiatriloven, og det fordrer indlæggelse på en psykiatrisk afdeling.
- Patienter til indlæggelse i henhold til dom. Også vedrørende disse gælder særlige regler, og der er særlige udfordringer i forhold til sikkerhed, som ikke nemt lader sig kombinere med at drive en almindelig akutafdeling

Arbejdsgruppen anbefaler, at der laves konkrete, lokale aftaler, som sikrer, at også akutte patienter der indlægges direkte på psykiatrisk afdeling af ovennævnte grunde, får adgang til somatisk gennemgang og behandling.

### 5.2.3 Selvhenvendere

Principielt er der visiteret adgang til den psykiatriske akutmodtagelse i Risskov og Horsens. I praksis sker det dog jævnligt, at der dukker patienter op, som ikke har kunnet eller villet ringe via vagtlæge eller egen læge først. Den samlede arbejdsgruppe bakker op om en anbefaling af, at der i forhold til modtagelse af patienter med akutte psykiatriske symptomer i akutafdelingerne, generelt planlægges efter samme principper som i forhold til den øvrige skadestuedrift – henvendelse til akutafdelingen skal ske efter forudgående visitation. Som i somatikken kan der i en overgangsperiode være behov for, at personalet udviser flexibilitet, så ingen akut syge hjemsendes uden sundhedsfaglig vurdering, fordi de ikke har ringet først.

Alle akutte patienter, uanset symptomer, og uanset om de kommer med henvisning eller selv har henvendt sig, triageres. Processer og initiativer i forbindelse med dette beskrives i det følgende afsnit.

### 5.3 Triage

En væsentlig forudsætning for at sikre et hensigtsmæssigt patientforløb, og sikre rette ressourcer til rette patient er, at der foregår en effektiv triage ved patientens ankomst til akutafdelingen. Triage har til formål at give en hurtig vurdering af den akutte patient, samt dernæst at indsætte de ressourcer som patientens tilstand kræver. Triage er desuden med til at skabe flow i akutafdelingen. Triage baserer sig på en kombination af vurdering af vitalparametre og symptomer. I regi af Akutprogrammet er der nedsat en faglig arbejdsgruppe, der har til opgave at udvikle kontaktårsagskort der beskriver klinisk og organisatorisk respons på en række forskellige symptomområder. Psykiatrien deltager sammen med de øvrige hospitaler og specialer i udvikling af de kontaktårsagskort, der medvirker til at angive relevante processer og procedurer indenfor den første halve time efter patienten er triageret. Triagearbejdsgruppen skal være færdig med udgangen af 2014, og de udvidede kontaktårsagskort skal herefter implementeres lokalt.

Nærværende arbejdsgruppe anbefaler, at der i forbindelse med opstart af modtagelse af patienter med psykiatriske symptomer gennem akutafdelingen i Randers, indsamles erfaringer med triage af denne patientgruppe.



Dette afsnit har beskrevet en række elementer der skal tages højde for i forbindelse med den akutte psykiatriske patients vej ind på akuthospitalet. I det følgende afsnit beskrives en række forhold, der skal håndteres i forhold til patienter med psykiatriske sygdommes ophold i akutafdelingen.

## **6. Patienter med akutte psykiatriske sygdomme i akutafdelingen**

Patienter med psykiatriske problemstillinger modtages allerede i dag i et vist omfang på de somatiske skadestuer. Dette sker typisk når patienterne udover deres psykiske symptomer og sygdomme får fysiske symptomer og problemstillinger. Patientgruppen er således til dels kendt i akutafdelingerne i forvejen. Det særlige i denne sammenhæng er imidlertid, at vi nu lægger op til, at alle akut syge patienter, uanset deres symptombillede modtages igennem akutafdelingerne. Det indebærer, at også patienter, der primært præsenterer sig med psykiatriske symptomer, skal modtages, udredes og få lagt en behandlingsplan i akutafdelingen. Dette medfører at der skal tages højde for en række konkrete problemstillinger. Disse forsøges overordnet beskrevet i dette afsnit.

### *6.1 Lægefaglige opgaver og tilstedeværelse af psykiatrisk lægefaglighed i akutafdelingen*

De lægefaglige opgaver i forbindelse med diagnostisering og behandling af patienter med psykiatriske symptomer adskiller sig ikke principielt fra lægefaglige opgaver i forbindelse med andre patientgrupper. Hovedopgaven er at sikre, at patientens samlede sygdomsbillede vurderes, og at der hurtigt igangsættes relevant behandling af de mest presserende tilstande, mens der lægges plan for håndtering af øvrige problemstillinger. Dette indebærer at relevante samarbejdsparter involveres, diagnostisk udredning iværksættes, og der optages journal.

Regionens overordnede mål for afklaring af de akutte patienter er, at patienterne i forlængelse af triagen ses af relevant speciallæge inden en time, med henblik på at få lagt en behandlingsplan inden fire timer. For en række patienter, kan relevant speciallæge være en akutlæge – det gælder patienter, hvor symptombilledet er entydigt, og hvor de initiativer der er behov for ikke stiller krav om specialiseret viden ud over akutlægens faglige felt. Denne snitflade aftales konkret mellem akutafdelingen og specialafdelingen, og beskrives i forbindelse med udfoldelse af triage-manualen og øvrige kliniske retningslinjer og instrukser. I de tilfælde, hvor tilstanden vurderes at indebære behov for involvering af en særlig specialiseret indsats, tilkaldes speciallæge fra det relevante speciale. Det er derfor væsentligt, at der udarbejdes konkrete aftaler, der indebærer enighed om, hvornår speciallægerne fra de enkelte specialer, herunder også psykiatrien, skal involveres i at lægge behandlingsplanen for den enkelte patient.

