

Bilagsoversigt

1. Høringssvar fra Psykiatrien, S8, AUH
2. Grafer, S8
3. Omorganisering af psykiatrien på AUH, TR S8
4. Høringssvar fra speciallægegruppen i Afdeling for Psykoser
5. Høringssvar fra S10
6. Høringssvar fra PS7
7. Høringssvar fra Klinik 1
8. Høringssvar fra Bente og Jette
9. Høringssvar fra psykologgruppen
10. Høringssvar fra ergoterapeuterne i AFP vedrørende tilpasning af sengekapacitet
11. Høringssvar vedr. omstrukturering, yngre læger
12. Høringssvar fra socialpædagogerne
13. Høringssvar fra FOA Århus
14. Høringssvar Sanne Wissing, Klinik 2, OPUS og DOBS
15. Integreret-dobbeltdiagnosebehandling_Patientforløbsbeskrivelse
16. Sygeplejerskerne i Afdeling for Psykoser
17. Peter Møller Andersen brev til Kühnau
18. Høringssvar om S6
19. Bekymringsbrev fra pårørende til tidligere og nuværende patienter på S6
20. Høringssvar fra Social- Rusmiddel- og Udviklingsområdet S6
21. HØRINGSSVAR sundhedspersonale S6
22. Høringssvar E-sport
23. Esport aktivitet S6

Høringssvar fra Psykiatrien AUH, Afdeling for psykoser Sengeafsnit 8

Dette høringssvar er lavet med henblik på at kvalificere høringsmaterialet vedrørende tilpasning af sengekapaciteten i Region Midt.

I høringsmaterialet står der beskrevet, hvordan ledelsen har til hensigt at lave en tilpasning af personalegrupperne på S8, S6, S10 og S4 til at frigive sengepladser, hvilket også berører patienterne, FACT teams, R-klinikken, lægegruppen, ledelsesgruppen samt kommunale samarbejdspartnere.

I Region Midtjylland's retningslinje for omplacering og afskedigelser ved strukturændringer og besparelser af februar 2015, står der i punkt 2 af bilag 1:

"Der må ikke anvendes mere indgribende foranstaltninger, hvis mindre indgribende foranstaltninger er tilstrækkelige."

Vi mener at det fremlagte høringsmateriale er modstridende ovenstående retningslinjes ordlyd. Dertil ser vi det også i modstrid med regeringens fremlagte 10 års plan for psykiatrien, hvor der bl.a. er fokus på:

- *"Brugen af tvang i psykiatrien er nedbragt"*
- *"Bedre overgange mellem behandlings- og socialpsykiatrien"*
- *"Patienter udskrives ikke før tid"*
- *"Personalet har lyst til at arbejde på psykiatriområdet"*.

Konsekvenser for patienterne i S8

Nedlæggelsen af akutte sengepladser på S8 vil give mere overbelægning i psykiatrien på AUH. Dette kan udspringe i dårligere behandling og tidligere udskrivelser hvilket kan medføre øget misbrug samt øget kriminalitet. Dette kan potentielt føre til flere patienter med dom til behandling (se rapport fra VIVE, 2024, <https://www.vive.dk/media/pure/4xk1l2oz/24596283>). Dette er modstridende med vores behandlingsmål for de retspsykiatriske patienter, som bl.a. er forebyggelse af ny kriminalitet. Hvis man vælger at sammenlægge S6 og S8, vil det betyde, at patienter på S6 vil have fuldt udsyn til S8's patienter, som er væsentlig dårligere og dermed i risiko for at udstille sig. Omvendt vil S8's patienter kunne se ind på S6, og dermed se forskellen i muligheder for patientgruppen (eksempelvis har S6 gaming og flere aktiviteter at tilbyde). Det vil kunne give anledning til misforståelser og skævvridning, hvilket kan føre til flere konflikter. Derudover vil den uro de akutte patienter i S8 skaber, gøre arbejdet med rehabiliteringspatienterne på S6 svært, da dette arbejder kræver ro om denne patientgruppe.

Der er igennem flere år opbygget tillidsfulde relationer til mange af vores patienter, hvilket giver en tryghed og kontinuitet i behandlingen. De gode samarbejdende overgange, vi har skabt, giver grobund for skånsom udslusning og udskrivelse for den enkelte patient. Dette frygter vi vil gå tabt.

Mange patienter har i forvejen manglende tillid til systemet, hvilket ikke vil forbedres af nye rammer, og manglende kendskab til nyt personale. Der sker et stort videns-tab i forhold til vores svært syge patienter.

Ender psykose patienter eller retspsyk patienter med at blive uønskede patienter i psykiatrien?

Konsekvenser for AFP

For nuværende har AFP oftest en belægningsprocent på 110 %. Jævnligt skal der frigives sengepladser til nye akutte patienter, hvorved de indlagte patienter internt skal omrokes eller udskrives før tid. Hvis man nedlægger 11 akutte sengepladser, kan det være medvirkende til, at belægningsprocenten i AFP tilsvarende stiger. Dette er med til at generere forringede patientforløb og flere genindlæggelser.

Konsekvenser for patientsikkerheden

Vores vurdering er, at høringsforslaget kan skabe en øget usikkerhed for patienter og personale. I 2014 indgik Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Danske Regioner en partnerskabsaftale om at halvere bæltefikseringer samt reducere den samlede anvendelse af tvang i psykiatrien inden ultimo 2020. De forebyggende indsatser, som er skabt, gennem et tæt samarbejde og langvarigt kendskab til mange patienter, gør, at vi undgår brist i sikkerheden. S8's personalesammensætning kommer med en stor tværfaglig viden og erfaring, som er med til at nedbringe tvang og fremme deeskalerende tiltag (se bilag 5).

De fortløbende opnåede resultater af denne aftale kan risikere at ændre sig ved sammenlægningen af S6 og S8, da det kan medføre manglende kompetencer til at håndtere komplekse hændelser.

I Region Midtjyllands forudsætninger for et godt patientforløb, er patienten i fokus, og behandling skal foregå på patientens præmisser. Det langvarende kendskab til S8's patientgruppe gør, at vi har stort kendskab til faresignaler og triggere, samt møder patienten på en faglig velfunderet måde, hvilket vil gå tabt, og medvirke til øget risiko for udadreagerende adfærd og tvang.

