

# DEN AKUTTE INDSATS I PSYKIATRIEN

- planlægningsgrundlag for  
det regionale sundhedsvæsen

2009

**Den akutte indsats på psykiatriområdet  
– planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen**

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Emneord: akutberedskabet, præhospital indsats, skadestue, akutmodtagelse, psykiatri

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 1.0

Versionsdato: 25. august 2009

Format: pdf

Elektronisk ISBN: 978-87-7676-969-7

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, august 2009

# Forord

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.

Sundhedsstyrelsens rapport 'Den akutte indsats i psykiatrien' beskriver et fælles overordnet grundlag og en markant sigtelinje for den fremtidige tilrettelæggelse af den akutte psykiatriske indsats i regionerne. Rapporten lægger op til en trinvis implementering over 5-10 år afhængigt af den enkelte regions øvrige planlægning.

Et væsentligt mål med rapporten er bl.a. at sikre øget kvalitet i indsatsen over for psykisk syge, herunder at de psykiatriske akutmodtagelser bliver mere robuste, og at der bliver bedre mulighed for at opbygge stærke faglige miljøer og tilstrækkelig erfaring (øvelse-gør-mester). Dette kan ske gennem en samling af antallet af psykiatriske akutmodtagelser/skadestuer. En samling vil også kunne sikre bedre udnyttelse af de knappe speciallægerressourcer, herunder bedre mulighed for sikre speciallægelig vagtfunktion.

Samlingen af de akutte psykiatriske modtagelser vil kunne betyde længere afstand for de psykisk syge til et relevant akut tilbud. Det er derfor også et mål med rapporten at sikre let tilgængelighed og nærhed bl.a. gennem udbygning og styrkelse af akutte, nære ambulante og udgående funktioner.

Der er i rapporten lagt vægt på styrket samarbejde med somatikken bl.a. om patienter med både somatiske og psykiatriske akutte problemstillinger - fx via aftaler og overvejelser om den fremtidige placering af den akutte somatiske og psykiatriske modtagelse. Også samarbejdet med almen praksis, politi, ambulancetjeneste, kommuner, herunder socialpsykiatri, og andre samarbejdspartnere skal styrkes.

Rapporten er blevet til i et samarbejde mellem mange interessenter. Et udkast har været i bred høring, hvor det fik stor tilslutning og støtte samt en række kommentarer, hvoraf ingen dog har ændret afgørende ved grundtanken i rapporten.

Sundhedsstyrelsen vil på baggrund af rapporten følge op med relevante nationale initiativer i samarbejde med Danske Regioner og regionerne, mens regionerne har det egentlige ansvar for implementering af anbefalingerne. Sundhedsstyrelsen vil følge udviklingen dels i form af rådgivning i forbindelse med regionernes psykiatriplaner, dels gennem det Rådgivende Udvalg for Specialeplanlægning og andre relevante fora.

*Sundhedsstyrelsen, august 2009*

Jesper Fisker  
Direktør

# Indhold

<b>1. Resumé og anbefalinger</b>	<b>5</b>
<b>2. Baggrund og formål</b>	<b>9</b>
2.1 Arbejdsgruppens kommissorium og sammensætning	10
2.2 Arbejdsgruppens arbejde	11
2.3 Dokumentation	12
<b>3. Den akutte psykiatri</b>	<b>13</b>
3.1 Opgave- og ansvarsfordeling	13
3.2 Definition af den akutte indsats på psykiatrimrådet	13
3.3 Omfang af akut aktivitet i psykiatrien	13
3.4 Den akutte psykiatriske patients karakteristika og behov	14
<b>4. Behov for akut psykiatrisk indsats og fremtidig tilrettelæggelse</b>	<b>17</b>
4.1 Den præhospitale indsats	17
4.2 Visitation	19
4.3 Akut modtagelse på sygehus og akut ambulant indsats	21
4.3.1 Akut modtagelse af psykisk syge på sygehus	21
4.3.2 Akut/subakut indsats i den ambulante psykiatri	26
4.4 Samarbejde og opgavefordeling	27
4.4.1 Samarbejde med almen praksis og speciallægepraksis	27
4.4.2 Samarbejde med det somatiske sygehusvæsen	28
4.4.3 Samarbejde med kommuner/socialpsykiatri	28
4.5 Kapacitets- og ressourcemæssige overvejelser	30
<b>5. Implementering og planlægning</b>	<b>32</b>
<b>Bilag A. Det somatiske akutberedskab</b>	<b>33</b>
<b>Bilag B. Regionernes tilrettelæggelse af den akutte indsats i psykiatrien</b>	<b>35</b>
<b>Bilag C. Krav og forpligtelser i det kriseterapeutiske beredskab</b>	<b>42</b>

# 1. Resumé og anbefalinger

Sundhedsstyrelsens rapport 'Den akutte indsats i psykiatrien' beskriver et fælles overordnet grundlag for den fremtidige tilrettelæggelse af den akutte psykiatriske indsats i regionerne. Rapporten omhandler akutte funktioner i det regionale sygehusvæsen og ikke den samlede psykiatriske indsats. Rapportens anbefalinger har til formål at medvirke til at sikre og udvikle høj kvalitet i den akutte psykiatriske indsats til gavn for de psykiatriske patienter og deres omgivelser. Der henvises i øvrigt til Sundhedsstyrelsens specialevejledninger for psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri, som sammen med denne rapport danner grundlag for den fremtidige planlægning.

Rapporten har været i høring, og Sundhedsstyrelsen har modtaget mange hørings svar. Overordnet var der i høringssvarene en bred tilslutning til rapportens indhold og anbefalinger, og det var generelt opfattelsen, at rapporten udgør et godt og nyttigt videre planlægningsgrundlag. Høringssvarene indeholdt samtidig en række relevante forslag til ændringer og præciseringer, og Sundhedsstyrelsen reviderede derfor rapporten på baggrund af dette.

Sundhedsstyrelsen nedsatte i foråret 2008 en arbejdsgruppe med det formål at få beskrevet og analyseret behovet for akut indsats på det psykiatriske område.

Arbejdsgruppen har i vid udstrækning været enige om, hvad der skal til for at styrke og løfte den akutte indsats i psykiatrien, selvom det kan konstateres, at der i de enkelte regioner er forskellige udgangspunkter, herunder særligt geografiske.

Arbejdsgruppen har lagt vægt på, at 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.

Arbejdsgruppen har graderet intensiteten i den akutte psykiatriske indsats. Rapporten indeholder derfor en inddeling af den akutte indsats over for psykisk syge i tre niveauer. Niveauerne anvendes i anbefalingerne om modtagelse af akut psykisk syge ambulant og i den akutte psykiatriske modtagelse.

Der har i arbejdsgruppen været enighed om, at der med fordel kunne tages afsæt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for den akutte indsats i somatikken, herunder at tilrettelæggelsen af den akutte psykiatri, hvor relevant, skal være parallel til den akutte indsats i somatikken. Samtidig har det stået klart for arbejdsgruppen, at psykisk syge på nogle områder har andre behov end akutte somatiske patienter. Psykisk syge kan fx have svært ved at overskue regler for henvendelse i akutte situationer og har derfor behov for særlig let tilgængelighed til akut psykiatrisk bistand.

I tråd med Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning generelt har arbejdsgruppen lagt vægt på at bidrage til øget kvalitet i indsatsen over for psykisk syge, herunder at de psykiatriske akutmodtagelser bliver mere robuste, og at der bliver bedre mulighed for at opbygge stærke faglige miljøer og tilstrækkelig erfaring (øvelse-gør-mester). Dette taler for en samling af psykiatriske akutmodtagelser. Arbejdsgruppen har samtidig kunnet konstatere betydelig mangel på speciallæger inden for

psykiatrien. En samling vil også kunne sikre bedre udnyttelse af de knappe speciallægerressourcer, herunder bedre mulighed for sikre speciallægelig vagtfunktion. Desuden har arbejdsgruppen fundet, at der er behov for at overveje hensigtsmæssig tilrettelæggelse af arbejdet, så de speciallægelige ressourcer udnyttes mest muligt effektivt.

Der er ikke dokumentation for, hvilket underlag en akut psykiatrisk modtagelse bør have. En vurdering heraf vanskeliggøres yderligere af, at psykiatriske patienter har et særligt behov for nærhed og let tilgængelighed og af, at regionerne er meget forskellige og dermed har meget forskellige udgangspunkter for planlægningen af den fremtidige akutte psykiatri. Der er behov for større viden på dette område. Arbejdsgruppen skønner, at en akut psykiatrisk modtagelse for voksne kan have omtrent samme befolkningsunderlag som en fælles akutmodtagelse i somatikken, dvs. 200.000-400.000 indbyggere, evt. lidt lavere af hensyn til nærhedsprincippet, som er væsentligt særligt for psykisk syge. En akut psykiatrisk modtagelse for børn og unge bør formentlig have et befolkningsunderlag i størrelsesordenen 500.000-1.000.000 indbyggere.

Det må konstateres, at en samling af de akutte psykiatriske modtagelser kan betyde længere afstand for de psykisk syge til et relevant akut tilbud. Arbejdsgruppen har derfor overvejet, hvordan psykisk syge behov for let tilgængelighed og nærhed kan imødekommes bl.a. gennem udbygning og styrkelse af akutte, nære ambulante og udgående funktioner.

Arbejdsgruppen har været enige om, at der er behov for at styrke samarbejdet med somatikken bredt, herunder samarbejdet om patienter med både somatiske og psykiatriske akutte problemstillinger, bl.a. via aftaler og overvejelser om placeringen af den akutte somatiske og psykiatriske modtagelse.

Tilsvarende er det vigtigt at styrke samarbejdet med almen praksis, politi, ambulancetjeneste, kommuner, herunder socialpsykiatri, og andre samarbejdspartnere via aftaler med henblik på at sikre sammenhængende patientforløb.

Den akutte indsats i psykiatrien kan tilrettelægges på forskellige måder afhængigt af lokale forhold og vilkår. Der vil derfor på nogle områder være behov for at realisere rapportens anbefalinger med udgangspunkt i lokale forudsætninger. Flere af rapportens anbefalinger kan kræve betydelige omstruktureringer, og implementeringen må derfor ske ved trinvist og i sammenhæng med de store ændringer i det øvrige sygehusvæsen.

På baggrund af ovenstående anbefaler Sundhedsstyrelsen følgende:

1. Regionerne bør sikre, at der er formaliserede akutte psykiatriske tilbud for psykisk syge i alle aldre, dvs. såvel voksenpsykiatriske som børne- og ungdomspsykiatriske patienter. Der skal være let tilgængelighed til døgn-åbne akutte psykiatriske tilbud. Uanset, om der planlægges med åbne eller visiterede akutte psykiatriske modtagelser, bør det sikres, at psykisk syge - kendte såvel som ukendte - som henvender sig selv i den akutte psykiatriske modtagelse, modtages og i fornødent omfang diagnosticeres og behandles, samt at der sikres relevant opfølgning (s. 15-16).
2. Den akutte psykiatriske modtagelse bør placeres i nær fysisk/geografisk tilknytning til de psykiatriske afdelinger. For at sikre robusthed og faglig

bæredygtighed bør der ske en samling af psykiatriske skadestuer/psykiatriske akutte modtagelser. På lang sigt må det anses for ideelt, at den akutte psykiatriske modtagelse også placeres i nær fysisk/geografisk nærhed til den somatiske fælles akutmodtagelse, hvilket bør indgå i fremtidige overvejelser. I mange tilfælde vil fysisk/geografisk nærhed mellem psykiatrisk og somatisk akut modtagelse kræve store forandringer, herunder bl.a. nyt byggeri, som ikke umiddelbart er muligt at realisere. Der skal i alle tilfælde sikres gode rammer for et tæt samarbejde, hvor det er relevant, bl.a. ved hjælp af aftaleløsninger (s. 17-19).

3. Al modtagelse af akutte patienter på niveau 1 (akut psykiatrisk indlæggelse med psykiatrisk observation, vurdering og evt. behandling døgnet rundt) og på niveau 2 (akut psykiatrisk observation og vurdering med henblik på rådgivning, aflastning, behandling eller viderevisitation) bør som udgangspunkt ske gennem en akut psykiatrisk modtagelse. Akutte patienter, som i forvejen er i behandling eller er kendte, kan modtages direkte på den relevante afdeling uden om den akutte psykiatriske modtagelse efter konkrete, lokale aftaler eller i henhold til behandlingsplanen. Ligeledes kan det overvejes, hvorvidt veldefinerede patientgrupper med særlige behov - som fx retspsykiatriske og gerontopsykiatriske patienter og evt. patienter, der indlægges under tvang - kan modtages akut direkte på den relevante specialafdeling/-afsnit efter konkrete, lokale visitationsretningslinjer og aftaler (s. 17-19).
4. Der bør som minimum være mulighed for, at den psykiatriske forvagt i den akutte psykiatriske modtagelse kan få telefonisk kontakt til en speciallæge i psykiatri eller børne- og ungdomspsykiatri - afhængig af modtagelsens målgruppe, jf. i øvrigt Sundhedsstyrelsens specialeudmeldinger for psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri. Endvidere bør der være mulighed for, at patienterne senest næste dag/næste hverdag kan vurderes af en speciallæge i det relevante psykiatriske speciale med henblik på det videre forløb. Det skal være muligt at få akut assistance fra en somatisk akutfunktion eller tilsvarende, og der bør foreligge aftaler herom, herunder evt. vedr. muligheden for udgående somatisk akutfunktion. Der skal også være adgang til relevante diagnostiske undersøgelser og faciliteter (s. 19-20).
5. Der bør tages særlige hensyn til børn og unge, fx i form af en særskilt indgang og et adskilt venteværelse for børn og unge, såfremt modtagelsen af voksne og børn og unge med akut psykiatrisk sygdom planlægges at foregå i samme akutte psykiatriske modtagelse. Såfremt modtagelsen af børn og unge sker i en særlig akut psykiatrisk modtagelse for børn og unge, bør denne placeres i fysisk/geografisk nærhed af en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling (s. 17-19).
6. Akutte/subakutte nære tilbud, for voksne fx i form af distriktskykiatri og anden ambulant psykiatri, mobilteams osv., bør udbygges og styrkes som følge af den varierende og større afstand til de akutte psykiatriske modtagelser. De akutte/subakutte nære tilbud skal i åbningstiden kunne varetage patienter på niveau 3, dvs. patienter med behov for hurtig ambulant psykiatrisk vurdering og indsats. Der skal sikres mulighed for, at patienter med psykiske problemstillinger kan blive set af en læge fra psykiatrien, samt at personalet i de akutte/subakutte nære tilbud har mulighed for at få telefo-

nisk kontakt til en speciallæge i psykiatri eller børne- og ungdomspsykiatri (afhængig af tilbuddets målgruppe) i tilbuddets åbningstid (s. 22-23).