I forbindelse med indgåelse af lokale samarbejdsaftaler anbefaler arbejdsgruppen, at der tages udgangspunkt i de generelle aftaler om, at patienterne skal ses af relevant speciallæge inden en time. Dette gælder uanset, om patienten primært præsenterer sig med psykiatriske symptomer, eller om henvendelsesårsagen er en fysisk lidelse. I det omfang, triagen tilsiger behov for involvering af lægefaglig, psykiatrisk bistand, skal dette sikres indenfor samme rammer som for de øvrige specialer. I det omfang, der ikke er psykiatrisk speciallæge i tilstedeværelse (det er ikke et krav til akuthospitalerne), skal akutlægerne have mulighed for at tilkalde anden psykiatrisk læge, der så kan trække på sit bagvagtsystem. Denne model er tidligere aftalt i forhold til samarbejdet mellem psykiatrien i Viborg og Hospitalsenhed Midt, og

arbejdsgruppen anbefaler, at lignende principper lægges til grund for aftalerne alle steder i regionen.

Derudover kan der, afhængig af lokal organisering og patientvolumen på det enkelte akuthospital, være behov for, at læger fra de øvrige specialer, i dette tilfælde fra psykiatrien, indgår i det opfølgende lægefaglige arbejde mens patienterne er indlagt i akutafdelingen. Det er væsentligt at behovet for dette undersøges lokalt, og at der indgås klare aftaler om rammerne for dette.

### *6.2 Sygeplejefaglige opgaver og psykiatriske specialkompetencer i akutafdelingen*

De sygeplejefaglige opgaver i akutafdelingerne i forbindelse med modtagelse af patienter med psykiatriske problemstillinger adskiller sig ikke principielt fra sygeplejefaglige opgaver i forbindelse med modtagelse, diagnostik, behandling og pleje af patienter med andre hovedsymptomer.

At modtage og behandle patienter med psykiatriske symptomer for psykiatriske lidelser er dog en så ny og stor opgave for Akutafdelingerne, at det ikke kan sidestilles med at skulle modtage patienter fra et nyt somatisk speciale. Der er derimod tale om en opgave, som fordrer særlige kompetencer, som ikke i dag forefindes i somatikken, idet psykiatri og somatik i mange år har været placeret organisatorisk i hver sit regi.

Konkret vil der være en række særlige situationer eller problemstillinger, som stiller særlige krav til det sygeplejefaglige personale. Dette kan f.eks. være i forbindelse med patienter, der er bange eller selvmordstruede, eller i forbindelse med patienter, der er udadreagerende. Derudover kan der i forbindelse med patienter der indlægges med psykiatriske symptomer være særlige behov i forbindelse med observation af patienterne. Optimal modtagelse, behandling og udslusning af akutte patienter med psykiske sygdomme indebærer også, at personalet i akutafdelingerne skal opbygge og indgå i nye tværfaglige, tværsektorielle samarbejdsrelationer.

Det er således væsentligt, at der i forbindelse med flytning af modtagelse af patienter med psykiatriske symptomer indgås konkrete aftaler, der sikrer, at det sygeplejefaglige personale i akutafdelingerne opnår, og får mulighed for at vedligeholde, de særlige kompetencer, behandling af patienter med psykiatriske problemstillinger har. Både i forbindelse med tilrettelæggelse af kompetenceudvikling og i forbindelse med indgåelse af aftaler om ressourcer m.v. i forbindelse med flytning af patienter og senge, er det således væsentligt at have opmærksomhed på, at der etableres mulighed for supervision og overlevering af viden (f.eks. i forbindelse med overgang mellem vagterne), og at der afsættes ressourcer og skabes rum til debriefing af personalet ved behov, i overensstemmelse med de etablerede aftaler og rutiner i psykiatrisk regi.

I forbindelse med diskussioner om ressourcefordeling i forbindelse med processen, er det væsentligt, at omfanget af opgaven i forbindelse med modtagelse af patienter med psykiatriske symptomer beskrives præcist. Arbejdsgruppen peger i denne sammenhæng på tre områder, der fortjener særlig opmærksomhed:

- Både udredning og initial behandling af akut psykisk sygdom kan i en række tilfælde adskille sig fra de gennemsnitlige somatiske sygdomstilfælde. Dette skyldes at samtale

mellem behandler og patient i en række tilfælde udgør en stor del af både diagnosticerings- og behandlingsprocessen for de akut psykiatrisk syge patienter. Som eksempler nævnes, diagnosticering og igangsættelse af behandling af en depressiv patient, at der som led i den indledende fase indimellem ordineres observation af patienten, og at der kan være udvidet behov for supervision og debriefing af personale

- Tilrettelæggelse af gode patientforløb for de akut syge patienter med psykiatriske symptomer kan indebære meget forberedende arbejde i sygeplejen omkring de akutte patienter med psykiatriske symptomer. Eksempler på dette er behov for hjælp til at ringe til pårørende, og få fat på relevante kontaktpersoner.

Med hensyn til behov for kompetenceudvikling vil dette blive nærmere behandlet i afsnit 8.