Hvis høringsforslaget vedtaget, vil S8 have 13 stuer, hvoraf to af dem er dobbeltstuer. Det vil betyde at vi skal have mere end 1/4 (26,7%) af patienterne på dobbeltstue. I forvejen er det ofte en umulig opgave at udvælge 4 ud af 26 (15,3%) patienter, som kan dette. Dette kan medføre at endnu to psykosepladser ikke kan belægges.

Betydning for rekruttering og fastholdelse

Omplacering af personalegrupper vil føre til mange opsigelser fra erfarent personale, da et godt og trygt arbejdsmiljø samt kendskab til kollegaer gennem mange år, skaber et godt fundament for udvikling, læring og generel sikkerhed.

Psykiatrien har i mange år haft udfordringer med at rekruttere nyt, og især erfarent personale til psykiatrien, dog har man på S8 haft stor succes med at rekruttere såvel timelønnede som erfarent personale. Tidligere erfaringer viser, at det tager mange år at opbygge et fælles, sikkert fundament. Sikkerhed og kendskab til sine kollegaer gør, at man i det til tider psykisk belastende arbejdsmiljø vi

går i, kan fungere uden at være utryg. Det vil have store konsekvenser for arbejdsmiljøet at splitte en personalegruppe op. Vi har skabt gode værdier, kender hinandens reaktionsmønstre, gode patientrelationer og tillid, som gør os robuste til at håndtere den patientgruppe vi, i dag, varetager på S8. Dette har givet personalet på S8 særlige gode kompetencer med de udadreagerende og retslige patienter, som S7 og S10 ikke har samme erfaring med. S7 har i forvejen et påbud fra arbejdstilsynet omhandlende sikring af at arbejdet planlægges, tilrettelægges og udføres, så stor arbejdsmængde, tidspres og arbejdsrelateret vold, ikke forringer de ansattes sikkerhed og sundhed. Hvis S8 ikke længere skal varetage akutte og domspatienter, vil tyngden stige på både S7 og S10, hvor de i forvejen selv udtaler at de er presset.

Andre løsningsforslag

I høringsmaterialet er der angivet tre alternative løsninger. Sengeafsnit 8 har hertil fire alternative løsninger, oplistet i vilkårlig rækkefølge.

- Forslag 1:
Opdeling af nuværende S6. I det der kun er mellem 0-4 voksne indlagt med spiseforstyrrelse, vil de have plads til disse patienter på de 5 sengepladser der nedlægges på S6.
S6 har de seneste år udviklet mange gode kompetencer i arbejdet med rehabiliterende forløb, hvilket forenes med behandlingen af spiseforstyrrede. Dette forslag kan ses som en mere enkel og mindre indgribende løsning end det foreslåede.
- Forslag 2:
De særlige pladser samles et sted i regionen, evt. Viborg, de nye pladser i Horsens, i Psykiatriens Hus eller en satellit i kommunen. Dette vil samle faglig erfaring og placere patienter med rehabiliteringsbehov i eget regi. Dette ses som en fordel frem for at have placering samme sted som akut syge patienter.
- Forslag 3:
S10 overtager hele det kormorbide speciale, også fra S4, hvor S4 overtager voksne med spiseforstyrrelser. Herved vil der ikke komme en større påvirkning hverken af personale, patientgrupper og kapaciteten. S8 og S6 forbliver uforandret.
- Forslag 4:
S7 er en afdeling i forandring. Der er mulighed for at forankre S7 i en mindre enhed sammen med S6 i deres nuværende form i S8's lokaler. S8 flytter fysisk lokation, eksempelvis til S7's lokaler. Dette vil betyde at mindre personale og ledelse skal omplaceres.