7. Der bør indgås aftaler vedr. tvangsindlæggelser med vagtlægeordningen og/eller andre relevante parter med henblik på at sikre forbedrede muligheder for, at politi og familier kan få kontakt med en praktiserende læge, vagtlæge eller anden læge, der kan møde frem hurtigt og foretage den nødvendige vurdering (side 13-14).
8. Den psykisk syge, som indbringes via politi og ambulancetjeneste, bør køres til den nærmeste relevante akutte psykiatriske modtagelse, hvor der skal sikres kvalificeret psykiatrisk vurdering og videre foranstaltning. Regionerne, politi og ambulancetjeneste bør i samarbejde sikre, at politi og ambulancetjeneste hurtigt og nemt kan bringe patienten til rette sted. Der bør foreligge klare, aftalte visitationsretningslinjer. Regionen bør via et aftalt samarbejde med politi og ambulancetjeneste sikre, at der er klar og entydig koordination og kommunikation omkring den akutte psykiatriske patient, hvor politi og ambulancetjeneste er involveret. Mulighed for psykiatrifaglig rådgivning til politi og ambulancetjeneste bør endvidere indgå i aftalen (side 13-14).
9. Samarbejdet med og sammenhængen til almen praksis, kommuner, herunder socialpsykiatri, det somatiske sygehusvæsen og andre samarbejdspartnere bør styrkes, udbygges og formaliseres via klare aftaler med henblik på at sikre relevant akut indsats og sammenhængende patientforløb. Samarbejdet mellem regioner og kommuner bør aftales via sundhedsaftaler og kan med fordel involvere almen praksis (s. 23-26).
10. Der bør regionalt etableres et forum i psykiatrien med henblik på at sikre, at samarbejdet om akutte psykiatriske patienter sker hensigtsmæssigt og efter aftale med relevante parter, herunder almen praksis, kommuner, det somatiske sundhedsvæsen, politi og ambulancetjeneste m.m. Samarbejdet kan også koordineres via allerede eksisterende fora med de ovennævnte parter (side 13-14).
11. Regionerne bør overveje at etablere en døgnåben telefonisk rådgivning, der retter sig mod såvel patienter som pårørende og andre samarbejdspartner. Akuttefontonen bør etableres i regi af den akutte psykiatriske modtagelse, hvor den kan passes af erfarent personale under supervision af den vagthavende læge. Det bør endvidere overvejes, om politi, ambulancetjeneste og almen praksis bør have et særligt telefonnummer, som de kan anvende i det daglige, når de har brug for umiddelbar kontakt til den vagthavende i den akutte psykiatriske modtagelse (s. 16).
12. Implementering af anbefalinger for den fremtidige akutte psykiatriske indsats bør ske ved trinvisse løsninger over en tidsperiode på 5-10 år afhængigt af regionens lokale forhold og planlægning. Sundhedsstyrelsen forventer imidlertid, at regionerne allerede fra 2009 indtænker rapportens mål og anbefalinger i deres psykiatri- og sundhedsplanlægning (s. 28).

## 2. Baggrund og formål

Det fremgår af Sundhedsloven, at kvaliteten i sundhedsvæsenet skal styrkes. Specialernes opgaver skal planlægges, så tilrettelæggelsen understøtter høj kvalitet i behandlingen. Sundhedsstyrelsen er tillagt det overordnede ansvar for den nationale specialeplanlægning, og det er Sundhedsstyrelsens opgave at foretage regelmæssig revision heraf.

Visionen bag Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning er, at borgerne skal sikres ensartet behandling af høj kvalitet, uanset hvor i landet man bor, og hvornår man henvender sig til sygehusvæsenet. En grundlæggende tanke i Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning generelt er, at ”øvelse gør mester”, dvs. at der overordnet er en sammenhæng mellem sundhedsfaglig erfaring, kvalitet og volumen på både individ-, enheds- og sygehusniveau. Den nye specialeplanlægning lægger derfor bl.a. op til, at funktioner samles på færre sygehuse og hænder, og der stilles ensartede organisatoriske krav til varetagelsen af bestemte funktioner og specialer.

En samling vil styrke kvaliteten, fordi det skaber mulighed for at opbygge større erfaring og rutine, øget samarbejde på tværs af specialer og større faglige miljøer. Endvidere giver samling mulighed for systematisk at dokumentere og udvikle kvalitet gennem statistisk valide opgørelser baseret på tilstrækkeligt patientvolumen. Ligeledes taler hensynet til behovet for effektiv udnyttelse af de til rådighed værende ressourcer, fx personale og teknologi, for samling af funktioner.

I specialeplanlægningen indgår desuden overordnede landsdækkende, regionale og specialespecifikke hensyn. Et væsentligt element i strukturreformen har været at skabe sammenhæng i sundhedsvæsenet. Hensynet til sammenhæng, fx til det kommunale social- og sundhedsvæsen, indgår derfor også i Sundhedsstyrelsens planlægning.

I foråret 2006 traf Det Rådgivende Udvalg for Specialeplanlægning beslutning om at gennemgå akutberedskabet først, fordi de forventede ændringer i akutmodtagelsen vil få betydning for planlægningen af den overordnede sygehusstruktur og de fleste specialer. Gennemgangen af akutberedskabet mundede i 2007 ud i Sundhedsstyrelsens rapport ’Styrket Akutberedskab’ (’Akutrappen’). Sundhedsstyrelsen gennemførte efterfølgende i samarbejde med sundhedsfaglige eksperter på området i 2007 og 2008 en gennemgang af lægefaglige specialer, herunder psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri.

Helt overordnet anbefales det i ’akutrappen’, at der sker en samling af somatiske akutmodtagelser til fælles akutmodtagelser med tilstedeværelsen af flere lægelige specialer med henblik på at sikre, at den akutte patient mødes af en bred vifte af specialer og modtager den rette behandling fra start. Al henvendelse til den fælles somatiske akutmodtagelse på sygehus bør være visiteret via ordninger i almen praksis eller sygehusvæsenet eller via 112-opkald til alarmcentralen. Samtidig anbefales en styrkelse af den præhospital indsats (se bilag A for resumé af rapportens anbefalinger).

’Akutrappen’ omhandler imidlertid kun modtagelse af patienter med akut somatisk sygdom og ikke patienter med akut psykiatrisk sygdom. Baggrunden herfor var den korte tidsramme for rapporten sammenholdt med de forventede store ændringer i de nye regioner og den deraf følgende usikkerhed om den fremtidige psykia-

tri. Det anbefales i rapporten, at den snarest muligt suppleres med anbefalinger vedrørende akut modtagelse af patienter med psykisk sygdom.

Sundhedsstyrelsen igangsatte derfor i foråret 2008 en gennemgang af den akutte indsats i sundhedsvæsenet for psykiatriske patienter som et supplement til 'akut-rapporten'. Som led i arbejdet blev der nedsat en arbejdsgruppe med deltagelse af faglige repræsentanter. Arbejdet førte til rapporten 'Den akutte indsats i psykiatrien', som var i høring fra den 25. november 2008 til den 26. januar 2009. Sundhedsstyrelsen modtog mange høringssvar, som overordnet tilkendegav bred tilslutning til rapportens indhold og anbefalinger, og det var generelt opfattelsen, at rapporten udgør et godt og nyttigt videre planlægningsgrundlag. Høringssvarene indeholdt samtidig en række relevante forslag til ændringer og præciseringer, og Sundhedsstyrelsen reviderede derfor rapporten på baggrund heraf.

Regionerne skal ifølge Sundhedslovens § 206, stk. 2 udarbejde sundhedsplaner og indhente Sundhedsstyrelsens rådgivning. Regionerne har i løbet af år 2007 som et led i sundhedsplanerne udarbejdet en plan for den fremtidige psykiatri. I forbindelse med udarbejdelsen af psykiatriplanerne har regionerne allerede gjort sig mange vigtige tanker om den fremtidige psykiatriplanlægning. Regionernes perspektiver på planlægningen af den akutte psykiatri i psykiatriplanerne indgår også som et væsentligt element i udarbejdelsen af denne rapport (se bilag B for oversigt over den nuværende og planlagte akutte psykiatriske indsats i regionerne).

## 2.1 Arbejdsgruppens kommissorium og sammensætning

Sundhedsstyrelsen nedsatte arbejdsgruppen vedr. den akutte indsats på psykiatriområdet med det formål at beskrive og analysere behovet for akut indsats på det psykiatriske område. Arbejdsgruppen fik til opgave at opstille konkrete anbefalinger for tilrettelæggelsen af akutte funktioner på psykiatriområdet samt de nødvendige forudsætninger herfor.

Arbejdsgruppen fik følgende sammensætning:

Repræsentant	Arbejdssted
Chef for Sundhedsplanlægning Lone de Neergaard (formand)	Sundhedsstyrelsen
Afdelingslæge Marianne Jespersen	Sundhedsstyrelsen
Fuldmægtig Charlotte Hosbond	Sundhedsstyrelsen
Akademisk medarbejder Sille Arildsen	Sundhedsstyrelsen
Fuldmægtig Bjørn Ursin Knudsen	Sundhedsstyrelsen
Klinikchef Anne Lindhardt	Sundhedsstyrelsens sagkyndige i psykiatri
Vicedirektør Annette Gjerris	Region Hovedstaden
Ledende overlæge Michael Bech-Hansen	Region Sjælland
Ledende overlæge Matilde Lajer	Region Syddanmark
Overlæge Ulla Bartels	Region Midtjylland
Cheflæge Jørgen Achton Nielsen	Region Nordjylland
Seniorkonsulent Anne-Dorthe Sørensen (indtil 01/08 2008) Konsulent Lars Oxlund Christoffersen (efter 01/08 2008)	Danske Regioner

Vicekontorchef Kurt Hjortsø Kristensen	Kommunernes Landsforening
Fuldmægtig Sine Mutanu Jungersted	Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Fung. overlæge Jeanett Bauer	Dansk Psykiatrisk Selskab
Ledende overlæge Georg Gouliaev	Dansk Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab
Kvalitets og udviklingsleder Kitte Hay Jørgensen	Fagligt Selskab for Psykiatriske Sygeplejersker
Praksiskonsulent Merete Lundsteen	Dansk Selskab for Almen Medicin
Lægelig direktør/korpslæge Sven Trautner	Falcks Redningskorps
Viceambulancechef Jes Øksnebjerg	Ambulancetjenesterne
Vicepolitikommissær Erik Jack Pedersen	Rigspolitiet
Fuldmægtig Bjørn West	Indenrigs- og Socialministeriet
Præhospital leder Torsten Lang-Jensen	De præhospitale ledere

## 2.2 Arbejdsgruppens arbejde

Arbejdsgruppen har over en periode på ca. et halvt år drøftet anbefalinger til organiseringen af den akutte indsats på psykiatriområdet.

Rapporten er afgrænset til at omfatte den akutte del af psykiatrien, dvs. dels indsatsen i de akutte, ambulante psykiatriske tilbud (fx i form af akut distriktspsykiatri, akutte opsøgende teams m.m.), dels indsatsen i den akutte psykiatriske modtagelse. Hertil kommer den præhospitale indsats. Arbejdsgruppen har således ikke forholdt sig til organiseringen af den samlede psykiatriske indsats. Rapporten omfatter såvel det psykiatriske som det børne- og ungdomspsykiatriske speciale, og samlebegrebet 'psykiatrien', som anvendes i rapporten, dækker således over begge specialer.

Sundhedsstyrelsen har sideløbende med arbejdet vedr. akut psykiatri gennemgået organiseringen af specialerne psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri. Sundhedsstyrelsen har i samarbejde med de respektive arbejdsgrupper lagt vægt på at sikre koordination af anbefalinger og krav på tværs af arbejdet med organiseringen af den akutte psykiatri og af specialerne psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri.

Den foreliggende rapport vedr. den akutte indsats i psykiatrien består af følgende dele:

- En beskrivelse af den akutte psykiatriske indsats og aktivitet samt den akutte psykiatriske patients karakteristika og behov.
- Behovet for akut psykiatrisk indsats, herunder anbefalinger for den fremtidige akutte indsats på psykiatriområdet.
- En bilagsdel bestående af A) en kort gennemgang af anbefalinger og krav til det akutte beredskab i somatikken, jf. Sundhedsstyrelsens rapport 'Styrket akutberedskab' fra 2007, B) en konkret beskrivelse af de fem regioners nuværende akutte psykiatri og de fremtidige planer og C) krav og forpligtelser i det kriseterapeutiske beredskab.

## 2.3 Dokumentation

Dokumentationen for forskellige organisatoriske løsninger i den akutte indsats er sparsom. Samtidig er det svært at overføre erfaringer fra udlandet bl.a. på grund af geografiske, demografiske, kulturelle og organisatoriske forskelle.

Det har derfor været vanskeligt at basere arbejdsgruppens arbejde på litteratur og evidens. Formuleringen af anbefalinger i rapporten er derfor i vid udstrækning baseret på arbejdsgruppens sundhedsfaglige og organisatoriske vurderinger.

## 3. Den akutte psykiatri

### 3.1 Opgave- og ansvarsfordeling

Regionerne har ansvaret for den sygehusbaserede psykiatri. I psykiatrien varetages patienter med svære eller komplicerede psykiske sygdomme, som mest hensigtsmæssigt udredes og behandles i sygehusregi. Lettere og mere ukomplicerede tilstande varetages som udgangspunkt i praksissektoren.

Kommunernes forpligtelser omfatter pligt til at sikre bo- og støttetilbud til borgere med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer. Kommunernes opgaver omfatter fx pædagogisk psykologisk og social udredning og socialpædagogisk behandling m.v. Med kommunalreformen er der sket en opgaveflytning af den generelle misbrugsbehandling (såvel alkohol- som stofmisbrug) til kommunerne. I relation til børn og unge har kommunerne særlige forpligtelser.

Regioner og kommuner arbejder tæt sammen om støtte og omsorg til bl.a. patienter med sværere psykisk sygdom, herunder kronisk sygdom, hvor der er behov for at sikre et sammenhængende patientforløb med særligt fokus på forebyggelse, opfølgende behandling efter ambulans indsats eller indlæggelse samt rehabilitering. Samarbejdet er beskrevet nærmere i sundhedsaftalerne. Overvejelser over den akutte indsats vedr. psykisk sygdom må derfor også inddrage andre tilbud, herunder tilbud uden for sundhedsvæsenet, fx tilbud af socialfaglig karakter i og uden for socialpsykiatrien, kommunale og sociale tilbud samt tilbud af frivillig karakter.

### 3.2 Definition af den akutte indsats på psykiatriområdet

Arbejdsgruppen har afgrænset den akutte indsats på psykiatriområdet til at omfatte følgende:

- Den *præhospital* indsats i psykiatrien, herunder ambulancetjeneste, udrykningstjeneste, samarbejde med politi, praktiserende læge og vagtlæge.
- Den akutte indsats *i psykiatrien*, herunder:
  - Psykiatriske skadestuer/modtagelser
  - Psykiatriske sengeafsnit (direkte indlæggelse, fx ved tvangsindlæggelse)
  - Distriktpsikiatriske centre (akut henvendelse i dagtid)
  - Opsøgende/udgående mobile teams med akutfunktioner

### 3.3 Omfang af akut aktivitet i psykiatrien

Den akutte aktivitet på psykiatriområdet er meget betydelig. Som det fremgår af tabel 1, er antallet af kontakter i psykiatrisk skadestue ca. 48.000 i 2007, og det ser ud til, at antallet over årene har været stigende til trods for et mindre fald i 2007.