### *6.3 Sikkerhed for patienter og personale og krav til den fysiske indretning*

I forbindelse med processen med at samle modtagelse af alle akutte patienter, uanset symptomer, er det relevant at overveje en række forhold omkring patienter og personales sikkerhed. Denne problemstilling behandles i dette afsnit.

#### 6.3.1 Håndtering af situationer med behov for tvangsanvendelse

I forbindelse med behandling af patienter med psykiatriske symptomer, opstår der ind i mellem situationer, hvor der er behov for at anvende tvang. Dette har både juridiske, sikkerhedsmæssige og psykologiske konsekvenser. Vedrørende tvangsanvendelse gælder særlig lovgivning. Det er således ikke tilladt at tilbageholde personer med tvang på en almindelig hospitalsafdeling. Dette kan kun ske i regi af psykiatri-loven. I forbindelse med behov for tvangsanvendelse, skal der altså hurtigst muligt ske involvering af psykiatri-fagligt personale, og patienten skal overflyttes til en psykiatrisk afdeling. Det er væsentligt, at disse situationer beskrives specifikt, så personalet i henholdsvis akutafdeling og psykiatrisk afdeling ved hvad de hver især skal gøre i disse situationer. Konkret peger arbejdsgruppen på behov for etablering af et psykiatrisk akutkald, der kan udløses i forbindelse med tvangssituationer.

#### 6.3.2 Håndtering af situationer, hvor patienters og personales sikkerhed potentielt er truet

Udover situationer hvor der er behov for tvangsanvendelse, kan der i forbindelse med modtagelse af akut syge patienter med visse psykiatriske problemstillinger opstå situationer, hvor patienterne bliver udadreagerende. Også dette stiller særlige krav til både personale og fysiske rammer.

I forbindelse med udadreagerende adfærd er det væsentligt, at personalet ved hvad de skal stille op, og har mulighed for hurtigt at tilkalde hjælp. Dette er væsentligt både af hensyn til den pågældende patient, øvrige patienter i akutafdelingen, og personalets sikkerhed.

Udover risiko for udadreagerende patienter, er der også risiko for, at nogle af de patienter, der indlægges med psykiatriske symptomer, kan have intention om selvskadende adfærd. Det er derfor væsentligt, at der tages højde for dette i forbindelse med de lokale processer omkring samling af den akutte modtagelse af patienter med somatiske og psykiatriske symptomer.

De psykiatriske afdelinger har i en årrække arbejdet målrettet med både statisk sikkerhed (de fysiske rammer) og dynamisk sikkerhed (uddannelse i forebyggelse og håndtering af

konflikter). Arbejdsgruppen anbefaler derfor, at der i forbindelse med de kommende processer tages udgangspunkt i model for sikkerhed fra Psykiatrien, som den generelle ramme for sikkerhedsarbejdet i akutafdelingerne. Dette indebærer bl.a., at der laves lokale aftaler og kompetenceudviklingsplaner, som sikrer, at personalet ved hvordan de hensigtsmæssigt reagerer i forhold til udadreagerende og potentielt selvskadende patienter, og har mulighed for at mønstre den rette indsats i en given situation.

#### *6.4 Patientforløb for patienter med psykiatiske symptomer*

Patienter med psykiatiske symptomer er ofte sårbare, og der er behov for, at der i forbindelse med tilrettelæggelse af patientforløbet tages særligt højde for dette. Et af de områder, som i den forbindelse kræver særlig opmærksomhed, er de overordnede målsætninger på akutområdet vedrørende flow og arbejdsgange. I forbindelse med Akutprogrammet er der således generelt stor fokus på dels hurtigt at få lagt en behandlingsplan, dels hurtigt at få patienterne hjem eller til relevant specialafdeling. Erfaring fra eksisterende psykiatrisk akutafdeling, og praksis i det hele taget, viser, at en række patienter, der præsenterer sig med akutte psykiatiske symptomer i mange tilfælde først og fremmest vil have behov for ro og afskærmning i en periode, mens symptomerne klinger af. Det vil således først efter en tid være muligt at lægge en egentlig behandlingsplan for patienten. I disse tilfælde vil den plan, der kan lægges efter fire timer fornuftigt indebære, at patientens almen tilstand er vurderet, og der er taget stilling til, om patienten har andre problemstillinger end de psykiatiske problemstillinger de umiddelbart præsenterer sig med. Og taget stilling til, hvordan dette skal håndteres. Derudover skal der i forbindelse med behandlingsplan inden fire timer tages stilling til, om patienten er i en tilstand, hvor det mest presserende behov er ro og afskærmning, og hvornår patienten skal genvurderes med henblik på beslutning om det videre forløb i den psykiatiske behandling.

Det er dog ikke alle akut syge patienter med psykiatiske symptomer, der er bedst tjent med at blive på akutafdelingen. For nogle, vil det fagligt bedste valg være, at de hurtigt kommer på psykiatrisk afdeling, eller på en anden af akuthospitalets afdelinger. Beslutning om, hvad der er bedst for patienten tages i videst muligt omfang i forbindelse med behandlingsplanen. I de tilfælde, hvor det vurderes, at patienten vil have størst gavn af at komme på en psykiatrisk afdeling, i værksættes dette så hurtigt som muligt.