Med venlig hilsen

Personalet og lægegruppen på S8



Foranstaltningstype

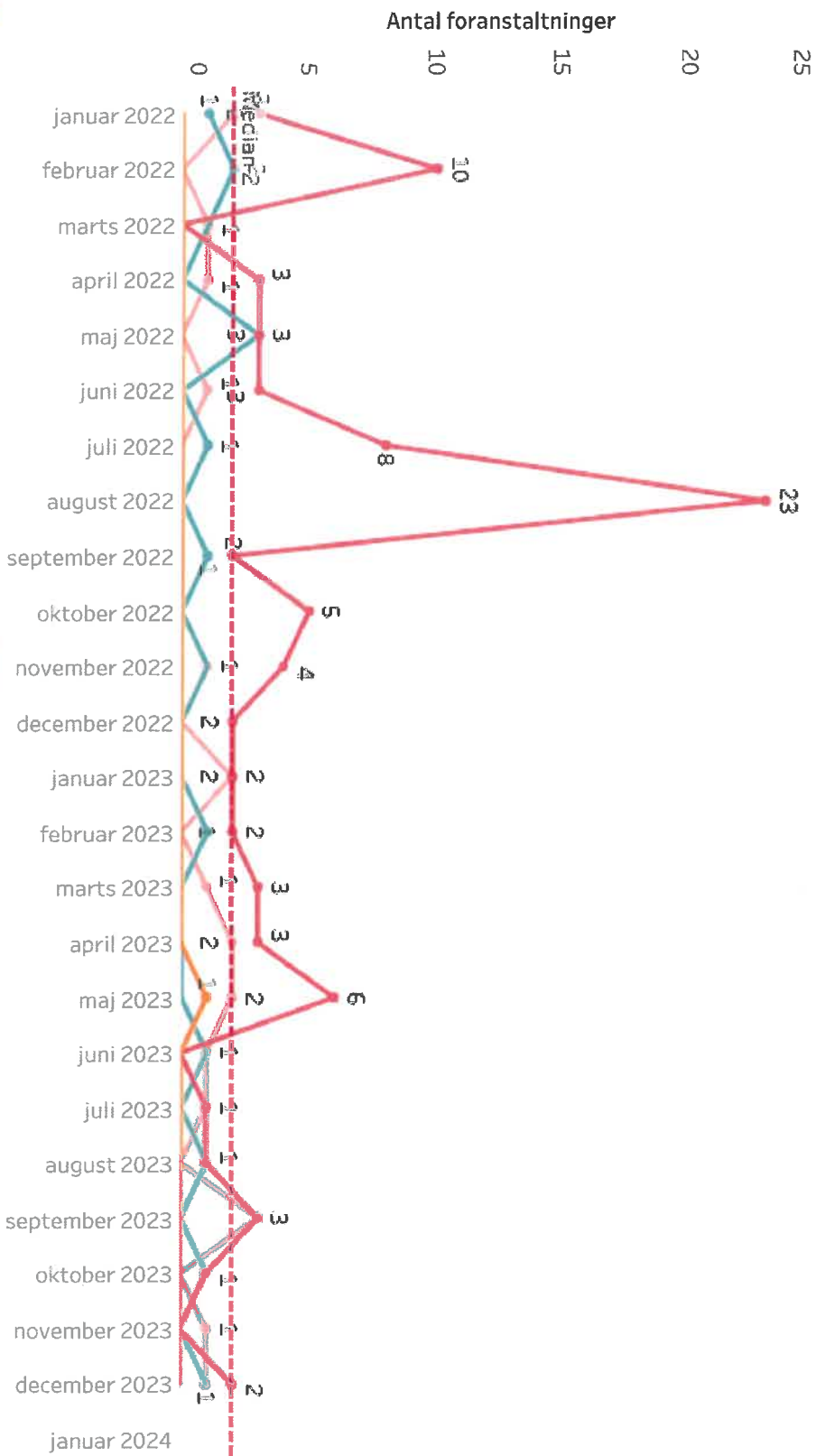
Fastholden

Paabegyndelsesdato_SEI

Last 3 years

Tidsdimension (Måned eller kvartaler)

Måned



AFP PSYKIATRI - SENGÆFSNIT 6 - SÆRLIGE PLADSER - AUH
AFP PSYKIATRI - SENGÆFSNIT 7 - AUH
AFP PSYKIATRI - SENGÆFSNIT 8 - AUH

Afdeling
AFDELING FOR PSYKOS...

- ☒ (All)
- ☒ AFP PSYKIATRI - SEN...
- ☒ AFP PSYKIATRI - SEN...
- ☒ AFP PSYKIATRI - SEN...
- ☒ AFP PSYKIATRI - SEN...

Eksklusion af indeværen...
Nej



Foranstaltningstype

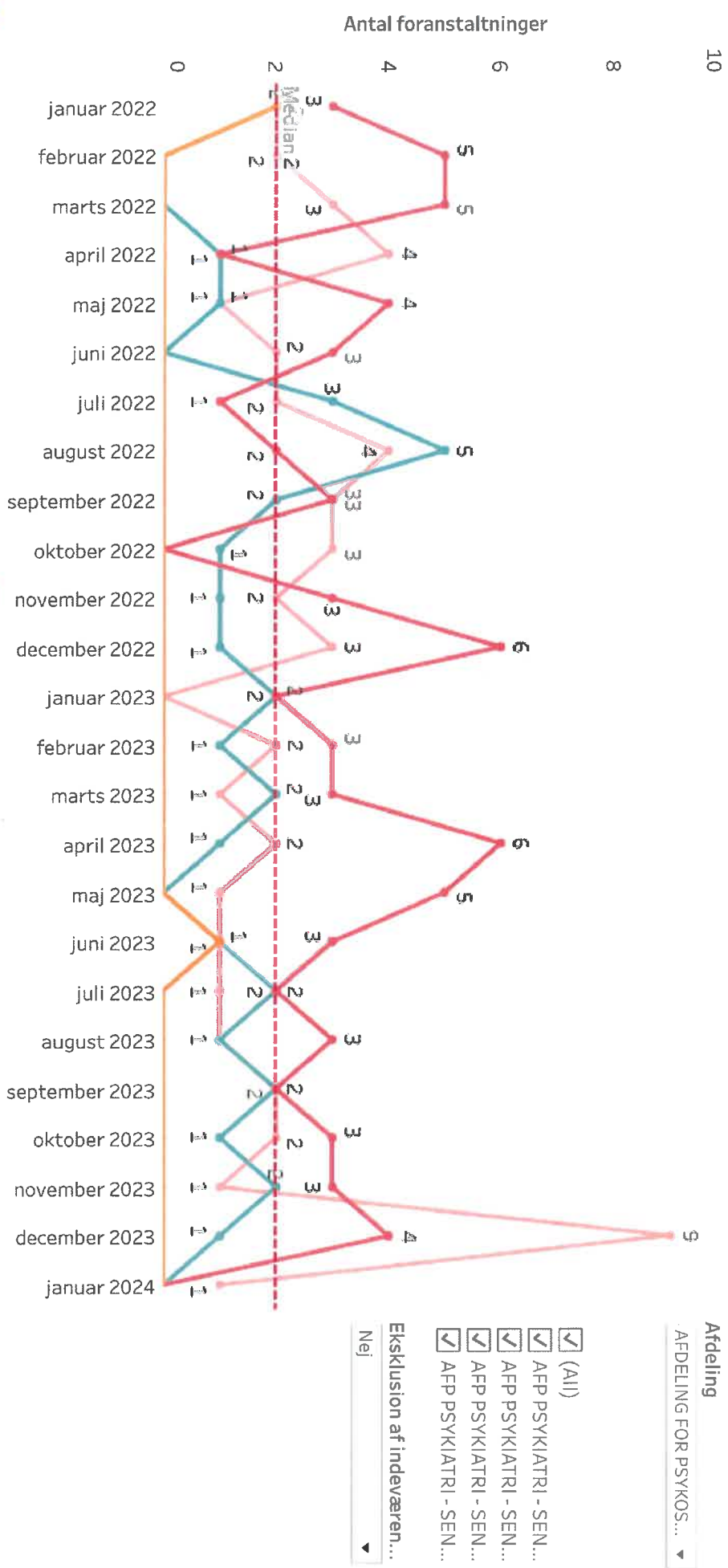
Tvangstilbageholdelse

Paabegyndelsesdato_SEI

Last 3 years

Tidsdimension (Måned eller kvartaler)

Måned



- AFP PSYKIATRI - SENGÆFSNIT 6 - SÆRLIGE PLADSER - AUH
- AFP PSYKIATRI - SENGÆFSNIT 7 - AUH
- AFP PSYKIATRI - SENGÆFSNIT 8 - AUH