Det fremgår endvidere af tabellen, at der er knap 38.000 akutte indlæggelser i specialpsykiatri årligt og tilsvarende godt 1.100 i specialpsykiatri børne- og ungdomspsykiatri. Dette svarer til, at ca. 90 % af alle indlæggelser i det psykiatriske speciale er akutte, og at ca. 65 % af alle indlæggelser i det børne- og ungdomspsykiatriske

speciale er akutte. Antallet af akutte indlæggelser havde i begge specialer i nogle år en nedadgående tendens, men er igen på omtrent samme niveau som i 2002.

Børn og unge modtages i dag i varierende omfang i den psykiatriske akutte modtagelse/skadestue for voksne (afhængig af den lokale organisering), og derfor registreres mange børn og unge også her. Der er ikke registeret skadestuekontakter selvstændigt for børne- og ungdomspsykiatrien. Ligeledes ses det af 'Sundhedsstyrelsens statusnotat vedr. udviklingen i den børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed' fra 2008, at nogle børn og unge med psykiske problemstillinger fortsat indlægges på pædiatrisk afdeling. Antallet af akutte indlæggelser af børn og unge med psykiatriske problemstillinger er derfor formentlig større, end det fremgår af tabel 1.

Det ses endvidere af tabel 1, at aktiviteten i såvel psykiatrien som børne- og ungdomspsykiatrien generelt er stigende. Særligt den ambulante aktivitet er øget betydeligt over årene. Desværre registreres det ikke i Landspatientregistret, hvor mange af de ambulante kontakter, der er henholdsvis akutte og planlagte.

Tabel 1 Afsluttede og uafsluttede psykiatriske kontakter i 2002-2007

			2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Psykiatri</b>	<b>Indlagt</b>	<b>Akut</b>	38.566	37.956	37.194	36.801	36.649	37.751
		<b>Planlagt</b>	3.959	4.235	3.830	3.669	3.821	3.877
	<b>Ambulant</b>	<b>Ingen kode</b>	79.390	80.362	82.805	85.196	95.455	100.198
	<b>Skade</b>	<b>Ingen kode</b>	44.197	39.947	43.632	47.435	49.887	47.985
<b>Børne- og ungdomspsykiatri</b>	<b>Indlagt</b>	<b>Akut</b>	1.044	941	851	873	866	1.117
		<b>Planlagt</b>	585	571	628	650	608	609
	<b>Ambulant</b>	<b>Ingen kode</b>	10.719	11.570	13.827	14.838	19.278	22.925

Kilde: Sundhedsstyrelsens Landspatientregister.

Note: Data for 2007 er foreløbige.

### 3.4 Den akutte psykiatriske patients karakteristika og behov

Et bredt spektrum af patienter med psykisk sygdom har brug for akut bistand. Psykiatriske patienter kan præsentere sig akut med mange, meget forskellige karakteristika og behov. Der kan være tale om dels akutte livstruende tilstande, som fx akut delir eller svær selvmordsrisiko, dels tilstande med svær forpintthed og/eller angst som led i en psykotisk tilstand eller en svær depression.

For nogle af disse patienter medfører sygdommen en forvirringstilstand, som gør, at de ikke forsvarligt kan tage vare på sig selv og fremtræder hjælpeløse. Der kan også være tale om patienter med adfærsændring som følge af stofpåvirkethed og/eller psykisk sygdom fx i form af udadreagerende og aggressiv adfærd eller tavs og forstenet adfærd, hvor det kan være vanskeligt at opnå en kontakt - endsige et aftaleforhold - med patienten. Tilstandsbilledet kan være skiftende inden for minutter til timer. Ved affektreaktioner er tilstandsbilledet præget af akut uro og forvirring. Det kan i nogle tilfælde være nødvendigt at foranstalte akut tvangsindlæggelse i henhold til psykiatriloven.

Der dør omtrent lige så mange personer årligt ved selvmord som ved trafikuheld. WHO har anbefalet en særlig indsats for selvmordsbekæmpelse. Patienter, der har forsøgt selvmord eller truer med selvmord, udgør en højrisikogruppe, især i det umiddelbare efterforløb af behandlingen eller efter et selvmordsforsøg. Disse patienter har brug for en selvmordsforebyggende opfølgende indsats umiddelbart og i forlængelse af den akutte situation. Et let tilgængeligt tilbud uden ventetid er væsentligt. Der er dokumentation for, at en indsats efter det støttende og ledsagende princip har positiv effekt.

Der er også en række patienter – ofte med kendt psykiatrisk sygdom – som henvender sig pga. angst eller forpinthed, og som primært har brug for omsorg og tryghed ved at være i professionelle hænder. Ligeledes kan behovet for akut psykiatrisk indsats opstå på baggrund af netværkets sammenbrud eller forældre og/eller pårørendes behov for akut aflastning – fx fordi forældre/pårørende ikke magter eller tør at tage ansvaret for patienten på det pågældende tidspunkt.

Den akutte psykiatriske indsats skal kunne rumme disse forskelligartede patienter, og de akutte problemstillinger skal kunne vurderes på kvalificeret vis. Det stiller store krav til såvel indretning af omgivelserne, personalets kvalifikationer og kompetencer samt omfanget af bemanning og sikkerhed for personalet og andre patienter.

De psykiatriske patienters kontakt til den akutte psykiatri vil typisk ske på en af følgende måder:

- Henvielse fra den praktiserende læge, vagtlæge, speciallæge, sygehusafdeling, distriktskykiatri eller udrykningstjeneste. En del patienter henvender sig endvidere på baggrund af råd fra et socialpsykiatrisk tilbud.
- Selvhenvendelse
- Indbringelse via politi, herunder tvangsindlæggelse

Efter vurdering af patienten foretages visitation, som kan have følgende udfald:

- Afslutning til hjemmet med underretning til egen læge
- Viderevisitation til ambulante psykiatri
- Observation i skadestue/akut modtagelse med eller uden indlæggelse
- Indlæggelse på sengeafdeling

Den konkrete akutte psykiatriske indsats bør først og fremmest afgøres af den pågældende patients sygdoms- og funktionsgrad samt akutte diagnosticerings- og behandlingsbehov, herunder sværhedsgraden af symptomer, grad af forpinthed og farlighed for både selv og andre.

I Region Midtjylland har en arbejdsgruppe med inspiration fra 'Criteria for Short-Term Treatment of Acute Psychiatric Illness', American Psychiatric Association fra 1997 gradueret den akutte psykiatriske indsats. Med inspiration fra dette arbejde har arbejdsgruppen opdelt den akutte psykiatriske indsats i nedenstående tre niveauer.

### **Niveau 1: Akut psykiatrisk indlæggelse med psykiatrisk observation, vurdering og evt. behandling døgnet rundt**

Patienter med behov for psykiatrisk bistand på niveau 1 omfatter fx patienter med:

- Livstruende tilstande, herunder delir
- Alvorlig selvmordsrisiko
- Svær psykotisk forpintethed, ofte med adfærdsændringer
- Toksiske psykoser
- Behov for tvangsindlæggelse
- Behandlingsdom til indlæggelse
- Svære affektiltstande
- Komorbiditet i form af samtidig psykisk sygdom og somatisk alvorligt truende tilstand, fx ved spiseforstyrrelser eller svære abstinenser. Behov for vurdering af, hvorvidt indlæggelse skal ske i somatisk eller psykiatrisk regi. Under alle omstændigheder kræves et tæt samarbejde mellem psykiatri og somatik.

### **Niveau 2: Akut psykiatrisk observation og vurdering med henblik på rådgivning, behandling eller viderevisitation**

Den akutte psykiatriske vurdering kan foregå ved en akut ambulant vurdering – evt. suppleret af observation i modtagelsen med eller uden indlæggelse i timer til døgn. I vurderingen indgår en risikovurdering. Patienter med behov for psykiatrisk bistand på niveau 2 omfatter fx patienter med:

- Psykotiske tilstande - enten nydebuterende eller recidiverende – hvor patienten akut er præget af forpintethed og uro og har vanskeligt ved at varetage basal egenomsorg
- Adfærdsændring, hvor der er mistanke om en psykotisk tilstand
- Udadreagerende adfærd, herunder selvskadende adfærd, og hvor der er mistanke om selvmordsrisiko
- Behov for en anden vurdering, dvs. hvor vurdering af patienten ikke kan foregå tilstrækkeligt i ambulant regi
- Abstinensstilstande, herunder truende delir
- Tilpasningsreaktioner og affektiltstande, herunder krisereaktioner
- Svær affektiv lidelse

### **Niveau 3: Ambulant akut vurdering og behandling**

Nogle former for subakut/akut indsats i forbindelse med patienter med psykiske tilstande af uafklaret eller lettere karakter kan foregå ambulant, fx i specialiseret ambulatorium eller i distriktpsykiatri, ved hjælp af udrykningsteams, hjemmebehandlingsteams, opsøgende psykoseteams og lign.

Det kan både være patienter med kendt psykisk sygdom, som allerede er i behandling, eller patienter med ukendt psykisk sygdom med akut behov for bistand evt. uden for dagtid på hverdage. Patienten kan have behov for en vurdering med henblik på diagnosticering, justering af medikamentel behandling, vurdering af behov for henvisning til yderligere udredning eller intensivering af plejestøtte enten i eget hjem eller under indlæggelse.

## 4. Behov for akut psykiatrisk indsats og fremtidig tilrettelæggelse

Etablering og organisering af de akutte psykiatriske modtagelser er et regionalt ansvar, som forventes nærmere beskrevet og udviklet i regionernes psykiatriplaner. Den akutte psykiatri skal ved modtagelse af patienter kunne levere kvalificeret vurdering, diagnostik og indledende behandling med en ensartet høj kvalitet uanset tid på døgnet. Dette sker allerede i høj grad i dag, men indsatsen kan styrkes på en række områder.

Psykiatriske patienter har generelt brug for klarhed, ro, tryghed og overskuelighed. Det stiller store krav til patientmodtagelsen, herunder såvel til rammer og tilgængelighed som til kompetencer. Det er i den forbindelse også en udfordring at skabe og styrke sammenhængende og smidige akutte forløb ikke blot på tværs af psykiatrien, men også på tværs af andre sektorer, herunder det somatiske sygehusvæsen, kommuner, almen praksis og politi/ambulancetjeneste.

### 4.1 Den præhospital indsats

Politi og ambulancetjeneste spiller en mindre, men vigtig, rolle i relation til den akutte psykiatri, idet en del psykiatriske patienter indbringes til den akutte psykiatri ad den vej. Den akutte psykiatriske patient, som indbringes til den akutte modtagelse via politi eller ambulance, vil typisk i situationen være ustabil og have brug for hurtig, kvalificeret støtte og stabilisering. Det er derfor afgørende, at politi og ambulancetjeneste hurtigt og nemt kan bringe patienten til rette sted, hvor problemer kan håndteres hensigtsmæssigt.

Patienten skal køres til den nærmeste relevante akutte psykiatriske modtagelse, hvor der skal sikres kvalificeret psykiatrisk vurdering og videre foranstaltning. Der skal altid foreligge klare, aftalte visitationsretningslinjer. Regionen bør via et aftalt samarbejde med politi og ambulancetjeneste sikre, at der er klar og entydig koordination omkring den akutte psykiatriske patient og klare kommunikationskanaler. Mulighed for psykiatrifaglig rådgivning bør endvidere indgå i aftalen. Regionen skal desuden sikre, at der er tilfredsstillende tilgængelighed for politi og ambulancetjeneste til døgnåbne akutte tilbud.

Ca. 6 % af samtlige indlæggelser er tvangsindlæggelser. Jf. tvangslovgivningen kan en læge ikke tvangsindlægge på den afdeling, hvor vedkommende selv er ansat, og tvangsindlæggelse skal derfor ske på en anden læges indikation. Det skal derfor være muligt at tilkalde en anden læge (fra vagtlægeordningen, den somatiske fælles akutmodtagelse eller en psykiatrisk eller somatisk afdeling) i tilfælde, hvor tvangsindlæggelse er nødvendig. Erfaringsmæssigt har det vist sig vanskeligt at sikre, at bl.a. politi og familier kan få kontakt med en læge, der kan møde frem akut og foretage den fornødne vurdering. Derfor bør der foreligge klare aftaler mellem de akutte psykiatriske modtagelser, de psykiatriske afdelinger og almen praksis samt andre relevante parter med henblik på at sikre forbedrede muligheder herfor. Der bør foreligge klare retningslinjer for, hvorledes tvangssituationer skal håndteres og løses.

Der kan med fordel regionalt etableres et forum i psykiatrien med henblik på at sikre, at samarbejdet om akutte psykiatriske patienter sker hensigtsmæssigt og efter aftale med relevante parter, herunder almen praksis, kommuner, det somatiske sundhedsvæsen, politi og ambulancetjeneste m.m. Samarbejdet kan også koordineres via allerede eksisterende fora med de ovennævnte parter. Samarbejdet kan fx løbende vurderes ved hjælp af audit. Det kan være relevant at inddrage bruger- og pårørendeorganisationer i generelle drøftelser.

Sundhedsstyrelsens krav og anbefalinger til den præhospital indsats tager bl.a. afsæt i 'Bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet og det præhospital beredskab samt uddannelse af ambulancepersonale mv.' (BKG nr. 977 af 26. september 2006). Både funktionen Akut Medicinsk Koordinationscenter (AMK) og funktionen som koordinerende læge på skadested (KOOL) er beskrevet i bekendtgørelsen som et lovkrav.

Kravene til den præhospital indsats - dvs. telemedicin, præhospital journal, alarmcentral og AMK, herunder uddannelse, kompetencer, dokumentation, ledelse, planlægning, samarbejde, faciliteter samt præhospital indsatsordninger - som er beskrevet i rapporten 'Styrket Akutberedskab' fra 2007, bør tilsvarende være gældende for akutte psykiatriske patienter.

#### Anbefalinger:

7. Der bør indgås aftaler vedr. tvangsindlæggelser med vagtlægeordningen og/eller andre relevante parter med henblik på at sikre forbedrede muligheder for, at politi og familier kan få kontakt med en praktiserende læge, vagtlæge eller anden læge, der kan møde frem hurtigt og foretage den nødvendige vurdering.
8. Den psykisk syge, som indbringes via politi og ambulancetjeneste, bør køres til den nærmeste relevante akutte psykiatriske modtagelse, hvor der skal sikres kvalificeret psykiatrisk vurdering og videre foranstaltning. Regionerne, politi og ambulancetjeneste bør i samarbejde sikre, at politi og ambulancetjeneste hurtigt og nemt kan bringe patienten til rette sted. Der bør foreligge klare, aftalte visitationsretningslinjer. Regionen bør via et aftalt samarbejde med politi og ambulancetjeneste sikre, at der er klar og entydig koordination og kommunikation omkring den akutte psykiatriske patient, hvor politi og ambulancetjeneste er involveret. Mulighed for psykiatrifaglig rådgivning til politi og ambulancetjeneste bør endvidere indgå i aftalen.
10. Der bør regionalt etableres et forum i psykiatrien med henblik på at sikre, at samarbejdet om akutte psykiatriske patienter sker hensigtsmæssigt og efter aftale med relevante parter, herunder almen praksis, kommuner, det somatiske sundhedsvæsen, politi og ambulancetjeneste m.m. Samarbejdet kan også koordineres via allerede eksisterende fora med de ovennævnte parter.