For en række af ovennævnte patienter, peger arbejdsgruppen på, at det vil være en fordel, hvis patienterne kan blive i akutafdelingen, mens symptomerne klinger af, idet man så i en række tilfælde vil kunne undgå et flyt, og en indlæggelse på en psykiatrisk afdeling. Dette kan i nogle tilfælde, afhængig af hvad der lokalt er aftalt om opholdstid i akutafdelingen – betyde, at patienterne vil have behov for længere ophold i akutafdelingen end øvrige akutte patienter.

Akuthospitalerne i Region Midtjylland har i forbindelse med de kommende nye fysiske rammer for akutafdelingerne planlagt med udgangspunkt i forskellige snitflader i forhold til ophold i akutafdelingen overfor indlæggelse på en afdeling. På Aarhus Universitetshospital og på Regionshospital Horsens planlægges efter, at akutindlagte patienter, der forventes at kunne udskrives inden for 48 timer, bliver på akutafdelingen, med mindre konkrete forhold betyder, at det vil være bedst for patienten at indlægges på en specialafdeling. På Regionshospital Randers arbejdes med en snitflade der hedder indlægges i akutafdelingen hvis patienten kan forventes udskrevet indenfor 36 til, mens det tilsvarende tidsrum på Hospitalsenhed Midt er 24 timer. I Hospitalsenhed Vest, arbejdes overordnet set hen mod en model, hvor afklarede

patienter ikke ligger i akutafdelingen, men straks overføres til en stamafdeling, også selvom de forventes udskrevet inden for de kommende døgn. Dette giver ud fra et patientperspektiv den udfordring, at der kan opstå forskellige muligheder, afhængig af lokale forhold. Dette gælder uanset, om det handler om patienter med psykiatriske eller somatiske symptomer.

Problemstillingen har været diskuteret i arbejdsgruppen ad flere omgange, men har i forbindelse med beslutning om anbefalinger været hæmmet af, at der ikke endnu foreligger erfaringer med problemstillingen. Gruppen er derfor enig om, at det her er væsentligt, at have særlig opmærksomhed på, hvordan patienterne oplever de konkrete patientforløb. Dette bør derfor have en selvstændig plads i forbindelse med kommende evalueringstiltag.

Arbejdsgruppen opfordrer derudover til, at der generelt planlægges efter, at patienter med psykiatriske symptomer som udgangspunkt kan opholde sig i akutafdelingen i samme tidsrum, som der i den pågældende akutafdeling er forudsat for de somatiske patienter. Som for de somatiske patienter gælder, at der lokalt skal laves konkrete aftaler om de enkelte typer af patientforløb, som sikrer, at patienterne får det mest optimale patientforløb. Samtidig skal der i det enkelte tilfælde foretages en faglig vurdering af, hvad der vil være bedst for patienten.

De fysiske rammer vil i en årrække betyde, at akutafdelingen og den psykiatriske afdeling en række steder vil være placeret i forskellige bygninger. Arbejdsgruppen peger på, at det i den forbindelse er væsentligt, at man lokalt laver klare aftaler om, hvordan patienterne kommer mellem de to afdelinger, og hvem der ledsager patienten. Aftalerne skal sikre at flytningen mellem de to afdelinger sker hurtigt og forsvarligt, under hensyntagen til patientens behov, og behovet for at opretholde flow i akutafdelingen.

## **7. Patienter med akutte psykiatriske sygdomme ud af akutafdelingen**

Realisering af Region Midtjyllands overordnede mål om at opnå lavere dødelighed og bedre tilværelse for patienter med psykiatriske sygdomme, fordrer ikke alene et bedre og tættere integreret samarbejde mellem specialer, afdelinger og personale, mens patienterne er på akutafdelingen. Skal målet nås, kræver det tæt samarbejde om fælles koordinering af somatisk og psykiatrisk opfølgning. Dette gælder både mens patienten er indlagt, i forhold til at sikre fleksible, lettilgængelige og eventuelt mobile ambulante tilbud om behandling, opfølgning og kontrol af patienternes somatiske lidelser, og det efterfølgende samarbejde med praktiserende læger, bosteder, kommunale tilbud m.v. Også Psykiatriens Centrale Visitation, der har overblik over de regionale tilbud på psykiatriområdet, og kan hjælpe med at visitere til ambulante forløb, er en væsentlig samarbejdspart i forbindelse med tilrettelæggelse af gode forløb for patienter med psykiatriske sygdomme.

Arbejdsgruppen anbefaler, at der iværksættes et eller flere projekter, med henblik på at sikre, at der følges op på både psykiske og somatiske problemstillinger i forbindelse med hver enkelt patient med disse behov. Projekterne skal sigte mod at etablere nye tilbud målrettet patientgruppen, i samarbejde mellem specialer og sektorer. Arbejdsgruppen anbefaler også, at disse projekter følges forskningsmæssigt med henblik på at dele de opnåede erfaringer. Arbejdsgruppen anbefaler, at pilotprojektgruppen i Randers overvejer, om man i forbindelse med forløbet her skal iværksætte et sådant tværgående projekt, der sigter mod fleksible løsninger i forhold til tværfaglig opfølgning på sundhedsfaglige problemstillinger i målgruppen.

Både i forbindelse med modtagelse, initial behandling og diagnostisering af patienter med akut psykiatriske symptomer, og i forbindelse med samarbejde mellem akutafdelingerne, de psykiatriske afdelinger og akuthospitalernes øvrige afdelinger kan der være behov for kompetenceudvikling af personalet. Overvejelser og anbefalinger i forbindelse med dette beskrives i det følgende afsnit.