Foranstaltningstype

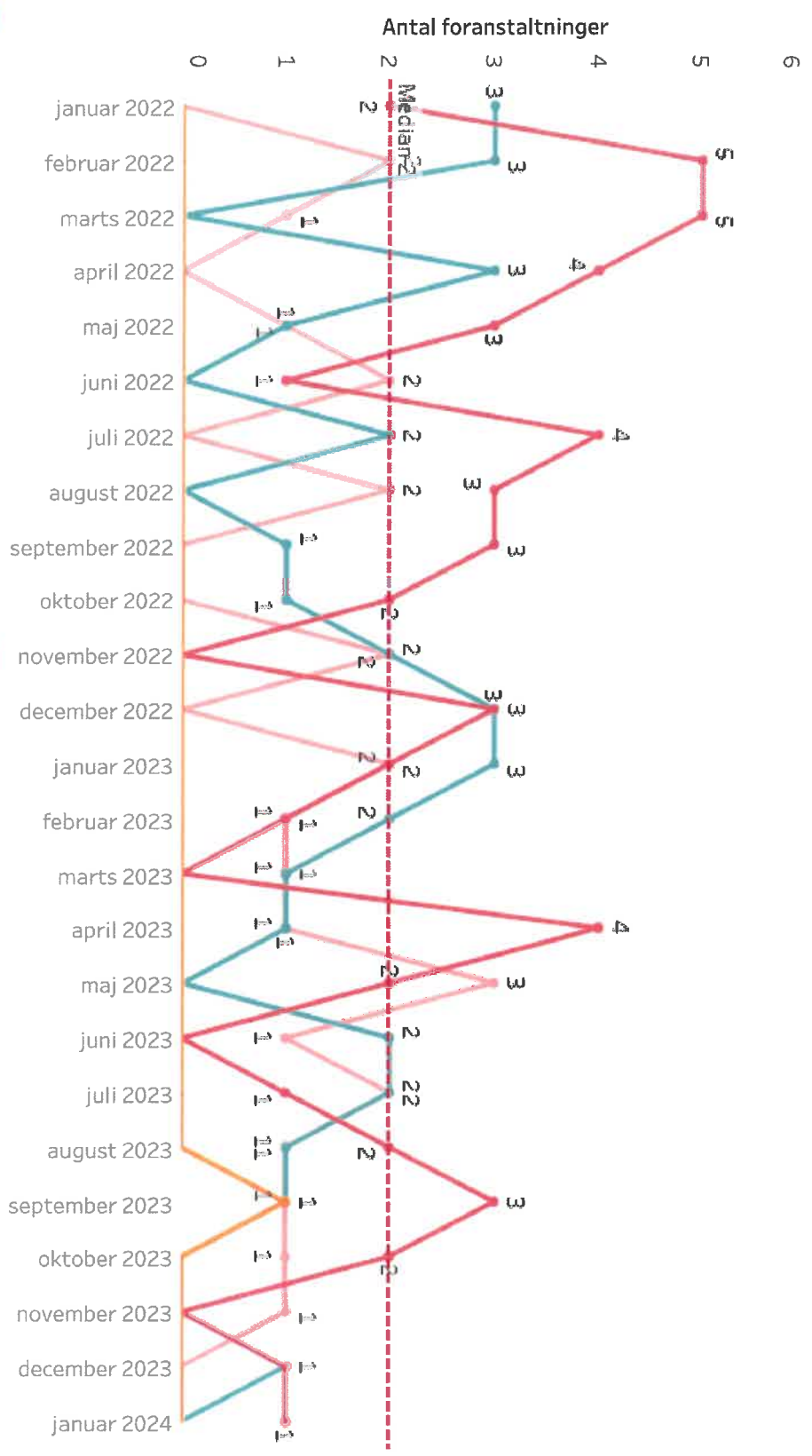
Paabegyndelsesdato_SEI

Tidsdimension (Måned eller kvartaler)

Mediciner

Last 3 years

Måned



- AFP PSYKIATRI - SENGÆFSNIT 6 - SÆRLIGE PLADSER - AUH
- AFP PSYKIATRI - SENGÆFSNIT 7 - AUH
- AFP PSYKIATRI - SENGÆFSNIT 8 - AUH
- AFP PSYKIATRI - SENGÆFSNIT 10 - AUH

Afdeling

AfDELING FOR PSYKOS...

- ☒ (All)
- ☒ AFP PSYKIATRI - SEN...
- ☒ AFP PSYKIATRI - SEN...
- ☒ AFP PSYKIATRI - SEN...
- ☒ AFP PSYKIATRI - SEN...
- ☒ AFP PSYKIATRI - SEN...

Eksklusion af indeværen...