## 4.2 Visitation

Ved visitation skal det sikres, at patienten henvises til det rette behandlingstilbud på det rette niveau. Som udgangspunkt gælder LEON-princippet, dvs. at patienten varetages på laveste, effektive omsorgs- og behandlingsniveau. En kvalificeret visitation betyder, at regionerne, hvor det er muligt, kan tænke i alternativer til akut indlæggelse og/eller observation - eksempelvis subakutte ambulante besøg eller socialpsykiatriske tilbud, forudsat at den relevante vifte af velegnede og kvalificerede tilbud er etableret, og at der er tilstrækkelig kapacitet.

Det fremgår af regionernes psykiatriplaner, at regionerne planlægger tilgængeligheden til den akutte psykiatri på forskellige måder. I nogle regioner planlægger man med forudgående visitation til de akutte psykiatriske tilbud via almen praksis/vagtlæge. Andre regioner lægger vægt på åbne psykiatriske skadestuer/modtagelser med mulighed for direkte henvendelse hele døgnet.

Der er i dag ikke i alle regioner formaliserede akutte psykiatriske tilbud til børne- og ungdomspsykiatriske patienter. Regionerne bør sikre, at der er formaliserede akutte psykiatriske tilbud, hvor der døgnet rundt kan gives professionel rådgivning og vejledning samt foretages vurdering og behandling til psykisk syge i alle aldre, dvs. såvel voksenpsykiatriske som børne- og ungdomspsykiatriske patienter.

Der bør endvidere sikres let tilgængelighed. Særligt ved tilrettelæggelse af den akutte psykiatri gælder det, at adgangen skal være let, idet mange psykiatriske patienter vil have svært ved at håndtere regler for henvendelse i psykiatrien i akutte situationer. Dette kan etableres på forskellige måder tilpasset den enkelte region.

I planlægningen af adgangen til den akutte indsats på psykiatriområdet er der en række modstridende hensyn. På den ene side er der hensynet til, at patienterne i øget omfang visiteres til rette modtager fra start, og at de knappe lægelige og personalemæssige ressourcer udnyttes bedst muligt, så det kun er relevante henvendelser med baggrund i fx sværere psykiatriske problemstillinger, som ses akut. Dette taler for forudgående visitation til den akutte psykiatriske modtagelse. På den anden side taler hensynet til psykiatriske patienters særlige karakteristika og behov for let adgang for en åben adgang til den akutte psykiatri. Der vil i mange tilfælde være behov for observation for at kunne vurdere, hvorvidt patientens tilstand er af tungere eller lettere karakter.

Uanset dette bør det altid gælde, at psykisk syge – kendte såvel som ukendte – som henvender sig selv i den akutte psykiatriske modtagelse, modtages, vurderes og evt. diagnosticeres og behandles samt får den relevante rådgivning og bistand/opfølgning.

Hvis der i regionen planlægges med forudgående visitation til den akutte psykiatriske modtagelse, bør visitationen foregå via egen læge/vagtlægeordningen eller via politi og ambulancetjeneste i samarbejde med regionens AMK ligesom inden for somatikken. Visitationen kan forestås af læger og/eller sygeplejersker under lægelig supervision. I særlige tilfælde, hvor visitationen ikke kan ske i en sådan ordning under almen praksis, kan der evt. etableres telefonisk visitation i regi af sygehusvæsenet. Det kan evt. overvejes at etablere visitation i regi af sygehusvæsenet som supplement til gatekeeper-funktionen i almen praksis.

Regionerne bør overveje at etablere en døgnåben telefonisk rådgivning med henblik på at øge kvaliteten af den specialiserede rådgivning. Telefonrådgivningen bør rette sig mod såvel patienter og pårørende som andre samarbejdspartner og kan etableres i regi af den akutte psykiatriske modtagelse, hvor den kan passes af kompetent, erfarent personale under supervision af den vagthavende.

Det bør endvidere overvejes, om politi, ambulancetjeneste og almen praksis bør have et særligt telefonnummer, som de kan anvende i det daglige, når de har brug for umiddelbar kontakt til den vagthavende i den akutte psykiatriske modtagelse.

Skriftlige visitationsretningslinjer bør udarbejdes i et samarbejde mellem almen praksis og de akutte psykiatriske modtagelser. Der bør endvidere sikres konkret samarbejde mellem almen praksis og den akutte psykiatriske modtagelse om fordeling af og samarbejde om specifikt beskrevne patientkategorier. I den forbindelse bør der være mulighed for forudgående kontakt mellem den praktiserende læge/vagtlæge og vagten i den akutte psykiatriske modtagelse før henvisning af en patient, hvis der er tvivl om den rette behandling, eller den indlæggende læge ønsker at drøfte alternativer til akut henvisning – fx et subakut ambulante besøg.

Regionen må desuden sikre, at der er aftalt samarbejde og sammenhæng mellem akutte ambulante tilbud, fx i distriktskykiatrien og i mobilteams, og den akutte psykiatriske modtagelse.

Erfaringerne fra forskellige visitationsordninger med henblik på kvalitet, patientsikkerhed, omkostninger og tilgængelighed bør analyseres nærmere og indgå som grundlag for den fremtidige planlægning.

#### **Anbefalinger:**

1. Regionerne bør sikre, at der er formaliserede akutte psykiatriske tilbud for psykisk syge i alle aldre, dvs. såvel voksenpsykiatriske som børne- og ungdomspsykiatriske patienter. Der skal være let tilgængelighed til døgnåbne akutte psykiatriske tilbud. Uanset, om der planlægges med åbne eller visiterede akutte psykiatriske modtagelser, bør det sikres, at psykisk syge - kendte såvel som ukendte - som henvender sig selv i den akutte psykiatriske modtagelse, modtages og i fornødent omfang diagnosticeres og behandles, samt at der sikres relevant opfølgning.
11. Regionerne bør overveje at etablere en døgnåben telefonisk rådgivning, der retter sig mod såvel patienter som pårørende og andre samarbejdspartner. Akuttelefonen bør etableres i regi af den akutte psykiatriske modtagelse, hvor den kan passes af erfarent personale under supervision af den vagthavende læge. Det bør endvidere overvejes, om politi, ambulancetjeneste og almen praksis bør have et særligt telefonnummer, som de kan anvende i det daglige, når de har brug for umiddelbar kontakt til den vagthavende i den akutte psykiatriske modtagelse.

### 4.3 Akut modtagelse på sygehus og akut ambulans indsats

Regionen bør sikre, at de akutte tilbud er robuste samt fagligt og ressourcemæssigt bæredygtige, så der kan oparbejdes tilstrækkelig erfaring og skabes faglige miljøer med henblik på fortsat faglig udvikling, uanset om tilbuddet er ambulans eller stationært.

Som tidligere beskrevet præsenterer psykiatriske patienter sig meget forskelligt og har meget forskellige behov. Der vil derfor også i fremtiden være behov for, at den akutte psykiatriske indsats nuanceres i forhold til patientens karakteristika og behov, så akutte psykiatriske patienter så vidt muligt kan få en vurdering, diagnostik og behandling af speciallæger og andet specialuddannet personale med kompetence i behandlingen af den konkrete form for psykiatrisk sygdom, og hvor indretningen er målrettet den konkrete patientgruppe. Patienter med selvmordsrisiko udgør som tidligere nævnt en særlig problematik.

Den akutte psykiatri skal kunne tilbyde en bred vifte af forskelligartede tilbud i eget regi eller i aftalt samarbejde, herunder en alsidig indsats omfattende personlig rådgivning og støtte samt eventuel overnatningsmulighed m.m. Her kan et styrket samarbejde med kommuner, herunder socialpsykiatrien, overvejes (se nærmere i afsnit 4.4.3 vedr. kommuner/socialpsykiatri).

Erfaringer fra de forskellige psykiatriske akutte tilbud bør analyseres med henblik på kvalitet, patientsikkerhed, tilgængelighed, økonomi og organisering. Erfaringer og analyser opsamles og bør indgå som grundlag for den fremtidige planlægning.

#### 4.3.1 Akut modtagelse af psykisk syge på sygehus

Al modtagelse af akutte patienter på niveau 1 (akut psykiatrisk indlæggelse med psykiatrisk observation, vurdering og evt. behandling døgnet rundt) og på niveau 2 (akut psykiatrisk observation og vurdering med henblik på rådgivning, aflastning, behandling eller viderevisitation) bør i udgangspunktet ske gennem en akut psykiatrisk modtagelse med henblik på at skabe entydighed i adgangen til den akutte psykiatri.

Planlægningen af den akutte modtagelse bør tage højde for, at ca. 90 % af alle indlæggelser i psykiatrien er akutte (ca. 65 % for børn og unge). I den organisatoriske og fysiske tilrettelæggelse af modtagelsen af akutte psykiatriske patienter bør det sikres, at alle patienter hurtigst muligt vurderes og evt. behandles i modtagelsen eller kommer videre til relevant afdeling.

Regionen bør sikre, at der er tilstrækkelig sengekapacitet til nødvendige indlæggelser i relation til den akutte psykiatriske modtagelse. Det bør endvidere sikres, at der ved akut psykiatrisk vurdering og/eller behandling er fokus på relevant inddragelse af og støtte til den psykisk syges netværk.

Den indledende vurdering af de akutte psykiatriske patienter bør baseres på, at patienter med de mest akutte behov tilses først. Erfarent personale kan med fordel udgøre første led i vurderings- og behandlingsskæden, indsamle oplysninger og foretage prioritering mellem ventende patienter samt løbende holde kontakt til patienten, indtil den lægelige vurdering og efterfølgende behandlingsplanlægning kan finde sted. I mange regioner foregår det allerede sådan i dag.

Patienter, som henvender sig akut, og som i forvejen er i behandling eller er kendt, kan eventuelt modtages direkte på den relevante afdeling/afsnit uden om den akutte psykiatriske modtagelse efter konkrete, lokale aftaler med henblik på at undgå unødige overflytninger. Det bør fremgå af behandlingsplanen, hvad patienter i behandling skal gøre ved akut opstået behov for psykiatrisk bistand. Ligeledes kan det overvejes, hvorvidt veldefinerede patientgrupper med særlige behov som fx retspsykiatriske og gerontopsykiatriske patienter og evt. patienter, der indlægges under tvang, kan modtages akut direkte på den relevante specialafdeling/-afsnit efter konkrete, lokale aftaler.

Modtagelse af voksne med akut psykiatrisk sygdom og børn og unge med akut psykiatrisk sygdom kan evt. foregå i samme akutte psykiatriske modtagelse. I dette tilfælde vil det være hensigtsmæssigt, at der tages særlige hensyn til børn og unge, fx i form af en særskilt indgang og et adskilt venteværelse for børn og unge. Såfremt modtagelsen af børn og unge sker i en akut psykiatrisk modtagelse særligt til børn og unge, vil det generelt være hensigtsmæssigt, at denne er placeret i fysisk nærhed af en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling og evt. også i fysisk nærhed af en voksenpsykiatrisk afdeling.

Indretningen af den akutte psykiatriske modtagelse bør også tage hensyn til patientens værdighed og behov for ro, særligt i tilfælde, hvor patienten skal indlægges under tvang.

I psykiatriplanerne har regionerne sat øget fokus på sammenhænge og samarbejde, herunder særligt i forhold til det somatiske sundhedsvæsen. Der har været fokuseret på den tætte sammenhæng mellem psykiatri og somatik i nogle år, men der er fortsat behov for at styrke indsatsen overfor de mange patienter, som lider af både psykiatrisk og somatisk sygdom, også i relation til den akutte indsats. Regionerne bør sikre klare, skriftlige aftaler for, hvordan den akutte psykiatriske indsats og det akutte beredskab i somatikken koordineres med henblik på at styrke samarbejdet om akutte patienter med såvel somatiske som psykiatriske problemstillinger, fx patienter med komorbiditet af forskellig karakter, delir, afrusningsbehov, demens, spiseforstyrrelser eller afgang af patienter, der har forsøgt selvmord.

Ifølge psykiatriplanerne tænkes modtagelsen af akutte psykiatriske patienter i nogle regioner fysisk sammen med de fælles akutmodtagelser i somatikken. På lang sigt må det anses for ideelt, at den akutte psykiatriske modtagelse også placeres i nær fysisk/geografisk nærhed til den somatiske fælles akutmodtagelse, hvilket bør indgå i fremtidige overvejelser. Det forudsættes, at den akutte psykiatriske modtagelse ligger i tæt tilknytning til en psykiatrisk og/eller børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling, så der er et robust, psykiatrisk bagland. I mange tilfælde vil fysisk/geografisk nærhed mellem psykiatrisk og somatisk akut modtagelse kræve store forandringer, herunder bl.a. nyt byggeri, som ikke umiddelbart er mulige at realisere. Der skal i alle tilfælde sikres gode rammer for et tæt samarbejde, bl.a. ved hjælp af aftaleløsninger.

Etableres den akutte psykiatriske modtagelse fysisk sammen med den somatiske fælles akutmodtagelse må der tages højde for psykiatriske og somatiske patienters forskellige behov, når akutmodtagelserne indrettes og organiseres. Akutte psykiatriske patienter vil oftest have stort behov for ro og overskuelighed, hvilket kan sikres fx gennem særlige vente- og samtalerum for akutte psykiatriske patienter.

### Anbefalinger:

2. Den akutte psykiatriske modtagelse bør placeres i nær fysisk/geografisk tilknytning til de psykiatriske afdelinger. For at sikre robusthed og faglig bæredygtighed bør der ske en samling af psykiatriske skadestuer/psykiatriske akutte modtagelser. På lang sigt må det anses for ideelt, at den akutte psykiatriske modtagelse også placeres i nær fysisk/geografisk nærhed til den somatiske fælles akutmodtagelse, hvilket bør indgå i fremtidige overvejelser. I mange tilfælde vil fysisk/geografisk nærhed mellem psykiatrisk og somatisk akut modtagelse kræve store forandringer, herunder bl.a. nyt byggeri, som ikke umiddelbart er muligt at realisere. Der skal i alle tilfælde sikres gode rammer for et tæt samarbejde, hvor det er relevant, bl.a. ved hjælp af aftaleløsninger.
3. Al modtagelse af akutte patienter på niveau 1 (akut psykiatrisk indlæggelse med psykiatrisk observation, vurdering og evt. behandling døgnet rundt) og på niveau 2 (akut psykiatrisk observation og vurdering med henblik på rådgivning, aflastning, behandling eller viderevisitation) bør som udgangspunkt ske gennem en akut psykiatrisk modtagelse. Akutte patienter, som i forvejen er i behandling eller er kendte, kan modtages direkte på den relevante afdeling uden om den akutte psykiatriske modtagelse efter konkrete, lokale aftaler eller i henhold til behandlingsplanen. Ligeledes kan det overvejes, hvorvidt veldefinerede patientgrupper med særlige behov - som fx retspsykiatriske og gerontopsykiatriske patienter og evt. patienter, der indlægges under tvang - kan modtages akut direkte på den relevante specialafdeling/-afsnit efter konkrete, lokale visitationsretningslinjer og aftaler.
5. Der bør tages særlige hensyn til børn og unge, fx i form af en særskilt indgang og et adskilt venteværelse for børn og unge, såfremt modtagelsen af voksne og børn og unge med akut psykiatrisk sygdom planlægges at foregå i samme akutte psykiatriske modtagelse. Såfremt modtagelsen af børn og unge sker i en særlig akut psykiatrisk modtagelse for børn og unge, bør denne placeres i fysisk/geografisk nærhed af en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling.