## **8. Behov for kompetenceudvikling**

Opgaven med at samle modtagelse, udredning og behandlingsplan for alle patienter indebærer forandringer og behov for nye kompetencer hos alle personalegrupper i akutafdelingerne. Udtømmende beskrivelse af opgaver og kompetencebehov i forbindelse med de kommende processer er en omfattende opgave, som kræver involvering af faglige kompetencer, der ikke har været repræsenteret i arbejdsgruppen. Arbejdsgruppen vil derfor anbefale, at der i forlængelse af gruppens arbejde nedsættes en særskilt arbejdsgruppe med forankring i Koncern HR, Center for kompetenceudvikling, med henblik på at beskrive en fælles regional platform og en samlet plan for kompetenceudvikling for alle faggrupper i akutafdelingen. I den forbindelse peger arbejdsgruppen på, at der i forbindelse med den igangværende proces bør skelnes mellem de umiddelbare behov for kompetenceudvikling, og behovene på længere sigt. De umiddelbare behov hænger sammen med, at opgaven med at modtage de akut syge patienter med psykiatriske symptomer flyttes fra de psykiatriske afdelinger til akutafdelingerne. I den forbindelse er der behov for, at der opbygges en grundlæggende viden om patientgruppen hos det sygeplejefaglige personale, der er ansat i akutafdelingerne, forud for, at modtagelsen af patienterne flyttes. Dette behov kan varetages på flere måder, f.eks. gennem udlån af psykiatriske sygeplejersker til bed-side-oplæring, gensidige studiebesøg, og egentlige uddannelsesforløb. I den forbindelse peger flere af arbejdsgruppens medlemmer på gode erfaringer fra andre forløb, med døgndækkende tilstedeværelse/overflytning af sygeplejersker fra de specialer, hvis akutte patienter er flyttet fra en specialafdeling til akutafdelingen.

Derudover er der et mere permanent behov for at sikre, at personalet i akutafdelingerne vedvarende får og vedligeholder relevante psykiatriske kompetencer. I den forbindelse peger arbejdsgruppen jævnt overfor på behovet for opbygning af en vedvarende kompetenceudviklingsstruktur. Kompetenceudviklingsplanen skal koordineres og i et vist omfang samtænkes med indholdet i akutuddannelserne fremover.

Arbejdsgruppen anbefaler i den sammenhæng, at Pilotprojektet i Randers (se nedenfor) får særlig opmærksomhed på kompetenceudviklingsbehovet, og afprøver forskellige tiltag i den forbindelse, med henblik på at komme med anbefalinger til den generelle politik på området.

## **9. Vidensopsamling**

Region Midtjylland er den første region i Danmark, der har ambitioner om at samle den akutte indgang for alle akut syge patienter, uanset om deres primære symptomer er somatiske eller psykiatriske. Det betyder, at regionens personale og deres samarbejdspartner i kommunerne og almen praksis står overfor et stykke pionerarbejde. For at sikre, at vi løbende bliver klogere på processerne, og at vi efterfølgende kan formidle gode og dårlige erfaringer på et videnskabeligt grundlag, er det relevant at sikre, at der fra starten knyttes forskere og evaluatore til processen. Derfor anbefaler arbejdsgruppen, at der afsættes midler til at evaluere/forske i de organisatoriske erfaringer, og resultaterne for patienterne, i første omgang i forbindelse med pilotudrulningen i Randers, men også på længere sigt på de øvrige akuthospitaler. Det er

således forventningen at erfaringerne fra Randers kan bruges når man påbegynder tilsvarende processer på regionens øvrige fire akuthospitaler.

Arbejdsgruppen foreslår, at der i forbindelse med erfaringsopsamlingen sættes fokus på to niveauer. For det første er der behov for løbende at følge processerne, med et organisatorisk fokus, for at sikre dels løbende tilretninger af konceptet, hvor der er behov for det, dels læring på tværs i hele regionen. For det andet er der behov for at opstille og følge op på en række kliniske mål, for at sikre viden om, hvordan de organisatoriske ændringer påvirker patienterne. I denne forbindelse bør der være særlig opmærksomhed på, om akuthospitalernes forskellige politikker i forbindelse med overflytning af afklarede patienter opleves af og påvirker patienterne.

## 10. anbefalinger

I dette afsnit beskrives først anbefalinger vedr. de overordnede rammer for arbejdet med etablering af fælles indgang for patienter med akutte psykiatriske symptomer og patienter med akutte somatiske symptomer. Derefter beskrives en række konkrete anbefalinger i forhold til de kommende processer. Anbefalingerne er opdelt i forhold til aktørniveau.