Nej



Foranstaltningstype

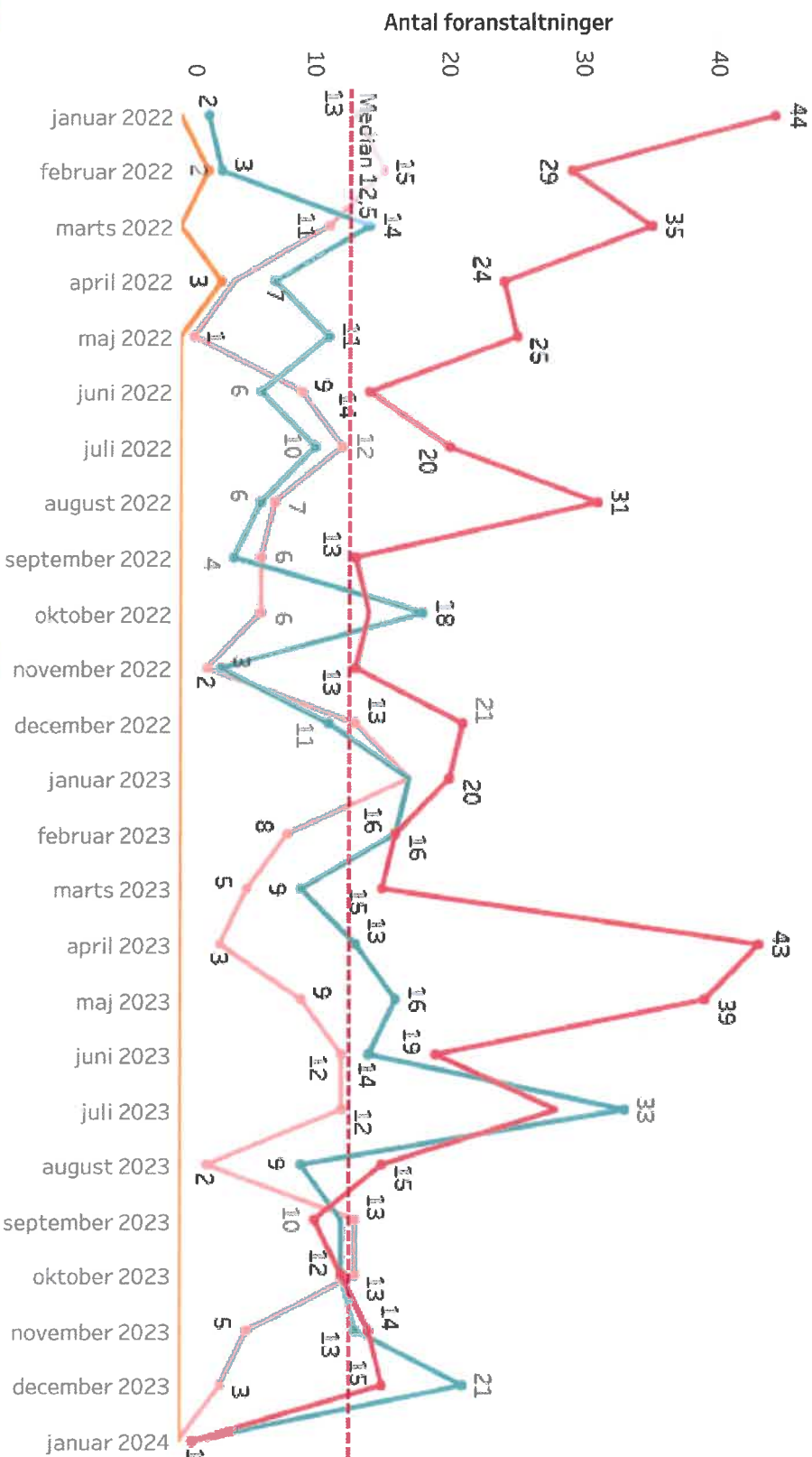
Paabegyndelsesdato_SEI

Tidsdimension (Måned eller kvartaler)

Beroligende medicin

Last 3 years

Måned



- AFP PSYKIATRI - SENGGEAFSNIT 6 - SÆRLIGE PLADSER - AUH
- AFP PSYKIATRI - SENGGEAFSNIT 7 - AUH
- AFP PSYKIATRI - SENGGEAFSNIT 8 - AUH
- AFP PSYKIATRI - SENGGEAFSNIT 10 - AUH

- ☒ (All)
 - ☒ AFP PSYKIATRI - SEN...
 - ☒ AFP PSYKIATRI - SEN...
 - ☒ AFP PSYKIATRI - SEN...
 - ☒ AFP PSYKIATRI - SEN...
- Eksklusion af indeværen...
- Nej

Afdeling

AFDELING FOR PSYKOS...



Foranstaltningstype

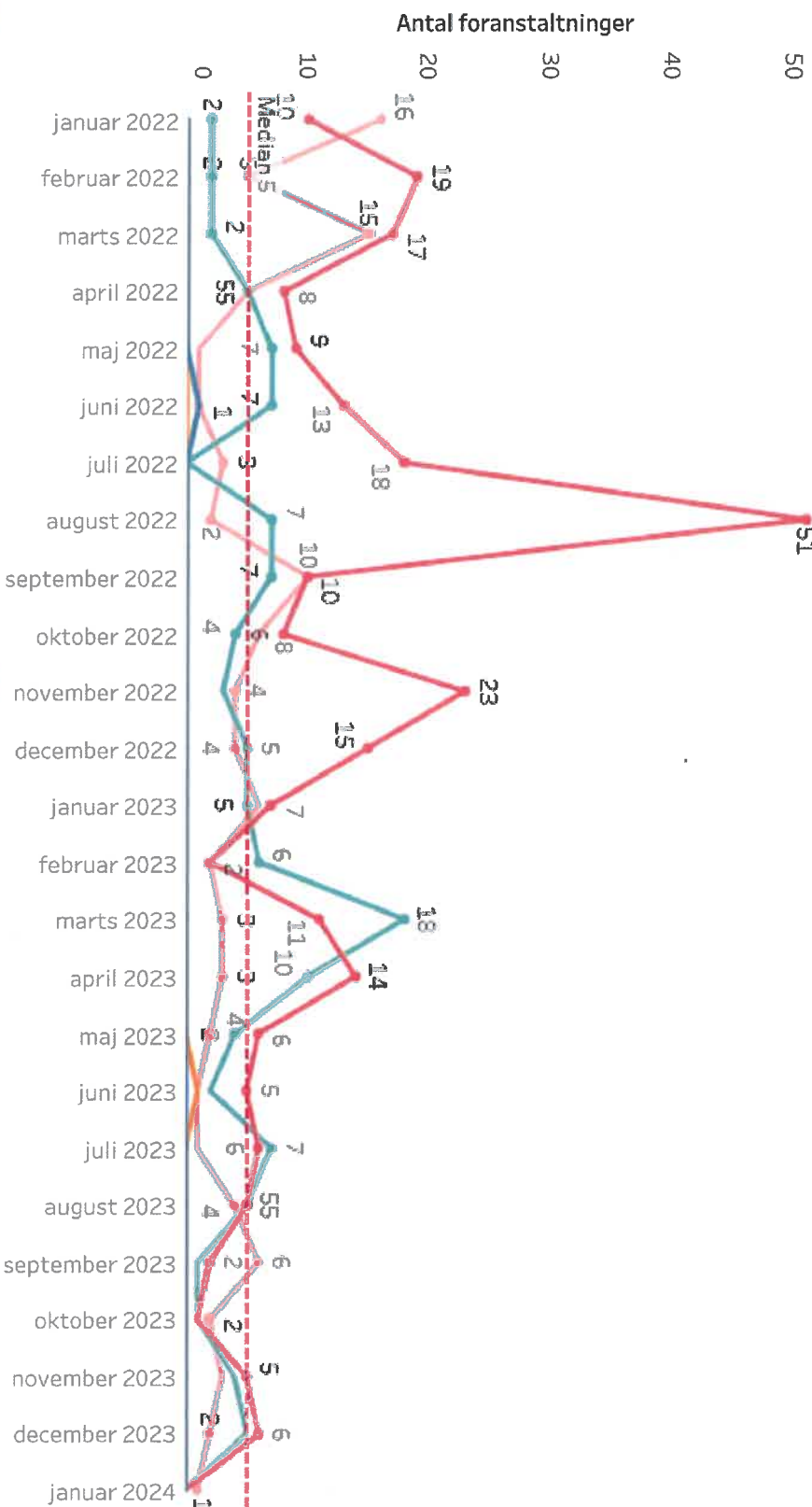
Paabegyndelsesdato_SEI

Tidsdimension (Måned eller kvartaler)

