

Hørings svar

## **Dette høringssvar relaterer sig til AAT og de seks akutpladser, der ønskes etableret i nuværende P1**

I min egenskab af at være tovholder for satspuljeprojektet Akut Ambulant Team (AAT) vil jeg gerne udtrykke, at jeg finder idéen med at oprette seks akutpladser i et tæt samarbejde mellem Holstebro, Struer og Lemvig Kommuner og Regionspsykiatrien Vest både god og perspektivrig på længere sigt.

I satspuljeprojektet har vi siden forberedelserne i 2014 oplevet et meget udviklende og tillidsfuldt tværsektorielt samarbejde mellem nævnte aktører. Hvilket har resulteret i, at projektet på alle parametre indtil nu får meget fine evalueringer i LUP og tillige på tilbagemeldinger fra Sundhedsstyrelsens evaluatorene på delresultater og statusrapporter.

I 2016 har der i projektet været stærkt fokus på det *tværsektorielle 'akut-felt'* og herunder også på, at få de lavintensive senge (LIS) til at blive et relevant tilbud ud fra et *forebyggende og hjemmelivs- mestringsorienteret* perspektiv.

I 'Akut-arbejdsgruppen', hvor ledelser fra region og kommuner har siddet sammen, og på projektdage, hvor praktikere fra AAT og kommunerne har gjort det samme, har vi således reflekteret over/ forsøgt at formulere nogle vigtige principper for dette felt. Herunder bl.a.:

- *Begrebet akut* – at dette ikke bør forstås som, når alt bimler og bamler, blå blink og en situation der er helt uholdbar, men som noget der spottes i tide. En forstærket opmærksomhed på tidlige advarselstegn, sådan at forværring kan forebygges og der kan værnes om hverdagslivets funktioner og relationer
- At respektere og drage nytte af *forskellige fagligheder og opgaver* for region og kommune. Se at der både er tryghedsindsatser og behandlingsindsatser. Forskellene kan være svære at skelne, og de kan tage sig ud som gråzone. Men denne skelnen finder konkrete, naturlige og tillidsfulde løsninger netop gennem udlevet praksisfællesskab – sådan som det er sket mellem AAT og især medarbejdere fra Holstebro Kommune (både psykiatri og social, myndighedsafdeling og jobcenter) – og det viser sig, at alle både kan agere hurtigere og mere præcist med hjælp til borgeren/patienten og de pårørende
- *Ambulant indlæggelse* – at det må kunne lade sig gøre at tilpasse regionens registrerings- og dokumentationssystemer, så ikke alle indlæggelsesprocedurer jf. retningslinjer pr. automatik skal træde i kraft under en sådan indlæggelse, men netop kun de for situationen relevante
- *Brugerstyret indlæggelse*
- Samordning af modellerne for Mobilteam og Akut ambulant team – uddrage det bedste fra begge modeller

Erfaringer fra ½ år med LIS viser, at der *kan* skabes gode forløb, som tager afsæt i ovennævnte principper. Men der er nogle klare udfordringer i LIS-modellen, som der nu er en unik chance for at overvinde med de fælles akutsenge og med inspirationen fra Psykiatriens Hus i Silkeborg

- Aktuelle registreringssystemer og kvalitetsmål er ikke gearede til *amb. indlæggelse*. Håndtering af dette er indtil nuværende sket gennem klinikerens prioritering i situationen og dermed undladelse – resulterende i negative kvalitetstal, hvilket vi har forsøgt at leve med
- Sygeplejenormeringen er for lav med kun én person fra AAT i dagtiden. Vi har lært, at selv om patienterne plejemæssigt har større funktionsevne, så gør det tilstræbte *hurtige flow og opgavens karakter* netop, at der er behov for flere folk. Vi har en unik situation nu, hvor der netop er mulighed for at prioritere forebyggelse – hvilket vil

sige, at der skal være nok medarbejdere til virkelig at kunne prioritere samarbejdet med kommune og pårørende m.fl., så der hurtigt kan etableres netværksmøder og i det hele taget støttes op om hjemmesituationen/jobsituationen for borgeren – hvilket jo netop er AATs særlige kompetence

- Samtidig skal driften af akutsenge ikke dræne kræfterne, fleksibiliteten og responstiden i AATs kerneopgave – netop det at være et udekørende ambulante team, så der må tilføres markant flere ressourcer til AAT/akutsengene, end der nuværende er allokeret til AAT/LIS.

P1's personale har varetaget aften- og nattevagterne i LIS. Mit budskab er, at der ud af de særdeles mange fine kompetencer, der findes i P1, må kunne tilføres flere medarbejdere som sammen med kommunerne kan varetage driften af akutsengene gennem alle døgnets vagter

Den nuværende situation kalder også på fælles ledelse. Både fælles ledelse internt af den akutte indsats (akutmodtagelse, Mobilteam, AAT, akutsenge) og regulær fælles tværsektoriel ledelse af 'akutsengene'. Det forekommer mig også at fælles speciallægetilknytning for AAT og Mobilteam kunne være en rigtig god idé.

#### Fremtidshåb

Det indledningsvist nævnte forhold omkring perspektivet på længere sigt knytter sig til et håb om, at tværsektorielle akutsenge kan udvikle sig til et fælles psykiatrisk center i Regionspsykiatrien Vest's nordlige optageområde, som kan være blivende – også efter åbningen af DNV. En åbning for at dette center kan finde flere og nye veje til at støtte op om forebyggende, kompetent og borgerinddragende psykiatrisk hjælp, der ikke er struktureret efter laveste fællesnævner for hvad angår personale og økonomi – jeg tror resurserne vil være givet godt ud og vise sig også at være god økonomi.

Med venlig hilsen

Agnethe Clemmensen  
Kvalitets- og udviklingskonsulent