### **Anbefalinger vedrørende de overordnede rammer for arbejdet:**

#### **Organisering og pilotprojekt:**

1. Der iværksættes et pilotprojekt i Randers, der med udgangspunkt i denne rapportes anbefalinger, udvikler aftaler og arbejdsredskaber, og får erfaringer med gode processer, som kan bruges på tværs i regionen. Den regionale arbejdsgruppe vedr. etablering af fælles indgang for patienter med akutte psykiatriske symptomer og patienter med akutte somatiske symptomer fungerer som følgegruppe for pilotprojektet i Randers, og sikrer at erfaringer fra de igangsatte processer løbende formidles bredt. Rapportens anbefalinger revurderes og tilpasses i overensstemmelse med erfaringerne fra pilotprojektet

#### **Afgrænsning af patientgruppen:**

1. Akut syge patienter med psykiatriske symptomer modtages i akutafdelingen på linje med patienter med somatiske symptomer. Arbejdsgruppen anbefaler dog, at følgende akutte patienter med akutte psykiatriske symptomer fortsat modtages direkte i en psykiatrisk afdeling:
  - Patienter, der indlægges med tvang, på gule eller røde papirer.
  - Patienter til indlæggelse i henhold til dom.
  - Patienter med Greencards og patienter med aftale om Brugerstyrede senge.
2. Der laves konkrete, lokale aftaler, som sikrer, at også akutte patienter der indlægges direkte på psykiatrisk afdeling af ovennævnte grunde, får adgang til somatisk gennemgang og behandling

#### **Fælles rammer for det lokale implementeringsarbejde:**

1. Henvendelse til akutafdelingen skal ske efter forudgående visitation. Som i somatikken kan der i en overgangsperiode være behov for at personalet udviser flexibilitet, så ingen akut syge hjemsendes uden sundhedsfaglig vurdering, fordi de ikke har ringet først.
2. Der planlægges generelt efter, at patienter med psykiatriske symptomer som udgangspunkt kan opholde sig i akutafdelingen i samme tidsrum, som der i den pågældende akutafdeling er forudsat for de somatiske patienter.

3. I forbindelse med indgåelse af lokale samarbejdsaftaler tages udgangspunkt i de generelle aftaler om, at patienterne skal ses af relevant speciallæge inden en time. I det omfang, der ikke er psykiatrisk speciallæge i tilstedeværelse, skal akutlægerne have mulighed for at tilkalde anden psykiatrisk læge
4. Der opretholdes en døgndækkende akut rådgivningstelefon for patienter og pårørende
5. Visitation af patienter med akutte psykiatriske symptomer via hospitalsvisitationerne påbegyndes inden patienterne fysisk modtages via akutafdelingen
6. De psykiatriske afdelinger har i en årrække arbejdet målrettet med både statisk sikkerhed (de fysiske rammer) og dynamisk sikkerhed (uddannelse i forebyggelse og håndtering af konflikter). Det anbefales derfor, at der i forbindelse med de kommende processer tages udgangspunkt i model for sikkerhed fra Psykiatrien, som den generelle ramme for sikkerhedsarbejdet i akutafdelingerne.

### **Anbefalinger til opfølgning, fælles modtagelse af akut psykiatriske syge og akut somatisk syge patienter i akutafdelingerne**

#### **Koncernøkonomi, Sundhedsplanlægning, HR-styregruppeakutområdet**

1. Der iværksættes en proces med henblik på afklaring af aftaler om økonomi og ressourcer, herunder afklaring af problemstillinger i forbindelse med af forskelle i afregnings- og incitamentsstrukturer, og forskelle i optageområder mellem psykiatri og somatik. Koncernøkonomi har ansvar for iværksættelse af processen. Hospitalsledelserne og Psykiatri og – socialledelse inddrages, og sundhedsplanlægning bidrager efter behov
2. Der beskrives en fælles regional platform og en samlet plan for kompetenceudvikling i forbindelse med fælles modtagelse af patienter med akut psykiatriske og akut somatiske patienter. Projektgruppen i Randers involveres i drøftelserne, da de allerede i dette efterår (2014) er i færd med at forberede modtagelse af patienter med psykiske sygdomme gennem akutafdelingen.

#### **Psykiatri og socialledelsen og hospitalsledelsen på det relevante akuthospital**

1. Der etableres i god tid inden samling af indgangen for akutte psykiatriske og somatiske patienter en lokal projektorganisation med ledelsesmæssig forankring med henblik på at få en god proces. Der skal inden nytår 2014 udarbejdes tidsplaner for de lokale processer
2. Der indgås lokale aftaler om psykiatrifaglig tilstedeværelse i akutafdelingen (arbejdsfordeling mellem akutlæger og læger fra psykiatrien, og tilsvarende for det sygeplejefaglige personale).
3. Der indgås lokale aftaler som sikrer somatisk gennemgang af akutindlagte patienter med psykiatriske symptomer, der er indlægges direkte på psykiatrisk afdeling.
4. Der iværksættes lokalt udviklingsarbejde, med henblik på at sikre, at der følges op på både psykiske og somatiske problemstillinger i forbindelse med hver enkelt patient, også efter denne forlader akutafdelingen. Udviklingsindsatsen skal sigte mod at etablere nye tilbud målrettet patientgruppen, i samarbejde mellem specialer og sektorer.
5. Der udarbejdes procedurer og kompetenceudviklingsprogrammer som sikrer, at der i akutafdelingerne altid er personale tilstede der kender regelsættet omkring nødret, nødværge og tvang, samt at personalet ved hvordan de hensigtsmæssigt reagerer:



- I forhold til hhv udadreagerende og stille patienter
- I forhold til observation af indlagte patienter med primært psykiatriske symptomer
- I forhold til patienter der primært præsenterer sig med somatiske symptomer, men udviser tegn på psykiatriske problemstillinger

6. Der reserveres tid til (skrives ind i vagtrullene) at lære, samle op og kunne være i dialog om de konkrete situationer, fordi alle kommer til at arbejde på nye måder.

7. Visitation af akutte psykiatriske patienter varetages i hospitalsvisitationerne fra 1. november 2015

8. Der laves klare aftaler om, hvordan patienter, der skal flyttes fra akutafdelingen til psykiatrisk afdeling kommer mellem de to afdelinger, og hvem der ledsager patienten.