Bælte

Last 3 years

Måned



- ☒ (All)
- ☒ AFP PSYKIATRI - OM...
- ☒ AFP PSYKIATRI - SEN...
- ☒ AFP PSYKIATRI - SEN...
- ☒ AFP PSYKIATRI - SEN...
- ☒ AFP PSYKIATRI - SEN...

Eksklusion af indeværen...

Nej

Omorganisering af psykiatrien på AUH

I henhold til høringsmaterialet har jeg brug for at bidrage med indsigelser til dette forslag.

At der stilles et forslag i så stor karakter, der kan få konsekvenser for hhv medarbejdere og patienter, uden at der i overvejelserne har været inddraget medarbejdere i processen er mig fuldstændigt uforståeligt.

At der skal findes plads i voksenpsykiatrien til voksne med spiseforstyrrelse over 18 år, er en opgave der skal løses i forhold til FN-konvention.

Når det så er sagt er jeg meget fortørnet over den forandring man lægger af forslag til omorganisering for at få pladser til netop denne patientgruppe.

I henhold til de patientgrupper med deres specifikke diagnoser og tilknytning de har på vores afdelinger. Afdelinger der i tæt samarbejde med FACT-team og tilknyttede kontakter når patienten ikke er indlagt, opnår den bedst mulige og højt specialiserede behandling som der er ret til. Samarbejde der kræver et tæt samarbejde mellem faggrupper og kræver tid og ikke mindst tillid. Denne tillid er mange af vores patienter dybt afhængige af, for mange af vores patienter er den afdeling og det personale de møder, deres hjælp og støtte til at komme både sikkert og trygt, og gennem så kort en indlæggelse som muligt.

I 2018 flyttede Psykiatrien fra Risskov. Her stod medarbejdere fra P2 og P3 gennem en udflytning med patienter til nye lokaler på AUH. Men samtidig stod medarbejdere også for en sammenlægning af de to afsnit. Fra 2x17 sengepladser, rykkede man sammen til 24.

Medarbejdere måtte her beslutte sig for deres fremtid og de der valgte at blive stod for at finde en fælles vej at gå i det nye S8.

Det tager tid at sammenlægge og flytte, det er en lang proces at finde vejen sammen. S8 har set gode medarbejdere forsvinde i denne proces. Heldigvis er der kommet mange gode medarbejdere til. På S8 er det ikke svært at rekruttere medarbejdere, flere søger fordi S8 er kendt for høj faglighed, sikkerhed og tryghed. De der siger deres stilling op, er fordi nye veje i livet skal afprøves, og flere beholder deres tilknytning som afløsere.

S8 er et afsnit der afspejler både lav tvang, fikseringer eller alarmer. Dette på baggrund af den høje faglighed og psykologiske sikkerhed der er til stede. Medarbejdere har med deres høje faglighed og speciale på tværs af fag, kendskab og indsigt i den komplekse patientgruppe der er tilknyttet S8.

Patientforløb drøftes på tværs af uddannelse, alle fagspecialer har en opgave ind i samarbejdet om behandlingen af den indlagte patient.

Ved det udspil der er lagt til hørring, er jeg meget bekymret for, at medarbejdere ikke ser sig selv passe ind. Medarbejdere på S8 føler sig tilsidesat og uforstående.

Medarbejdere har ved dette udspil risiko for at blive flyttet til et andet afsnit. Medarbejdere frygter deres fysiske og psykologiske sikkerhed. Der udtrykkes om opsigelser, medarbejdere vil opgive deres stillinger og hermed splittes der faglige viden og kendskab der netop kendetegner S8 til det der i daglig tale fastholder og rekrutterer medarbejdere.

Jeg er bekymret og jeg følger mine kollegers bekymring.

Mvh Mette Roldborg Norring
TR for FOA –Afp S8

Hospitalsledelsen, Psykiatrien i Region Midtjylland

Høringssvar fra speciallægegruppen i Afdeling for Psykoser

Med henvisning til det rundsendte høringsmateriale om forslag til tilpasning af

sengekapaciteten i Psykiatrien i Region Midtjylland fremsendes hermed høringssvar fra speciallægegruppen i Afd. for Psykoser, AUH P.

Indledningsvist skal det bemærkes, at såvel den ganske korte høringsfrist som manglen på inddragelse af speciallæger med daglig klinisk kontakt til psykosepatienter vækker anledning til en del undren, da forslaget har vidtrækkende konsekvenser for vore patienter, vort personale og os selv.

Med tanke på værdierne beskrevet i Region Midtjyllands ledelsesgrundlag må vi konstatere, at *Dialog* og *Dygtighed* i dette tilfælde er trængt i baggrunden af noget man kun med meget god vilje kan kategorisere som *Dristighed*.

Vi er i den sammenhæng nødt til at gøre opmærksom på, at en af konsekvenserne af en lukket proces som den, der ligger bag udarbejdelsen af forslaget ikke inddrager personale på tværs af afdelinger bidrager til at skabe kløfter på tværs af afdelinger, klinikker og subspecialer, hvilket i høj grad påvirker samarbejdet i negativ retning til skade for patientbehandling, effektivitet og trivsel blandt personale.

Hvis det fremlagte forslag gennemføres i sin nuværende form, vil det efter vores vurdering have alvorlige og negative konsekvenser på en række områder, hvorfor vi på alle måder må opfordre til, at forslaget trækkes tilbage til fordel for en ny proces, hvor en eventuel omstrukturering af sengepladser sker på baggrund af et solidt fagligt grundlag, hvor man inddrager såvel speciallæger som øvrige personalegrupper med daglig klinisk kontakt til psykosepatienter.