### Vagtforhold og personale

Der bør som minimum være mulighed for, at den psykiatriske forvagt i den akutte psykiatriske modtagelse kan få telefonisk kontakt til en speciallæge i psykiatri eller børne- og ungdomspsykiatri - afhængig af modtagelsens målgruppe, jf. i øvrigt Sundhedsstyrelsens specialevejledninger for psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri. Endvidere bør der være mulighed for, at patienterne senest næste dag/næste hverdag kan vurderes af en speciallæge i det relevante speciale med henblik på det videre forløb. Ved betegnelsen speciallæge forstås læge med speciallægeuddannelse eller læge i sidste år af speciallægeuddannelsen. På sigt vil det være et mål, at kravene til vagtforholdene i psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri skal være de samme som kravene i de somatiske specialer.

Der bør være psykiatriske sygeplejersker med særlige kompetencer, fx specialuddannelse, og evt. andet erfarent (evt. specialuddannet) personale tilknyttet døgnnet rundt. Der kan desuden evt. være adgang til socialrådgiverbistand i dagtimerne. Psykologer kan med fordel indgå med bestemte funktioner, fx krisesamtaler, familiesamtaler, rådgivning i forbindelse med affekttilstande samt vejlede personalet i samtaleteknik og konflikthåndtering.

Udredning, observation, behandling og pleje af akut psykisk syge kræver særdeles kompetent personale, som er trænet i at vurdere og varetage psykisk syge i akutte situationer. Personalet skal kunne indgyde tryghed, tillid og ro, ligesom det er vigtigt, at omhu, respekt og værdighed for den enkelte patient er i højsædet. Kompetencen hos personalet skal hvile på de nationale værdier respekt, faglighed og ansvar. Personalet skal være empatisk og skal kunne overskue en kompleks situation, skaffe sig informationer fx fra pårørende samt udtrykke sig klart, tydeligt og entydigt. Endvidere skal personalet kunne mestre konflikthåndtering, voldsforebyggelse og risikovurderinger, ligesom viden om psykopatologi (sygdomsmanifestationer) er vigtig.

Den modtagende læge og det øvrige personale skal have relevant kompetence i vurdering af såvel sygdomsgrad og risiko med henblik på at kunne træffe det fagligt bedst begrundede valg for viderevisitation. Ligeledes bør der sikres viden om forebyggelse af tvang samt regler vedr. tvang, herunder tvangsindlæggelse, og viden om konflikthåndtering og risikovurderinger, herunder vurdering af selvmordsrisiko og farlighed.

Regionen bør sikre, at der i den akutte psykiatriske modtagelse er mulighed for at få akut assistance fra en somatisk akutfunktion eller tilsvarende, og der bør foreligge aftaler herom, herunder evt. vedr. muligheden for udgående somatisk akutfunktion. Der skal også være adgang til relevante diagnostiske undersøgelser og faciliteter. Dette med henblik på at sikre høj kvalitet i behandlingen af patienten, jf. i øvrigt Sundhedsstyrelsens specialevejledninger for psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri.

Sundhedsstyrelsen finder desuden, at der bør sikres mulighed for speciallægelig psykiatrisk akut assistance på de fire traumecentre, så der ved behov herfor er god mulighed for tæt samarbejde om traumepatienter ved behov for psykiatrisk vurdering. Almindelig krisestøtte skal dog kunne ydes af traumecentrets personale.

#### Anbefalinger:

4. Der bør som minimum være mulighed for, at den psykiatriske forvagt i den akutte psykiatriske modtagelse kan få telefonisk kontakt til en speciallæge i psykiatri eller børne- og ungdomspsykiatri - afhængig af modtagelsens målgruppe, jf. i øvrigt Sundhedsstyrelsens specialeudmeldinger for psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri. Endvidere bør der være mulighed for, at patienterne senest næste dag/næste hverdag kan vurderes af en speciallæge i det relevante psykiatriske speciale med henblik på det videre forløb. Det skal være muligt at få akut assistance fra en somatisk akutfunktion eller tilsvarende, og der bør foreligge aftaler herom, herunder evt. vedr. muligheden for udgående somatisk akutfunktion. Der skal også være adgang til relevante diagnostiske undersøgelser og faciliteter.

### **Kvalitet, dokumentation og forskning**

Der kan med fordel etableres et landsdækkende samarbejde mellem de akutte psykiatriske modtagelser og det præhospitale beredskab om kvalitetsudvikling og evaluering, herunder patientsikkerhed. Der vil endvidere være hensigtsmæssigt, at der udarbejdes fælles nationale retningslinjer for den akutte psykiatriske modtagelse.

Til brug for evaluering, kvalitetsudvikling og forskning bør der desuden sikres en ensartet elektronisk registrering af data om aktivitet og kvalitet i en fælles landsdækkende database (Landspatientregistret). Det vil endvidere være hensigtsmæssigt, at de akutte psykiatriske modtagelser indgår i målrettet forskning.

### **Volumen og befolkningsunderlag**

Sundhedsstyrelsen har i rapporten 'Styrket Akutberedskab' fra 2007 for somatikken vurderet, at et befolkningsunderlag på 200.000-400.000 indbyggere er nødvendigt for at sikre et tilstrækkeligt volumen i en fælles somatisk akutmodtagelse. Det er fundet nødvendigt for at opnå tilstrækkelig erfaring hos den enkelte speciallæge og det øvrige personale, hvilket er en forudsætning for at sikre kvalitet i behandlingen.

Ud fra overvejelser om sikring af tilstrækkelig volumen og faglig bæredygtighed bør der også ske en samling af de eksisterende akutte psykiatriske modtagelser/skadestuer. Der findes ikke relevant litteratur eller erfaringer, som kan lægges til grund for en vurdering af befolkningsunderlaget for akutte psykiatriske/børne- og ungdomspsykiatriske modtagelser. Befolkningsunderlaget beror derfor alene på arbejdsgruppens faglige vurderinger og umiddelbare skøn. Erfaringerne fra de akutte psykiatriske modtagelser bør opsamles med henblik på at opnå større viden om det relevante befolkningsunderlag.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at en akut psykiatrisk modtagelse for voksne kan tage udgangspunkt i samme befolkningsunderlag som en fælles akutmodtagelse i somatikken, dvs. 200.000-400.000 indbyggere, evt. lidt lavere af hensyn til nærhedsprincippet, som er væsentligt for psykisk syge.

For så vidt angår en akut psykiatrisk modtagelse for børn og unge anslås befolkningsunderlaget at være 500.000-1.000.000 indbyggere. Det anbefales, at befolkningsunderlaget og de særlige hensyn til akut modtagelse af børn og unge vurderes nærmere. I den forbindelse er det vigtigt, at der er samme aldersafgrænsning mellem psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri på tværs af landet.

I alle regioner er der særligt tyndt befolkede områder med ø- eller ølignende geografi, der kan nødvendiggøre specifikke løsninger som fx præhospitale ordninger og modtagefunktion for akutte patienter på et sygehus tilpasset de lokale forhold. Det er en forudsætning for disse lokale løsninger, at den sundhedsfaglige kvalitet sikres gennem tæt, formaliseret og dokumenteret samarbejde med relevante parter. De lokale løsninger skal beskrives i regionernes psykiatriplaner.

Samlingen af akutte psykiatriske modtagelser/skadestuer skal ske under samtidig hensynstagen til psykisk syges behov for let tilgængelighed ved behov for akut bistand. Fx kan dette ske ved etablering af transportordninger eller ved styrkelse og udbygning af akutte, ambulante, nære tilbud.

#### 4.3.2 Akut/subakut indsats i den ambulante psykiatri

Set i lyset af behovet for øget robusthed, den deraf følgende varierende afstand til de akutte psykiatriske sygehus tilbud og den generelle lægemangel vil der være behov for at styrke og evt. udbygge akutte/subakutte nære, ambulante tilbud, fx i form af akut/subakut distriktspsykiatri, akutteams osv. afhængig af forholdene i regionen.

Det bør derfor sikres, at der i distriktspsykiatrien er mulighed for akut vurdering i hele distriktspsykiatriens åbningstid. De nære tilbud skal sikre, at psykiatriske patienter hurtigt kan blive stabiliseret og få støtte og opbakning i akutte situationer og evt. undgå akut indlæggelse. Akutteams, der sikrer aflastning af patient og familien gennem døgn til uger og støtter patient og familie med råd og vejledning til at mestre situationen i hjemmet samt evt. medicinadministration, kan forebygge indlæggelse og fremme naturlig recovery. Ligeledes kan udrykningstjenester overvejes som en del af den regionale vifte af akutte psykiatriske tilbud, hvis de lokale forhold, herunder befolkningsunderlaget, giver basis herfor.

De ambulante akutte psykiatriske tilbud kan varetage patienter på niveau 3, dvs. patienter med behov for akut psykiatrisk indsats, som kan klares ambulant. De ambulante, akutte tilbud bør i videst mulig udstrækning være målrettet den konkrete målgruppe med henblik på at højne kvaliteten i tilbuddet mest muligt. Graden af udspecialisering må dog nødvendigvis afhænge af, hvorvidt tilbuddene samtidig er tilstrækkeligt bemandede og robuste til at oparbejde erfaring med den enkelte akutte psykiatriske patientgruppe.

Personale, der er ansat til at varetage patienter på niveau 3, skal have kompetence og erfaring i visitation og behandling af patientgrupperne. Det må lokalt sikres, at der er mulighed for, at patienter med akutte psykiske problemstillinger ved behov kan blive set af en læge i psykiatrien. Personalet i det ambulante akutte psykiatriske tilbud bør som minimum have mulighed for at få telefonisk kontakt med en speciallæge i psykiatri eller børne- og ungdomspsykiatri (afhængig af tilbuddets målgruppe) i tilbuddets åbningstid.

I lyset af manglen på læger i psykiatrien anbefales det, at regionen tænker i effektiv udnyttelse af speciallæge- og andre lægerressourcer – evt. ved at speciallægen med telefonvagt dækker på tværs af flere psykiatriske tilbud inden for regionen. Erfarne psykiatriske sygeplejersker med særlige kompetencer, fx specialuddannelse, kan under speciallægefaglig supervision og efter skriftlige retningslinjer foretage vurdering og behandling af bestemte, veldefinerede patientgrupper.

Det er afgørende, at der i regionerne etableres et aftalt, konkret samarbejde mellem den ambulante, akutte psykiatri (fx den akutte distriktspsykiatri og akutteams), de psykiatriske/børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger, de akutte psykiatriske modtagelser og almen praksis om fordeling og samarbejde om specifikt beskrevne patientkategorier, retningslinjer for behandling og eventuelt uddannelse og kompetenceudvikling. Samtidig vil det være afgørende, at de sundhedsfaglige personalegrupper, hvor nødvendigt, visiterer patienter til hinanden. Den akutte indsats bør vurderes og tilrettelægges i lyset af det overordnede krav om sammenhæng i de psykiatriske patientforløb, herunder sikring af, at ansvaret for forløbet overdrages og modtages af de relevante parter.

### Anbefalinger:

6. Akutte/subakutte nære tilbud, for voksne fx i form af distriktpsychiatri og anden ambulant psykiatri, mobilteams osv., bør udbygges og styrkes som følge af den varierende og større afstand til de akutte psykiatriske modtagelser. De akutte/subakutte nære tilbud skal i åbningstiden kunne varetage patienter på niveau 3, dvs. patienter med behov for hurtig ambulant psykiatrisk vurdering og indsats. Der skal sikres mulighed for, at patienter med psykiske problemstillinger kan blive set af en læge fra psykiatrien, samt at personalet i de akutte/subakutte nære tilbud har mulighed for at få telefonisk kontakt til en speciallæge i psykiatri eller børne- og ungdomspsykiatri (afhængig af tilbuddets målgruppe) i tilbuddets åbningstid.

## 4.4 Samarbejde og opgavefordeling

Det er vigtigt, at regionerne sikrer et tæt og smidigt samarbejde mellem psykiatrien og dens samarbejdspartnere, herunder fx almen praksis, det somatiske sygehusvæsen, og kommunerne/socialpsykiatrien. Et velfungerende samarbejde med fokus på at undgå kontaktslip, brud og manglende opfølgning må antages at reducere behovet for akutte psykiatrisk indsats.

### 4.4.1 Samarbejde med almen praksis og speciallægepraksis

På det psykiatriske område spiller den praktiserende læge en vigtig rolle i forebyggelsen af psykisk sygdom. Desuden har den praktiserende læge en vigtig rolle som tidlig opsporer af psykiske sygdomme hos børn, unge og voksne samt i behandlingen af lettere tilfælde af psykiske sygdomme, især ikke-psykotiske lidelser. Dansk Selskab for Almen Medicin anslår, at 10-30 % af henvendelserne i almen praksis indeholder psykiske problemstillinger.

Manglen på speciallæger i psykiatri og i børne- og ungdomspsykiatri forventes ikke bedret inden for de næste 10-15 år, og den praktiserende læges rolle i vurdering og behandling af akutte psykiske problemstillinger vil derfor fortsat være afgørende over de kommende år.

En del akutte opgaver i psykiatrien løses mere lokalt, fx i distriktpsychiatiske tilbud eller via udgående teamstrukturer og i samarbejde med kommunernes tværfaglige tilbud. I den forbindelse vil den praktiserende læge og speciallægepraksis være naturlige samarbejdspartnere og evt. tovholdere for en række af disse patientforløb.

Hvis den praktiserende læge sikres mulighed for rådgivning, bistand m.m., vil denne formentlig kunne varetage undersøgelse og behandling af en større del af de psykiatriske patienter. Det vil i den forbindelse være væsentligt, at der sikres adgang og reel mulighed for, at almen praksis kan få en hurtig vurdering i regi af sygehusvæsenet som et reelt alternativ til akut indlæggelse. En god erfaring i den sammenhæng er tilpassede 'shared care'- og 'step care'-modeller, hvor den praktiserende læge er udgangspunktet for visitering og videre behandling.

For børn og unge vil kommunerne og Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR) have en fortsat stor rolle. Et øget samarbejde med børne- og ungdomspsykiatrien om rådgivning m.v. kan medføre, at flere fejlhenvisninger vil kunne undgås.

Der er behov for, at der lokalt udarbejdes overordnede samarbejdsmodeller mellem psykiatrien, almen praksis og speciallægepraksis med henblik på at sikre viden og kommunikation om arbejdsgange/henvisninger m.v., herunder muligheden for at almen praksis og speciallægepraksis modtager tilbud fra psykiatrien om klinisk supervision, akut rådgivning, konsulentbistand og sagsgennemgang i forhold til udvalgte psykiatriske patientgrupper.

#### **4.4.2 Samarbejde med det somatiske sygehusvæsen**

Den væsentligste snitflade til somatikken i akut sammenhæng er gruppen af akutte patienter med komorbiditet af forskellig karakter, delir, misbrug, afrusningsbehov, demens, spiseforstyrrelser eller afgang af patienter, der har forsøgt selvmord. Behandlingen af disse patientgrupper er organiseret meget forskelligt på tværs af landet – nogle steder i psykiatrien, andre steder i somatikken.