### **Følgegruppe, Pilotprojekt og implementering**

1. Der igangsættes følgeforskning/evaluering af processerne – dette iværksættes allerede i forbindelse med etablering af pilotprojektet i Randers. Forsknings/evalueringsteam undersøger om der findes internationale erfaringer på området

2. Der sættes i forbindelse med erfaringsopsamlingen fokus på to niveauer. For det første et organisatorisk fokus, med henblik at sikre dels løbende tilretninger af konceptet, hvor der er behov for det, dels læring på tværs i hele regionen. For det andet et fokus på outcome, hvor der opstilles og følges op på en række kliniske mål, for at sikre viden om, hvordan de organisatoriske ændringer påvirker patienterne

### **Styregruppe, Pilotprojekt i Randers**

1. Der opstilles konkrete milepæle for arbejdet i pilotorganisationen i Randers. Foreløbig milepæl for modtagelse af de første akutte patienter med primært psykiatriske symptomer er 1. februar 2015. Milepælene baserer sig på gennemførelse af ovenstående generelle anbefalinger i fht. samarbejde mellem psykiatri- og socialledelse og hospitalsledelsen

2. Der udarbejdes og indhentes erfaringer med retningslinjer for visitationsopgaven vedrørende patienter med akutte psykiatriske symptomer. Relevante fagpersoner fra regionens øvrige akut og psykiatridelinger (herunder ikke mindst den psykiatriske akutmodtagelse i Risskov) inddrages i arbejdet med udarbejdelse af retningslinjerne. Retningslinjerne drøftes i den regionale følgegruppe.

3. Der etableres en systematisk erfaringsopsamling med triage i forbindelse med modtagelse af patienter med psykiatriske symptomer gennem akutafdelingen i Randers, med henblik på videreudvikling af fælles triageredskab i regionen.

4. Der sættes fokus på kompetenceudviklingsbehovet, og forskellige tiltag i den forbindelse afprøves, med henblik på at komme med anbefalinger til den generelle politik på området.

Dato 07-03-2014

Anne Brøcker

Tel. +45 7821 2063

anbroe@rm.dk

1-30-100-43-13

### **Kommissorium, arbejdsgruppe vedrørende planlægning af integration af psykiatrien i de fælles akutmodtagelser**

Omstilling af hospitalsstrukturen i Region Midtjylland til en struktur med fem akuthospitaler, udspringer af en fælles ambition om at skabe effektive og sikre patientforløb af høj kvalitet for de akutte patienter i Region Midtjylland.

Side 26

Det overordnede planlægningsgrundlag for processen er Akutplan for Region Midtjylland fra 2007. Akutplanen er lavet med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger "Styrket Akutberedskab" fra 2007. Af akutplanen fremgår, at den akutte psykiatriske modtagelse med fordel kan placeres i nærhed til den fælles akutmodtagelse. Også i "Redegørelse vedrørende samarbejde mellem psykiatri og somatik" fra februar 2011 er det understreget, at somatik og psykiatri med fordel kan have et tæt samarbejde omkring de akutte patienter. Psykiatriplan 2013-16 er ligeledes et væsentligt grundlag for arbejdet.

Region Midtjylland arbejder stadig på fuld realisering af den overordnede målsætning om bedre og mere effektive og sammenhængende akutte patientforløb af høj kvalitet. På den baggrund har regionen igangsat et Akutprogram, med det formål at understøtte processen med implementering af et nyt koncept for modtagelse og behandling af de akutte patienter i regionen. Som et element i Akutprogrammet ønsker regionen at udarbejde et fælles grundlag for det kommende arbejde med integration af modtagelse af patienter med akutte psykiatriske problemstillinger i regionens somatiske akutmodtagelser. Akutprogramstyregruppen har i den forbindelse nedsat en arbejdsgruppe, der skal arbejde med denne problemstilling.

Side 26

Arbejdsgruppen sammensættes på følgende måde:

Sygeplejefaglig direktør Claus Lassen Graversen, Psykiatri og Social

Sygeplejefaglig direktør Tove Kristensen, Hospitalsenhed Midt

Centerchef Anette Schou Kjeldsen, Akutcentret, AUH

Ledende Overlæge Lisbeth Uhrskov Sørensen, Afdeling M - Afdeling for organiske psykiske lidelser og akutmodtagelse, AUH

Ledende oversygeplejerske Elsebeth Vesterheden, BUC

Ledende overlæge Inge Lund Petersen, Regionspsykiatrien Vest

Ledende overlæge Kirsten Gøtzsche-Larsen, Regionspsykiatrien Viborg-Skive,

Oversygeplejerske Marianne Børre Petersen, Regionspsykiatrien Horsens (udtrådt af arbejdsgruppen)

Ledende overlæge Runa Sturlasson, Regionspsykiatrien, Randers

Ledende oversygeplejerske Pia Stie-Svendsen, Fælles AKUTafdeling, AUH

Akutlæge Tinne Borup Nielsen, Akutafdelingen, Regionshospital Randers

Oversygeplejerske Bodil Clemensen, Akutafdelingen, Re Randers

Overlæge Poul Petersen, Akutafdelingen, Hospitalsenhed Vest

Ledende oversygeplejerske Inge Henriksen, Akutafdelingen, He Horsens

Ledende overlæge Ove Gaardboe, Akutafdelingen, He Horsens

Økonomisk konsulent Jan Rene Simonsen, Økonomi og planlægning, He Horsens

AC-fuldmægtig Jeannette Alting, Psykiatriplanlægning, Psykiatri og social

Seniorkonsulent, Poul Gørup, Koncern HR, Region Midtjylland

Vicedirektør Christian Boel, Sundhedsplanlægning (Formand for arbejdsgruppen)