Forslaget er fremlagt som ledende til en forøgelse af antallet af sengepladser i almenpsykiatrien. Efter vores bedste overbevisning afspejler disse tal ikke den reelle konsekvens af den beskrevne omorganisering, men derimod en teoretisk forbedring inden for samme kategori, som når det fra politisk hold fejres hvordan psykiatrien tildeles nye midler, mens der samtidig introduceres sparekrav på samme område.

I bedste fald vil konsekvenserne af forslaget 'kun' resultere i tilbageskridt i behandlingen for den enkelte patient. Mere sandsynligt vil det bidrage til at accelerere en ond spiral af hurtige genindlæggelser som udfordrer muligheden for rationel udnyttelse af den eksisterende sengekapacitet. Vi er i høj grad også bekymrede for, at en konsekvens kan være, at patienter ikke kan tilbydes rette behandling på rette tid og at akut forværring af deres sygdom ikke kan bremses og at de ender med at udgøre en fare for sig selv eller i nogle tilfælde andre.

Enhver rokade af sengepladser, som ikke som minimum bevarer den reelle akutte sengekapacitet er helt uantagelig. Det er desværre i denne sammenhæng nødvendigt at

understrege, at vi her taler om reel sengekapacitet i den kliniske dagligdag, hvor det er muligt at tilbyde en patient indlæggelse når det vurderes lægefagligt indiceret – i modsætning til den teoretiske sengekapacitet der præsenteres i mange sammenhænge.

I det følgende har vi forsøgt at uddybe nogle af de ovennævnte problemstillinger samt beskrive andre som vi forudser, vil få konsekvens for patienter, for behandling, for personalet og for organisationen.

Med venlig hilsen

Speciallægerne i Afdeling for Psykoser

Bente Brysting
Ledende overlæge

Charlotte Emborg Mafi
Ledende overlæge, formandskabet i det fælles faglige skizofreniudvalg i Region Midtjylland

Christian Bjerre Høyer
Overlæge, ph.d.

Christine Buhl Hilden
Overlæge

David Dines Jørgensen
Overlæge

Ea Bøhm Jepsen
Ledende overlæge

Jan Holten Lützhøft
Overlæge

Jens Kristian Buskov
Ledende overlæge

Jesper Nørgaard Kjær
Afdelingslæge

Jonas Hansen
Afdelingslæge

Kristian Ravlo
Afdelingslæge

Kristina Saraf Neric
Afdelingslæge

Lars Ploug Lorentzen
Afdelingslæge

Ole Mors
Professor, overlæge, ph.d.

Peter Møller Andersen
Ledende overlæge, uddannelsesansvarlig overlæge

Rikke Koch
Afdelingslæge

Rikke Krogh
Overlæge

Sanne Wissing
Overlæge

Simon Hjerrild
Overlæge, klinisk lektor, ph.d., formand i DMPG-ADHD

Ulla Kapilin
Overlæge

Ulla Kläning
Overlæge, ph.d.

Markant forringelse af behandlingen af patienter med psykoselidelser

Patienter med psykoselidelse, som har behov for behandling i regionspsykiatrien, er blandt de alvorligst syge psykiatriske patienter.

Vores vurdering er, at det fremlagte forslag reelt beskærer antallet af akutte sengepladser og dermed forringer det eksisterende behandlingstilbud til patienter med psykoselidelser, når de er allermest syge og har behov for akut hospitalsindlæggelse.

Fra faglig side har det længe været italesat, at der de seneste årtier fortløbende er set en nedprioritering af mulighederne for hospitalsindlæggelse i psykiatrien med argumentation om, at ambulant behandling er at foretrække, uden en samtidig tilførsel af ressourcer til netop den ambulante behandling – og dette i en periode, hvor patientpopulationen er forøget og patienterne opleves at have voldsommere symptombilleder når de ses i regionspsykiatrien.

Konkret har Kommunernes Landsforening i 2021 dokumenteret, at patienter med skizofreni gennemsnitligt er indlagt 16 dage kortere end for 15 år siden, og at hver tredje patient indlagt med skizofreni genindlægges akut inden for 30 dage efter udskrivelse.ⁱ

Det kan umuligt komme som en overraskelse på noget ledelsesniveau, at der gennem længere tid har været ganske store problemer med overbelægning på sengeafsnit i AUH-Psykiatrien. Problemet er blevet italesat gentagne gange internt såvel som i pressen gennem en årrække, på landsplan såvel som i særdeleshed i Region Midtjylland.^{ii iii iv v vi vii viii}

Gennem snart mange år er der set en fortsat stigning i antallet af retspsykiatriske patienter. Dette vidner formentlig om, at et ikke uvæsentligt antal patienter, især med psykoselidelser, ikke tilbydes tilstrækkelig behandling og som konsekvens heraf ender med at være så alvorligt syge, at de begår kriminalitet, herunder desværre også af alvorlig og personfarlig karakter.

Vi ser os i denne sammenhæng nødsaget til at påpege, at en af de seks anbefalinger i analysen efter tragedien i Field's i 2022 netop er et øget fokus på kontinuitet i behandlingen.^{ix} Under de nuværende omstændigheder bevæger vi os allerede væk fra en sådan kontinuitet og forudser, at ændringer som de i høringsforslaget beskrevne primært vil bidrage til denne udvikling, ganske som fx ansatte i psykiatrien i Region Hovedstaden også har gjort tydeligt opmærksom på.^x

Siden psykiatrien flyttede fra Risskov til Skejby, har der været vedvarende tendens til overbelægning på langt over 100% i de psykiatriske sengeafsnit. Ikke mindst sengeafsnittene til psykosepatienter har været overbelagt. Beskæres sengekapaciteten, vil det føre til et markant forringet behandlingstilbud til den enkelte patient i tilfælde af akut sygdomsforværring, hvilket vil medføre unødigt lidelse for den enkelte patient i situationen, en dårligere prognose på lang sigt med forværret og forlænget sygdomsforløb og i nogle tilfælde øget risiko for selvskade, selvmord og adfærd.^{xi}

En afledt konsekvens heraf er desuden en øget belastning af andre instanser i samfundet, bl.a. politiet som i stadigt stigende omfang involveres i håndteringen af psykisk syge.^{xii xiii xiv xv xvi}

Overbelægning på sengeafsnit

Udfordringer med overbelægning opleves som reglen frem for undtagelsen, og for både ambulante behandlere og vagthavende personale bruges der mange ressourcer på at argumentere for, at indlæggelse er relevant, eller at (op)finde alternative, til tider meget spinkle, løsninger, så indlæggelse kan undgåes samtidig med at sengeafsnittene kæmper for at frigøre sengepladser til nye akutte indlæggelser.