Undersøgelser har desuden vist, at psykiatriske patienters somatiske sundhedstilstand oftest er dårligere end hos den øvrige del af befolkningen. Der er bl.a. en højere forekomst af hjerte-kar-sygdomme, type II-diabetes, leversygdomme og ryge-relaterede sygdomme blandt patienter med psykiatriske sygdomme. Psykisk syge somatiske sygdomme, herunder akutte tilstande, håndteres aktuelt formentlig ikke med samme kvalitet som hos somatiske patienter. Ligeledes kan alvorlig eller længerevarende somatisk sygdom øge risikoen for udvikling af depression eller anden psykisk sygdom. Psykisk syge med somatiske sygdomme skal derfor kunne modtages og rummes i somatisk regi og samtidig få en akut psykiatrisk vurdering, hvis der er brug for det. Der findes gode erfaringer med fx liaison-modeller, hvor der er fokus på forebyggelse, diagnosticering og behandling af psykiske sygdomme hos patienter, der har somatiske sygdomme og tilstande med somatiske symptomer.

Det er væsentligt, at fagpersoner i såvel psykiatrien som i somatikken har en opdateret grundlæggende viden om hinandens specialeområder. Et styrket samarbejde mellem det psykiatriske og somatiske sygehusvæsen er derfor væsentligt. Dette kan sikres på forskellige måder – som tidligere nævnt kan placeringen af de akutte modtagelser for henholdsvis psykiatriske og somatiske patienter overvejes bl.a. med henblik på at styrke indsatsen over for patienter med såvel somatiske som psykiatriske problemstillinger.

Regionalt bør der sikres aftalte retningslinjer for samarbejdet mellem somatikken og psykiatrien – ikke kun om akutte patientforløb og tilsyn, men også om videndeling, kvalitetsudvikling, forskning og uddannelse. Særligt er der behov for klare aftaler for akut vurdering og behandling af patienter med misbrug og med afrusnings-/afgiftningsbehov på tværs af psykiatri og somatik.

#### **4.4.3 Samarbejde med kommuner/socialpsykiatri**

Socialpsykiatrien fungerer både som modtager og afgiver i forhold til den regionale psykiatri, også før og efter akutte forløb. Mange psykisk syge har løbende behov for medicinsk behandling og kontrol samtidig med en indsats i kommunalt regi. I nogle tilfælde skyldes akutte indlæggelser, genindlæggelser m.v., at der ikke er etableret den fornødne opfølgning i kommunalt regi, eller at der ikke foreligger relevante sociale og pædagogiske tilbud, herunder et akut tilbud af social karakter. Når psykisk syge efter endt udredning og behandling er klar til udskrivning fra

psykiatrien, er det ofte socialpsykiatrien, der tager over i det omfang, den enkelte har brug for hjælp, støtte og omsorg ud over den medicinske behandling.

Det fremgår af psykiatriloven, at overlægen har ansvaret for, at der for patienter, som efter udskrivning må antages ikke selv at ville søge den behandling eller de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred, indgås en udskrivningsaftale mellem patienten og den psykiatriske afdeling samt de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.

Hvis en patient ikke vil medvirke til indgåelse af en udskrivningsaftale, har overlægen ansvaret for, at den psykiatriske afdeling i samarbejde med de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. udarbejder en koordinationsplan for de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten. De indholdsmæssige krav er de samme som i en udskrivningsaftale.

Regioner og kommuner har jf. Sundhedsloven pligt til at indgå aftaler om varetagelsen af opgaver på sundhedsområdet, såkaldte sundhedsaftaler. Sundhedsaftalerne skal bidrage til at sikre kvalitet og sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykisk sygdom, der både har behov for et regionalt sundhedsvæsens tilbud og kommunale tilbud. På grund af akut psykisk syges vidt forskellige behov er væsentligt at tage afsæt i, at den enkelte person, afhængig af sygdommens karakter og konsekvenser, i varierende grad og udstrækning har behov for en specifik sundhedsmæssig og social indsats samt en bred vifte af andre kommunale tilbud. Arbejdsdelingen mellem den enkelte kommune og region vedr. indsatsen over for psykisk syge skal fremgå af sundhedsaftalerne. Det skal desuden fremgå, hvordan den socialfaglige og den sundhedsfaglige indsats koordineres, hvordan den relevante information udveksles mellem alle parter, samt hvordan det sikres, at der ved udskrivning foretages en tværfaglig og tværsektoriel vurdering af det samlede behov for yderligere indsats.

Psykisk syge kan få det meget dårligt i perioder og have behov for megen menneskelig kontakt, støtte og omsorg. Disse perioder falder ikke nødvendigvis sammen med de normale åbningstider i de kommunale ordninger, herunder socialpsykiatrien. Såfremt psykisk syge får det dårligt om natten, i weekenden eller på helligdage, og ikke bor i botilbud med døgnbemanding, er der ofte ikke andre muligheder end at henvende sig på psykiatrisk skadestue/modtagelse. I de situationer, hvor der reelt set ikke er behov for en psykiatrisk indsats, er der ofte ikke et relevant socialt tilbud, den psykisk syge kan benytte i stedet for.

Satspuljepartierne har derfor i forbindelse med satspuljeforhandlingerne for 2008 bevilget 133,6 mio. kr. i perioden 2008-2011 til målrettede forsøg med akutte sociale tilbud til sindslidende. Et akut socialt tilbud er her defineret som et let tilgængeligt tilbud om støtte, rådgivning og omsorg uden for normal åbningstid uden forudgående visitation.

Eksempler på akutte sociale tilbud er:

- Akut overnatningsmulighed med tilknyttet rådgivningsfunktion
- Udgående sociale teams
- Telefonrådgivning

De akutte sociale tilbud, som oprettes som led i forsøget, skal indgå i et samspil med den regionale psykiatri. Der er i regi af fx sundhedsaftaler også behov for øget samspil med akutte sociale tilbud som et supplement til den akutte indsats i psykiatrien. De akutte sociale tilbud er for psykisk syge, som ikke har behov for akut psykiatrisk vurdering i den regionale psykiatri.

#### Anbefalinger:

9. Samarbejdet med og sammenhængen til almen praksis, kommuner, herunder socialpsykiatri, det somatiske sygehusvæsen og andre samarbejdspartnere bør styrkes, udbygges og formaliseres via klare aftaler med henblik på at sikre relevant akut indsats og sammenhængende patientforløb. Samarbejdet mellem regioner og kommuner bør aftales via sundhedsaftaler og kan med fordel involvere almen praksis.

#### 4.5 Kapacitets- og ressourcemæssige overvejelser

En væsentlig udfordring i de kommende år for psykiatrien er den udbredte mangel på velkvalificeret personale, herunder speciallæger i både psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri. Antallet af speciallæger i psykiatrien forventes fortsat at være faldende. Samtidig er ventelister og -tider inden for i hvert fald børne- og ungdomspsykiatrien lange, og flere børne- og ungdomspsykiatriske patienter varetages som tidligere nævnt i andre specialer (intern medicin og pædiatri). Hertil kommer, at der fra august 2008/januar 2009 er indført en undersøgelses- og behandlingsret i børne- og ungdomspsykiatrien, og fra 2010 indføres en lignende ret i psykiatrien.

Disse samlede forhold peger i retning af, at det vil være nødvendigt at overveje, hvordan de knappe personalemæssige ressourcer kan udnyttes bedst muligt. Dette bør også indgå i overvejelserne om den akutte psykiatriske indsats.

Arbejdsformen i psykiatrien er traditionelt tvær- og flerfaglig. Det er således vigtigt for løsningen af opgaverne på et højt kvalitetsniveau, at en bredt sammensat personalestab bidrager til den samlede opgaveløsning med hver deres specifikke kompetencer.

Under forudsætning af, at der altid sikres en højt kvalificeret lægefaglig vurdering af patientens tilstand, kan det fx ske ved delegering af arbejdsopgaver til andre læger og faggrupper – bl.a. yngre læger, sygeplejersker og psykologer med specialuddannelse – evt. under speciallægelig supervision.

Konkret kan specialuddannede sygeplejersker i højere grad inddrages i det faglige arbejde, herunder visitation, indledende vurdering og lettere behandling m.m. Det forudsættes dog, at dette sker under supervision af en speciallæge i psykiatri/børne- og ungdomspsykiatri.

Tilsvarende kan psykologer, herunder psykologer med specialuddannelse, evt. varetage en række opgaver, der kan supplere den speciallægefaglige arbejdskraft, der er til rådighed. Antallet af psykologer i psykiatrien er i de senere år steget betyde-

ligt fra 122 i 2003 til 185 i 2006. Antallet er dog noget varierende fra region til region. Ligeledes kan erfarne social- og sundhedsassistenter, plejere og hjælpere i højere grad inddrages i opgaveløsningen på plejeområdet.

Endelig kan det overvejes, hvordan supportfunktioner i form af sekretærer m.m. kan styrkes yderligere. Ligeledes kan der tænkes i nye teknologiske muligheder, fx i form af videokonferencer m.m.

## 5. Implementering og planlægning

Regionerne har allerede med de foreliggende psykiatriplaner taget skridt mod en forbedret psykiatrisk indsats, herunder også på det akutte område. Den akutte psykiatriske indsats kan tilrettelægges forskelligt afhængig af lokale og geografiske forhold. Nogle af rapportens anbefalinger kan medføre behov for tilpasning af fysiske rammer, uddannelse, rekruttering samt udarbejdelse af tekniske løsninger til elektronisk registrering og telemedicin. Ligeledes kan den generelle speciallægemangel få betydning for implementering af anbefalingerne, idet det i nogle regioner kan være vanskeligt at rekruttere og fastholde speciallæger. Det samme gør sig gældende for alment praktiserende læger.

Implementering af anbefalingerne for den fremtidige akutte psykiatriske indsats vil derfor ske ved trinvisse løsninger over en tidsperiode på 5-10 år afhængigt af regionens lokale forhold og planlægning. Sundhedsstyrelsen forventer imidlertid, at regionerne allerede fra 2009 indtænker rapportens mål og anbefalinger i deres psykiatri- og sundhedsplanlægning.

Ved ændringer og omstruktureringer er det vigtigt, at befolkningen er bekendt med placeringen, indholdet og karakteren af psykiatriens tilbud ved akut sygdom. Det er ligeledes nødvendigt, at der skabes grundlag for en fælles erfaringsopsamling, så kvaliteten i den præhospital indsats og den akutte psykiatriske behandling ambulantly såvel som i den akutte psykiatriske modtagelse sikres bedst mulig. Derfor bør erfaringer med aktivitet, kvalitet, patientsikkerhed, omkostninger, tilgængelighed mv. samles systematisk og indgå som grundlag for den fremtidige planlægning og til forskning. Registrering bør ske til en/flere fælles nationale databaser, herunder Landspatientregistret.

### Anbefalinger:

12. Implementering af anbefalinger for den fremtidige akutte psykiatriske indsats sker ved trinvisse løsninger over en tidsperiode på 5-10 år afhængigt af regionens lokale forhold og planlægning. Sundhedsstyrelsen forventer imidlertid, at regionerne allerede fra 2009 indtænker rapportens mål og anbefalinger i deres psykiatri- og sundhedsplanlægning.

# Bilag A. Det somatiske akutberedskab

## De overordnede anbefalinger

Sundhedsstyrelsens rapport 'Styrket Akutberedskab' fra 2007 beskriver et nyt grundlag og en markant sigtelinje for den regionale sundhedsplanlægning. Den fremsætter anbefalinger og krav til organisering, vagtforhold m.m. for det akutte beredskab, herunder vedr. den præhospitale indsats, fælles akutmodtagelser på sygehuse og traumecentre. Rapporten beskriver alene modtagelsen af akutte somatiske patienter.

Grundtanken i 'akutrapportens' anbefalinger er at sikre alle akutte patienter undersøgelse og behandling på højt fagligt niveau uanset tid og sted. Rapporten anbefaler derfor en samling af de somatiske *akutmodtagelser* med tilstedeværelsen af flere lægelige specialer med henblik på at sikre, at den somatiske akutte patient mødes af en bred vifte af specialer og modtager den rette behandling. Et grundelement i 'akutrapporten' er – som i specialeplanlægningen i øvrigt – at 'øvelse gør mester', idet den enkelte læge opnår større erfaring og kompetence ved at se flere patienter, hvilket ligeledes taler for en samling af akutmodtagelser. Sundhedsstyrelsens 'akutrapport' anbefaler derfor både en samling af akutmodtagelser på færre sygehuse, men også en samling af de akutte modtagelser ét sted på sygehuset i en fælles akutmodtagelse.

Rapporten beskriver, at en samling for nogle patienter vil medføre længere afstand til en akutmodtagelse. Derfor forudsættes der samtidig en styrket *præhospital indsats*, så patienter tilbydes hurtig og effektiv transportmulighed samt tidlig livreddende og specialiseret behandling på skadestedet/i hjemmet. Derudover fremgår det af rapporten, at en samling af akutmodtagelser stiller øgede krav til præcis visitation allerede ved patientens første kontakt til sundhedsvæsenet.

Anbefalingerne i 'akutrapporten' har medført og forventer fortsat at medføre omfattende og markante ændringer i de regionale sygehus- og sundhedsvæsenet. Derfor beskrives det i rapporten, at implementeringen må ske ved trinvis løsning over en tidsperiode på 5-10 år. Dog fremgår det videre af rapporten, at regionerne allerede fra 2007 skulle indtænke rapportens mål, krav og anbefalinger i deres sygehus- og sundhedsplanlægning og agere derefter.

Nedenfor gives en kort beskrivelse af rapportens anbefalinger for hhv. det præhospitale beredskab og den akutte modtagelse på sygehuse.

## Den præhospitale indsats

Sundhedsstyrelsen anbefaler i rapporten en generel styrkelse af den præhospitale indsats, herunder særligt den landbaserede indsats i form af ambulancer, lægebiler og akutbiler. Det diskuteres derudover i rapporten, hvorvidt der skal etableres en lægehelikopterordning i Danmark som supplement til de øvrige præhospitale indsatsordninger. Ordningen bør i givet fald varetages i et tværregionalt landsdækkende samarbejde.

For en generel styrkelse af det præhospitale beredskab og akutmodtagelserne anbefales det endvidere i rapporten, at alt personale involveret i den præhospitale indsats har modtaget målrettet undervisning, og at der stilles formelle uddannelseskrav til læger, sygeplejersker og ambulancebehandlere. Derudover anbefales det, at der udarbejdes én fælles landsdækkende disponeringsvejledning for den præhospitale

indsats, udbygning af telemedicinske muligheder og elektronisk registrering af præhospitale data.

Det anbefales endvidere, at der – hvor særlige behov som store afstande gør sig gældende – kan oprettes nære tilbud i form af fx skadeklinikker betjent af læger eller sygeplejersker, hvor patienter med mindre og ukomplicerede skader kan behandles. Disse nære tilbud bør ligeledes etableres i regi af almen praksis eller sygehusvæsenet.

### **Modtagelse af akutte patienter på sygehusniveau**

Sundhedsstyrelsen anbefaler i rapporten, at al modtagelse af akutte patienter sker gennem fælles akutmodtagelser på hovedfunktionsniveau og via traumecentre på højt specialiseret niveau.

#### *Fælles akutmodtagelser*

Ved fælles akutmodtagelse forstås en fælles fysisk lokalitet på et sygehus beliggende på én matrikel, hvortil akut syge eller tilskadekomne patienter kan visiteres eller indbringes, og hvor der er mulighed for diagnostik og behandling med akut lægelig bistand fra flere specialer, uanset om behandlingen kan ske i en skadestue eller kræver indlæggelse.