Chefkonsulent Anne Brøcker, Sundhedsplanlægning

Marie Glent-Madsen, studentermedhjælp, Sundhedsplanlægning

Da der er en række både lægelige og sygeplejefaglige snitflader vil det være en fordel hvis begge faggrupper er repræsenteret i arbejdsgruppen. I forbindelse med udpegning af kliniske repræsentanter for psykiatrien sikres, at der er personsammenfald i forhold til repræsentation i det lokale arbejde med vision, strategi og handleplan for de akutte patienter på de enkelte akuthospitaler.

I det omfang det er relevant, kan arbejdsgruppen delegere dele af opgaven til enkelt medlemmer, eller nedsætte underarbejdsgrupper.

Arbejdsgruppen skal:

- Beskrive en overordnet vision for akutte patientforløb for patienter med psykiatriske lidelser
- Sikre koordination med de på akuthospitalerne igangsatte processer om vision, strategi og handleplan for de akutte patienter
- Kortlægge patientgruppen og de lokale variationer – f.eks. beskrive forhold omkring geografisk placering af botilbud og institutioner
- Komme med forslag til afgrænsning af hvilken gruppe psykiatriske patienter der skal modtages i akutmodtagelsen, og hvilke der skal gå direkte i psykiatrisk afdeling – herunder overveje hospitalsvisitationens rolle i den forbindelse. Herunder medvirke til

at differentiere mellem patienter, der har en egentlig psykiatrisk problemstilling, og patienter der bare "har ondt i livet", misbrugsproblemer eller lignende

- Komme med forslag til overordnede aftaler om håndtering af patienter med psykiatriske symptomer, der henvender sig direkte i akutmodtagelsen uden foregående visitation
- Udpege repræsentanter til den regionale triagegruppe, med henblik på udbygning af kontaktårsagskortene vedrørende psykiske symptomer, og nedsætte en arbejdsgruppe der i samarbejde med triagegruppe-repræsentanterne skal udarbejde kontaktårsagskort for patienter med psykiatriske symptomer
- Beskrive rammer for lægefaglig psykiatrisk tilstedeværelse i akutmodtagelserne, herunder komme med forslag til mål for adgang til psykiatrisk speciallægekompetence i akutmodtagelsen, og komme med forslag til, hvordan dette kan honoreres, både på længere sigt (2017) og i en overgangsperiode
- Beskrive udfordringer og handlingsmuligheder i fht håndtering af situationer, hvor der opstår behov for tvang
- Beskrive behov for observation af de psykiatriske patienter i akutmodtagelsen/den akutte fase – herunder belyse omfanget, og komme med forslag til hvordan dette kan løses i de forskellige modeller, der er valgt i forbindelse med de nye byggerier
- Beskrive ansvarsforhold og praktiske løsninger i forhold til ledsagelse af psykiatriske patienter mellem akutafdelingen og psykiatrisk afdeling
- Belyse behovet for særlige sygeplejefaglige kompetencer i akutmodtagelserne i forbindelse med modtagelse af patienter med psykiatriske problemstillinger
- Belyse eventuelle særlige problemstillinger vedrørende sikkerhed for patienter og personale i forbindelse med integrationen af modtagelse af de psykiatriske i akutmodtagelserne, og komme med anbefalinger i den sammenhæng
- Identificere eventuelle særlige uddannelsesbehov i forbindelse med integration af de psykiatriske og somatiske akutte patientforløb, herunder fokus på kompetencer i fht opretholdelse af ro, venlighed og imødekommenhed i situationer hvor patienter er voldsomme og udadreagerende, og komme med forslag til, hvordan den nødvendige opkvalificering af personalet kan ske. Herunder beskrive behov for tid til supervision, gensidig læring og dialog, samt faglig sparring på tværs af afdelinger
- Beskrive behov til den fysiske indretning af akutmodtagelserne i forbindelse med integration af de psykiatriske patienter
- Komme med anbefalinger i forhold til patientforløb for de psykiatriske patienter, hvor tilstanden ikke forbedres efter den generelle, maximale opholdstid i akutmodtagelsen
- Beskrive eventuelle særlige problemstillinger vedrørende arbejdet med flow og arbejdsgange
- Beskrive eventuelle særlige problemstillinger/indsats-områder i forhold til samarbejde med og overgang til almen praksis og kommunerne – med fokus på den gode udskrivelse
- På baggrund af ovenstående udarbejde et forslag til overordnet regional ramme for det videre arbejde med integration af modtagelse af de akut syge psykiatriske patienter i akutmodtagelserne, herunder samspil/snitflader med psykiatriske ambulatorier, kommuner og almen praksis, til forelæggelse for Akutprogramstyregruppen/Strategisk Sundhedsledelsesforum

Mødeplan:

29. januar kl. 10.30 -12.30, i Viborg

31. marts, kl. 14-16, i Viborg  
29. april, kl. 15-17, i Viborg  
19. juni, kl. 14-16, i Viborg  
21. august