Det fremgår af rapporten, at al henvendelse til den fælles somatiske akutmodtagelse på sygehus bør være visiteret for at sikre, at patienten tilbydes den rette behandling på det rette niveau med laveste, effektive omkostningsniveau. Borgere kan i overensstemmelse med fælles beskrevne visitationsretningslinjer visiteres via ordninger i almen praksis eller sygehusvæsenet, hvor visitationen kan forestås af læger og/eller sygeplejersker under lægelig supervision, eller via 112-opkald til alarmcentralen.

I de fælles somatiske akutmodtagelser bør specialerne intern medicin, ortopædkirurgi, kirurgi, anæstesiologi, diagnostisk radiologi og klinisk biokemi være repræsenteret på sygehusmatriklen. Desuden bør der på sygehusmatriklen være adgang til konventionel røntgenundersøgelse, CT-scanning, ultralydsundersøgelse (herunder ekkokardiografi) og laboratorieanalyser.

I rapporten anbefaler Sundhedsstyrelsen et befolkningsunderlag for de fælles somatiske akutmodtagelser på 200.000-400.000 indbyggere. I særligt tæt befolkede områder kan befolkningsunderlaget være større, mens særligt tyndt befolkede områder med ø- eller ø-lignende geografi kan nødvendiggøre specifikke løsninger som fx særlige præhospitale ordninger og modtagefunktion for akutte patienter på et sygehus tilpasset de lokale forhold.

#### *Traumecentre*

Traumecentre modtager svært kritisk syge/tilskadekomne patienter og skal derfor have repræsentation af en lang række specialer på højt specialiseret niveau, ligesom der skal være adgang til mange diagnostiske faciliteter og akutte operationsfaciliteter. Rapporten fremsætter anbefaling om, at de fire eksisterende traumecentre beholdes, men at der sikres et tæt formaliseret samarbejde mellem disse, herunder fastlæggelse af arbejdsdeling.

# Bilag B. Regionernes tilrettelæggelse af den akutte indsats i psykiatrien

## Region Nordjylland

### Den nuværende akutte indsats

I Region Nordjylland er der én psykiatrisk skadestue, som dækker hele Region Nordjylland. Regionens eneste psykiatriske skadestue/modtagelse er beliggende på Aalborg Psykiatriske Sygehus. Der foregår dog også akutte indlæggelser i Brønderslev og i Thisted. Psykiatrisk skadestue er tilgængelig døgnet rundt alle dage. Der er 6 senge i modtagelsen, som er direkte tilknyttet den psykiatriske skadestue. Skadestuen betjenes af forvagt og bagvagt fra almen voksenpsykiatrien (Afdeling Syd).

Pr. 1. august 2008 er den psykiatrisk skadestue/modtagelse udvidet til også at omfatte børne- og ungdomspsykiatrien. Skadestuen er samtidig gjort visiteret, idet henvendelse i skadestuen kræver forudgående henvisning fra egne læge/vagtlægen. En undtagelse fra visitationskravet er dog kendte patienter, dvs. borgere, som inden for det seneste år har været i kontakt med psykiatrien. Disse kan henvende sig til skadestuen uden forudgående visitation.

Der er tilknyttet en telefonrådgivning til psykiatriens skadestue/modtagelse. Telefonrådgivningen er døgnåben og er åben for rådgivning til sindslidende, pårørende, samarbejdspartner m.fl. Rådgivningen kan gives anonymt.

I den ambulante psykiatri findes der ikke formaliserede akuttillbud ud over den psykiatriske skadestue. Der kan dog være patienter, som får akutte og sub-akutte tider i distriktspsykiatrien eller den ambulante psykiatri i øvrigt. Der findes et mobilteam i Thisted og et akut og intensivt team i Aalborg, som varetager intensivt ambulant behandling i en afgrænset periode.

### Planlægning af den fremtidige psykiatri

I Region Nordjylland planlægges den psykiatriske og somatiske akutte modtagelse af patienter fremover samlet i en fælles akutmodtagelse i Aalborg. Udover den fælles akutmodtagelse vil der være mulighed for at modtage og indlægge akutte patienter med psykiatriske lidelser på i afdeling Nord i Brønderslev og i begrænset omfang i døgnhuset i Thy/Mors.

På samme måde som i somatikken planlægges der forudgående visitation til den fælles akutmodtagelse også for psykiatriske patienter. Visitationen kan ske gennem egen læge eller vagtlæge. Patienter, der allerede er i behandling i psykiatrien, har dog ret til at kontakte den psykiatriske skadestue/modtagelse uden at gå igennem den praktiserende læge/vagtlægeordningen. Det samme gælder for patienter, der er udskrevet fra et behandlingspsykiatrisk tilbud i Region Nordjylland inden for det seneste år.

Den fælles akutmodtagelse forventes ifølge Region Nordjyllands psykiatriplan at kunne løse en bredere række opgaver end de tidligere skadestuer. Bl.a. vil der fremover også være afrusningsenge i den fælles akutmodtagelse i et samarbejde

mellem psykiatrisk akutmodtageafdeling og medicinsk akutmodtageafdeling. Kapaciteten for psykiatriske patienter i den fælles akutmodtagelse normeres til seks intensive senge.

Desuden planlægges der i Region Nordjylland et formaliseret akut tilbud til børn og unge, idet den fælles akutmodtagelse modtager såvel børn og unge som voksne hele døgnet.

## Region Midtjylland

### Den nuværende akutte indsats

Akutfunktionen er forskellig i regionen, da der var forskellige løsninger i de tidligere amter. Der er i dag ikke-visiterede psykiatriske skadestuer i Risskov og Horsens samt visiterede modtagelser i Herning, Holstebro, Randers, Silkeborg og Viborg.

Skadestuen i Risskov har 10 observationsbrikse, der i 2007 modtog ca. 1974 patienter, der havde 2376 sengedage. Sengene kan ikke anvendes til patienter indlagt under tvang eller patienter med behov for intensiv observation, men kan kun benyttes til abstinensbehandling, aflastning og afklaring af behovet for behandlingstilbud. Patienten kan observeres i op til 72 timer. Herefter indlægges ca. 350 patienter i psykiatrisk regi – den øvrige del af patienterne viderevisiteres til andet behandlingstilbud.

I skadestuen i Risskov findes desuden en døgnåben rådgivningstelefon bemandet med sygeplejerspersonale med lægeligt back-up. Der modtages ca. 30.000 opkald årligt. Skadestuen varetager i aften- og nattetimerne samt i weekenderne telefonservicen for Center for Selvmordsforebyggelse og lokalpsykiatriens udrykningstjeneste. Sidstnævnte kan uden for lokalpsykiatriens åbningstid akut sende psykiatrilignende medarbejdere knyttet til udrykningstjenesten fra Århus Kommune og Region Midtjylland (dvs. bl.a. sygeplejersker og socialrådgivere) ud til patienter i eget hjem i Århus Kommune. Skadestuen, herunder også den lægelige vagt, fungerer endvidere som back-up for udrykningstjenesten i aften- og nattetimerne.

I Århus er der tilknyttet subakutte mobilteams til alle fire lokalpsykiatricentre. Det er ligeledes muligt at modtage subakutte psykiatriske patienter i distriktspsykiatrien i Randers og Silkeborg.

Desuden er der subakutte mobilteams i regionen beliggende i Randers, Silkeborg, Horsens, Skive, Viborg og Herning, som alle kører hverdage i dagtid.

### Planlægning af den fremtidige psykiatri

I Region Midtjylland modtages der ifølge psykiatriplanen fremover akutte psykiatriske patienter i Herning, Horsens, Holstebro, Randers, Viborg og Århus. Der etableres en ny fælles somatisk og psykiatrisk akutmodtagelse i Århus i tilknytning til Det Nye Universitetshospital i Skejby. Når et nyt sygehus står færdigt i Vestjylland, samles funktionerne fra Herning og Holstebro her. Den psykiatriske og somatiske akutte modtagelse af patienter planlægges samlet i en fælles akutmodtagelse, og regionen planlægger endvidere, at der skal være fysisk nærhed til specialfunktionerne på de somatiske sygehuse.

På samme måde som i somatikken planlægges der forudgående visitation til den fælles akutmodtagelse også for psykiatriske patienter. Visitationen kan ske gennem

egen læge eller vagtlæge. Dette betyder, at henvisning af akutte patienter i dagtiden sker gennem den praktiserende læge – alternativt gennem Region Midtjyllands skadevisitation. Udenfor normal dagarbejdstid henvises akutte patienter gennem den fælles lægevagt og sygeplejerskebetjente skadevisitation. I Horsens og Risskov ændres den åbne skadestuefunktion til en visiteret modtagelse. Det fremgår dog, at regionen vil sikre, at patienter i behandling eller andre patienter med særligt behov, dvs. selekterede patienter, efter aftale kan modtages akut uden forudgående visitation. Der etableres endvidere en regionsdækkende og døgnåben telefonisk linje til psykiatrien.

I forbindelse med afviklingen af den psykiatrisk sengeafdeling i Silkeborg etableres i samarbejde med Silkeborg Kommune et nyt psykiatrihus i Silkeborg med både kommunale og regionale døgnpladser og et udgående døgnbemandet mobilteam til styrkelse af den subakutte indsats.

Det fremgår af psykiatriplanen, at regionen sammen med kommunerne vil undersøge behov og muligheder for sociale akuttilbud uden for almindelig dagtid.

Børn og unge med behov for akut indlæggelse modtages på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center i Risskov gennem en fælles modtagefunktion med voksenpsykiatrien. Der planlægges således ikke med selvstændig børne- og ungdomspsykiatrisk vagt i den akutte modtagelse, men forholdet drøftes for tiden i regionen.

## Region Syddanmark

### Den nuværende akutte indsats

I Region Syddanmark findes der akutmodtagelse/skadestuefunktion i Odense, Esbjerg og Kolding. Alle skadestuer ligger i tilknytning til en psykiatrisk afdeling og er i princippet ikke visiterede, men patienterne opfordres til at ringe eller kontakte egen læge, før de møder op i skadestuen. Skadestuen i Odense modtager patienter over 18 år, mens yngre patienter henvises til børne- og ungdomspsykiatrien via vagtlægen. Skadestuen i Esbjerg har 7 sengepladser, der udelukkende bruges til observation og behandling, herunder alkoholafrusning og abstinensbehandling. Der modtages patienter fra 21 år og opefter, mens yngre patienter henvises til børne- og ungdomspsykiatrien, som ikke har skadestuefunktion. I sværere tilfælde kan der aftales konsultation for patienter under 21 år. På skadestuen i Kolding kan en overlæge fra børne- og ungdomspsykiatrien kontaktes døgnet rundt og visiterer pr. telefon til akuttilbud. Overlægen kan evt. fremmøde, såfremt den fælles vagt med voksenpsykiatrien, der sædvanligvis forestår vurdering og akut indlæggelse, har behov herfor.

For så vidt angår akutte tilbud i psykiatrien uden for sygehuset findes der i Esbjerg et mobilteam med udgangspunkt i skadestuen i Esbjerg. Målgruppen er personer over 21 år med alvorlige psykiske sygdomme, som ikke er i behandling i voksenpsykiatrien, og hvor behandling i hjemmet kan træde i stedet for indlæggelse. Det drejer sig hovedsagligt om patienter med depression eller angst.

I Odense, Middelfart og Svendborg findes akutteams, hvor patienten i dagtid på hverdage selv kan henvende sig og få en akut psykiatrisk vurdering og behandling for pludselig opstået psykiatrisk sygdom som fx akut psykose, depression og angsttilstande. Patienten kan være tilknyttet akutteamet i op til 3 mdr. Ud over patienterne selv kan praktiserende læge, vagtlæge, hjemmepleje og psykiatrisk afdeling henvise til teamet.

I Sønderjylland kan patienter henvises til akut ambulat vurdering i distriktspsykiatrien inden for 48 timer af vagtlæge eller praktiserende læge med henblik på at undgå unødige indlæggelse eller ventetid. I børne- og ungdomspsykiatrien kan patienter få en tid til hjemmebesøg af det børne- og ungdomspsykiatriske kriseteam første hverdagsmorgen efter akut henvendelse.

I Lillebæltsområdet er der et mobilt team, som fungerer som 'shared care', hvor patienter besøges og følges af plejepersonale fra den psykiatriske afdeling, men hvor behandlingsansvaret og dermed psykofarmakologisk behandling forestås af den praktiserende læge.

Flere steder i Region Syddanmark (bl.a. Tønder, Haderslev, Augustenborg og Esbjerg) er der opsøgende psykoseteams, som også kan foretage opsøgende arbejde - sædvanligvis dog først efter henvisning.

### **Planlægning af den fremtidige psykiatri**

I Region Syddanmark lægges der vægt på let tilgængelighed, idet alle psykiatriske patienter sikres adgang til et døgnåbent, ikke visiteret akuttilbud med et kvalificeret beredskab til at løfte de diagnostiske opgaver, som dækker patientens behov for umiddelbar assistance. Desuden planlægges behovet for akut indsats uden for dagtid minimeret ved udbyggede og intensive lokalpsykiatriske tilbud i dagtimerne.

De døgnåbne, ikke visiterede skadestuer i Odense og Esbjerg opretholdes pga. geografi og befolkningsunderlag. I mere tyndtbefolkede områder etableres ikke visiterede skadestuefunktioner med organisatorisk base i lokalpsykiatrien, men på sigt med fysisk placering i tilknytning til fremtidige døgnfunktioner i Aabenraa og Vejle.

Herudover arbejdes med telefonisk hotline og overnatningsmuligheder i socialpsykiatrien.

Det fremgår endvidere af psykiatriplanen, at der planlægges formaliserede akuttilbud til psykisk syge i alle aldre, herunder også børne- og ungdomspsykiatriske patienter, som ikke hidtil har været omfattet af de formaliserede akutte tilbud.

## **Region Sjælland**

### **Den nuværende akutte indsats**

I Region Sjælland har man organiseret sig med en døgnåben ikke visiterede psykiatriske skadestue i forbindelse med de to store psykiatriske sygehuse (Psykiatrien i Roskilde og Oringe i Vordingborg). Skadestuerne er bemandede med den lægelige forvagt fra sygehuset med støtte fra den lægelige bagvagt. I Roskilde fungerer skadestuen også som akut modtageafdeling i samarbejde med en tilknyttet skærmet enhed, også for tvangsindlæggelser. I Vordingborg fungerer skadestuen også som akut modtageafdeling, men ikke for tvangsindlæggelser, der går direkte på stamsegeafdeling i Vordingborg.

For så vidt angår akutte psykiatriske tilbud uden for sygehuset er der på regionens distriktspsykiatriske centre i vekslende omfang akut betjening, primært af kendte patienter. Der er specielt for patienter med debuterende psykoser oprettet OPUS-teams tilknyttet distriktspsykiatrien. Medarbejderne i OPUS-teamet bedriver i dag-

tid opsøgende virksomhed - også i akutte tilfælde. Der er desuden et tilknyttet kompetencecenter.

I den vestlige del af regionen betjent af psykiatrien i Holbæk er der en åben psykiatrisk telefonrådgivning til kl. 23 udført af sygeplejersker. Der er mulighed for akut lægelig vurdering ved forvagt i Nykøbing Sjælland, Holbæk, Slagelse og Dianalund.

### **Planlægning af den fremtidige psykiatri**

I Region Sjælland placeres der på sigt skadestuer på de tre sygehusgeografier med sengeafsnit – dvs. i Roskilde, Slagelse og Vordingborg. Det fremgår af psykiatriplanen, at princippet for tilrettelæggelsen af den akutte indsats i regionen er, at patienten nemt og hurtigt skal kunne modtage et akut tilbud, også selvom der geografisk er lang afstand til det akutte tilbud. Skadestuerne skal være åbne for direkte henvendelse hele døgnet. De akutte tilbud planlægges placeret i nær tilknytning til sengeafsnittene, så der nemt kan foretages en eventuel efterfølgende indlæggelse. På kort sigt bevares de eksisterende akutte tilbud.

Psykiatriplanen beskriver, at skadestuerne skal have flere funktioner, fx skal de kunne tilbyde personlig rådgivning, modtagefunktion, telefonrådgivning, overnatningsmulighed, koordination af hjertestop- og katastrofeområdet og ekspertise på børne- og ungdomspsykiatriområdet.

Endvidere planlægges der med formaliseret akut vurdering i børne- og ungdomspsykiatrien med børne- og ungdomspsykiatrisk rådighedsvagt.

Der tilbydes en effektiv kørselsordning for mennesker med psykiske lidelser, der ønsker at henvende sig til skadestuen. Som supplement til skadestuenes ydelser arbejdes der med mulighed for overnatning og rådgivning i socialpsykiatrien.

Der arbejdes endvidere hen imod ikke visiteret adgang til alle regionens distriktspsykiatriske centre i åbningstiden.

## **Region Hovedstaden**

### **Den nuværende akutte indsats**

I Region Hovedstaden findes der ni psykiatriske skadestuer, som er kernen i den psykiatriske akutindsats. Samtlige skadestuer i regionen er åbne skadestuer. Patienter kan altså selv henvende sig i skadestuen, eller de kan blive henvist fra andet regi. Skadestuerne i Ballerup, Glostrup, Hillerød, Hvidovre og på Bispebjerg er døgnåbne, mens skadestuerne på Amager, Frederiksberg, Rigshospitalet og i Gentofte er åbne mellem kl. 8 og kl. 22.

De psykiatriske skadestuer har en central funktion, eftersom de er den mest almindelige indgang til psykiatrien. Af de indlæggelser, der sker på de psykiatriske centre, sker størstedelen således efter ophold i skadestuen. Udover behandling af borgere, som henvender sig i skadestuen, yder skadestuerne telefonrådgivning af patienter, pårørende og samarbejdspartnere, eksempelvis politiet.

Der er aktuelt ingen separat børne- og ungdomspsykiatrisk skadestue i regionen. Den akutte funktion over for børn og unge varetages i stedet i et samarbejde mellem de børne- og ungdomspsykiatriske centre og de tre voksenpsykiatriske skadestuer, som er fysisk placeret ved siden af de børne- og ungdomspsykiatriske centre.

I tillæg til den akutte indsats i de psykiatriske skadestuer er der på regionens distriktspsykiatriske centre i vekslende omfang akut betjening, primært af kendte patienter. Hertil kommer, at der er en psykiatrisk udrykningstjeneste, som retter sig mod borgere i det tidligere Københavns Amt og H:S. Den psykiatriske udrykningstjeneste er et supplement til de psykiatriske skadestuer, når disse ikke kan benyttes på grund af patientens tilstand. Den psykiatriske udrykningstjeneste kan på hverdage kontaktes i aften- og nattetimerne, mens den i weekender og helligdage kan kontaktes hele døgnet.

Endelig er der et akutteam i regionen, som er et tilbud til psykisk syge borgere i det tidligere Frederiksborg Amt med akutte problemer i aften- og nattetimerne. Teamet tilbyder akut hjælp og kan formidle bistand til psykisk syge og deres pårørende alle ugens dage.

### **Planlægning af den fremtidige psykiatri**

I Region Hovedstaden er den fremtidige akutte indsats for så vidt angår voksenpsykiatrien endnu ikke planlagt. Det fremgår af psykiatriplanen, at den akutte indsats skal vurderes med henblik på en mulig omorganisering, såfremt der hermed kan opnås en mere rationel arbejdstilrettelæggelse. Organiseringen af akutbetjeningen er relevant set i lyset af speciallægemanglen samt i takt med udbygningen af distriktspsykiatrien og den opsøgende indsats.

Der er i forlængelse af bestemmelserne i psykiatriplanen nedsat en arbejdsgruppe, som i løbet af efteråret 2008 vil fremlægge anbefalinger til den fremtidige voksenpsykiatriske akutindsats i regionen. Allerede fra den 1. oktober 2008 omlægges den akutte indsats dog således, at fire af regionens skadestuer lukkes i nattetimerne, mens de fem øvrige skadestuer fortsat er døgnåbne.

For så vidt angår børne- og ungdomspsykiatrien skal der ifølge psykiatriplanen etableres en fælles akutmodtagelse i Glostrup, som skal dække hele regionens op-tageområde. Akutte børne- og ungdomspsykiatriske patienter samles således ét sted på tværs af de tre børne- og ungdomspsykiatriske centre i regionen. Akutmodtagelsen skal ifølge planen have speciallægedækning på døgnbasis, og akutte psykiatriske patienter skal kunne visiteres eller indbringes og have mulighed for diagnostik og behandling døgnet rundt. Det fremgår videre, at den fælles akutmodtagelse skal have et passende volumen (6 senge) og være placeret tæt på et intensivt lukket afsnit for udadreagerende unge. Etableringen af en fælles akutmodtagelse i børne- og ungdomspsykiatrien kræver ifølge psykiatriplanen yderligere analyser. Disse er endnu ikke gennemført.

Tabel 2 Oversigtsskema over planlagte akutte modtagelser i psykiatrien

<b>Region</b>	<b>Akut modtagelse</b>	<b>Visitation</b>
Region Nordjylland	Aalborg	Visiteret akut modtagelse, men patienter i behandling eller andre patienter med særligt behov, dvs. selekterede patienter, efter aftale kan modtages akut uden forudgående visitation.
Region Midtjylland	Kort sigt: Herning, Horsens, Holstebro, Randers, Viborg, Århus  Længere sigt: Horsens, Randers, Viborg, Århus samt det nye hospital i vestjylland	Visiteret akut modtagelse, men patienter i behandling eller andre patienter med særligt behov, dvs. selekterede patienter, efter aftale kan modtages akut uden forudgående visitation.
Region Syddanmark	Odense, Esbjerg, Åbenrå, Vejle	Ikke visiteret akut modtagelse
Region Sjælland	Roskilde, Slagelse, Vordingborg	Ikke visiteret akut modtagelse
Region Hovedstaden	Fremtid endnu ikke besluttet	Ikke visiteret akut modtagelse

## Bilag C. Krav og forpligtelser i det kriseterapeutiske beredskab

Regionernes forpligtelse til at planlægge et kriseterapeutisk beredskab sker på linje med - og som en del af - de generelle planlægningsforpligtelser i forhold til et sundhedsberedskab som følge af Sundhedslovens § 210, stk. 1 og 2 og bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet og det præhospitalt beredskab samt uddannelse af ambulancepersonale m.v. (BEK nr. 977 af 26. september 2006), samt Beredskabsloven (LBK nr. 137 af 1. marts 2004).

Regionsrådet og kommunalbestyrelsen skal planlægge og gennemføre foranstaltninger, der sikrer syge og tilskadekomne nødvendig behandling i tilfælde af ulykker og katastrofer, herunder krigshandlinger. Regionsrådet og kommunalbestyrelsen skal under udarbejdelsen af planen indhente Sundhedsstyrelsens rådgivning.

De fleste regioner har endnu ikke udarbejdet sundhedsberedskabsplaner, og Sundhedsstyrelsen har således ikke afgivet sin rådgivning til alle regioner endnu.

### Regionernes kriseterapeutiske beredskab

Psykiatrien kan i det daglige håndtere et mindre antal personer med psykiske eftervirkninger efter direkte eller indirekte involvering i voldsomme hændelser, fx mindre trafikulykker. Der vil således være en række daglige situationer, hvor der er behov for at yde krisestøtte og/eller kriseterapi eventuelt som følge af henvendelse fra somatisk akutmodtagelse. Denne ydelse vil ikke kræve aktivering af det kriseterapeutiske beredskab, men håndteres inden for de daglige ressourcemæssige rammer. Somatisk personale vil ofte skulle yde krisestøtte i dagligdagen til patienter som har været udsat for voldsomme hændelser, uden at dette berører eller aktiverer det kriseterapeutiske beredskab.

Regionernes kriseterapeutiske beredskab træder i kraft i forbindelse med større ulykker og hændelser, hvor behovet for akut psykisk krisestøtte og egentlig kriseterapi ikke kan håndteres indenfor sundhedsvæsenets daglige rammer.

Det kriseterapeutiske beredskab er psykiatriens evne til at omstille sin kapacitet til at yde krisestøtte med et visiterende fokus og egentlig kriseterapeutisk behandling. Det kriseterapeutiske beredskab skal kunne håndtere personer, som direkte eller indirekte har været involveret i større hændelser, og spænder fra medmenneskelig omsorg (krisestøtte) til egentlig kriseterapeutisk behandling. Det kriseterapeutiske beredskab skal således også inddrage børne- og ungdomspsykiatrisk ekspertise, så der sikres den fornødne hensynstagen til børn og unges særlige reaktioner og behov i en krisituation.

Den beredskabsmæssige indsats kan foregå såvel på som uden for et sygehus. Regionen er derfor forpligtiget til i samarbejde med politiet at planlægge sådan, at der i nærheden af et givent ulykkessted kan etableres et psykosocialt støttecenter, som kan danne rammen for såvel sygehusvæsenets krisestøtteindsats som andre typer af støtteforanstaltninger til ulykkens ofre, fx kommunal og gejstlig støtte. Et psykosocialt støttecenter er et særligt etableret midlertidigt opholdssted for både de direkte implicerede og pårørende i forbindelse med en større ulykke. Centret etableres på foranledning af politiet.

Det er tillige regionernes forpligtigelse at kunne visitere og behandlingsmæssigt følge op på et større antal personer, der har været involveret i en ekstraordinær hændelse. Denne gruppe personer kan ikke via egen læge henvises til psykologisk/psykiatrisk behandling med støtte fra sygesikringen.

Psykiatrisk Center, Rigshospitalet, Region Hovedstadens Psykiatri har landsfunktion vedrørende kriseterapeutisk beredskab. Psykiatrisk Center, Rigshospitalet samarbejder med regionens øvrige psykiatriske centre, herunder de Børne- og Ungdomspsykiatriske Centre, Krisepsykologisk Enhed på Rigshospitalet og med øvrige regioners psykiatrienheder.

### Alarmering

På skadesteder varetager politiet den koordinerende ledelse, jf. beredskabslovens § 17, stk. 1. Den koordinerende læge har i fællesskab med politiet beslutningskompetencen for, hvorvidt det kriseterapeutiske beredskab skal aktiveres. Aktiveringen sker gennem AMK.

Sygehusledelsen beslutter, hvorvidt det kriseterapeutiske beredskab skal aktiveres for at yde krisestøtte i sygehusets akutmodtagelse. Også her bør aktiveringen ske gennem AMK.

Det kriseterapeutiske beredskab bør kunne aktiveres via AMK uafhængigt af det somatiske beredskab, fx på politiets opfordring gennem AMK. Det er derfor vigtigt, at psykiatriledelsen i hver region har en klar og entydig plan for aktivering og koordinering af det kriseterapeutiske beredskab.

### Kommunernes kriseterapeutiske beredskab

Foruden i Sundhedsloven, som nævnt ovenfor, fremgår kommunernes forpligtelse til at planlægge et beredskab på sundhedsområdet af beredskabslovens § 25, stk. 1. Her fremgår det, at kommunen skal udarbejde en samlet plan for kommunens redningsberedskab og civile beredskab.

Efter beredskabslovens § 12 har kommunerne en forpligtelse til at yde en forsvarlig indsats mod skader på personer, ejendom og miljøet ved ulykker og katastrofer, herunder krigshandlinger. Det kommunale redningsberedskab skal endvidere kunne modtage, indkvartere og forpleje evakuerede og andre nødstedte. En række kommuner har i tilknytning til denne opgave etableret et beredskab, hvor der ydes umiddelbar omsorg og praktisk hjælp samt gives information om krisereaktioner og mulighed for videre hjælp.

### Det kriseterapeutiske beredskab ved kriser i udlandet

Når syge og tilskadekomne med bopæl i Danmark ankommer her til landet med behov for fortsat behandling, har de krav på samme behandling fra sundhedsvæsenets side, som hvis hændelsen var sket i Danmark. Det betyder, at de har krav på behandling i den region, hvortil de ankommer, indtil de uden yderligere risiko eller ulempe kan transporteres til hjemregionen eller andetsteds, hvis de benytter det frie sygehusvalg. Regionerne skal derfor kunne modtage og håndtere et større antal syge og tilskadekomne i forbindelse med større hændelser i udlandet.

For regioner med international lufthavn har der vist sig et behov for at kunne etablere modtagehold i lufthavnen i samarbejde med politi og lufthavnsmyndigheder,

dels for at samarbejde med de involverede parter og dels for at yde akut krisestøtte eventuelt suppleret med egentlig kriseterapeutisk behandling.

Det kriseterapeutiske beredskab er repræsenteret i den Internationale Operative Stab (IOS) og yder faglig rådgivning ved en ledelsesrepræsentant fra henholdsvis Psykiatrisk Center Rigshospitalet og Krisepsykologisk Enhed, Neurocentret, Rigshospitalet. Såfremt det drejer sig om modtagelse i Københavns Lufthavn, Kastrup i forbindelse med en IOS-indsats, er det Psykiatrisk Center, der leder og koordinerer den kriseterapeutiske indsats og sikrer, at et kriseterapeutisk team står parat til at modtage hjemvendte danskere i lufthavnen. Desuden koordinerer centret i samarbejde med Sundhedsstyrelsen eventuel udsendelse af kriseterapeutisk personale fra Danmark til indsatssteder i udlandet. Såfremt det drejer sig om modtagelse i andre af landets lufthavne, vil Sundhedsstyrelsen koordinere indsatsen med den relevante region.

#### Det eksisterende kriseterapeutiske beredskab

Psykiatrisk Center, Rigshospitalet og Krisepsykologisk Enhed på Rigshospitalet er vidensbank og opsamler erfaring omkring akut kriseterapeutisk bistand ved større ulykker. Herudover er der tilknyttet en landsdækkende vagt- og udrykningsordning til centret, som kan fungere som rådgivning og supplement til det kriseterapeutiske beredskab i de enkelte regioner. Det landsdækkende beredskab kan eventuelt udsende en fagkyndig til at bistå med organiseringen af arbejdet. Brugen af det landsdækkende beredskab honoreres af den tilkaldende region.

Såfremt der er tale om flere samtidige lokaliteter med krisehændelser, koordinerer Psykiatrisk Center, Rigshospitalet indsatsen med henblik på rationel ressourcestyring, overblik over placering og antal af involverede, samarbejde med politiet om identifikation og registrering.