At sengekapacitet reelt nedsættes ift. den nuværende, vil efter vores vurdering formentlig få den konsekvens, at det vil blive endnu sværere at blive indlagt ved akut forværring.

Samtidig vil det formentlig medføre et øget pres i sengeafsnittene for en endnu hurtigere udskrivelse af patienter, hvilket øger risikoen for, at patienter vil blive udskrevet, inden den akutte behandling har stabiliseret dem i tilstrækkeligt omfang af den simple årsag, at andre patienter, som er mere syge, skal indlægges.

Der har gennem de seneste årtier været fokus på at nedbringe brugen af tvang i psykiatrien. Det virker urealistisk, at man vil kunne nedbringe tvangen i et miljø, hvor antallet af reelle psykose-senge nedskæres så markant, og vi er alvorligt bekymrede for, at gennemførelsen af det fremlagte forslag kan føre til forøget behov for anvendelse af tvang.

Der er ikke behov for færre sengepladser til psykosepatienter – der er behov for flere!

Et af de seneste eksempler er, da der 24.1.2024 blev meldt ud, at der var indlagt 82 patienter i de tre psykosesengeafsnits 72 senge og, at patienter som skulle indlægges, formentlig ville blive tilbudt plads i Svendborg.

Forringelse af indlæggelsesmuligheden for patienter med psykoselidelser

Vi mener, at den omfattende rokade vil reducere den reelle kapacitet i dagligdagen, en kapacitet som i forvejen er presset i en grad, som er vanskelig af forsvare både fagligt og moralsk, da det fremlagte forslag i sin nuværende form efter vores mening vil få den konsekvens, at muligheden for at tilbyde akut indlæggelse for patienter med psykoselidelser vil blive betydeligt forringet.

Aktuelt er der tre sengeafsnit med akut indtag, hver normeret med 24 sengepladser, sv.t. 72 senge ud over de 16 rehabiliteringspladser på De Særlige Pladser. Det er en hyppig udfordring, at der er overbelægning på de akutte sengeafsnit med op til 27 indlagte patienter. Af den fremlagte forslag fremgår, at der tilføres fem sengepladser i den almene voksenpsykiatri (fra 144 til 149).

Denne konklusion er vanskelig at følge: Der nedlægges fem rehabiliteringspladser på S6, sengepladser som i høj grad anvendes til patienter med psykoselidelser. At disse pladser nedlægges, vil nødvendigvis medføre, at psykosepatienter, som ellers ville være indlagt på Sengeafsnit 6 i stedet vil være indlagt på en almen sengeplads.

Det anføres desuden, at RP Horsens hjemtager retspsykiatriske patienter sv.t. to sengepladser. På papiret lyder dette som en forøgelse af sengekapaciteten i Afd. for Psykoser. I praksis er de to omtalte sengepladser langt fra konstant belagt med patienter fra Horsens. Sengene står selvsagt ikke ubrugte hen i perioder, hvor der ikke er patienter fra Horsens.

Beslutningen om, at RP Horsens ikke længere har *råderet* over to senge i Afd. for Psykoser, kan således ikke ligestilles med, at dette skaber to nye sengepladser.

Tilsvarende kan det undre, at man ligestiller skabelsen af to *ikke-akutte* sengepladser i Afd. for Retspsykiatri med en forøgelse på to *akutte* sengepladser i Afd. for Psykoser: Når man fjerner almindelige sengepladser i psykoseafsnittet, og konverterer dem til fx retslige sengepladser, så kan man forvente et langt lavere flow af patienter i de pågældende senge.

Af Kommunernes Landsforenings analysenotat ^{xvii} fremgår det, at den gennemsnitlige indlæggelsestid for patienter med skizofreni var på 23 dage i 2020. I retspsykiatriske sengeafsnit er den gennemsnitlige indlæggelsestid ofte markant længere. Ligeledes har patienter indlagt i "De særlige Pladser" også markant længere gennemsnitlige indlæggelsestider.

De enkelte patienter, som måtte blive indlagt på en af de nye pladser i retspsykiatrisk regi hhv. på De Særlige Pladser, vil selvsagt profitere af muligheden for en længerevarende indlæggelse og dermed også muligheden for at opnå en højere grad af stabilisering i sin tilstand.

Vores vurdering er dog, at dette vil ske på bekostning af muligheden for at blive indlagt på en almindelig sengeplads. Kapaciteten er i forvejen skåret langt ned under det fagligt forsvarlige, og prioriteringen virker dermed ganske uforståelig.

Konsekvensen af forslaget er i vores øjne, at realiteten vil være, at antallet af senge, der kan anvendes fleksibelt ifm. akutte indlæggelser vil falde dramatisk, ikke at der, som det hævdes i forslaget, vil være flere. Der er her vel at bemærke tale om senge med et i forvejen højt patientflow, hvor patienter i akut forværring indlægges, behandles og udskrives ganske hurtigt. Dermed vil det kun være muligt at hjælpe et mindre antal patienter i forhold til nu med indlæggelse i de akutte sygdomsfaser.

Forringelse af behandlingstilbuddet til patienter med demens og psykoselidelse

I Afd. for Psykoser er der gennem en årrække opbygget særlige kompetencer på området for patienter med psykoselidelse og samtidig demens.

I Sengeafsnit 10 er der dedikerede medarbejdere, som har opbygget kompetencer i behandling af demenspatienter med komorbiditet og adfærdsforstyrrelser. Der eksisterer et langvarigt og tæt samarbejde med bl.a. Aarhus Kommune, der er medarbejdere med stor erfaring og indsigt i de særlige problematikker, der ses for denne gruppe patienter, herunder også en socialrådgiver med stor indsigt i fx indikationer og procedurer ifm. umyndiggørelse, alt sammen højt specialiseret viden og samarbejdsrelationer, som det kræver lang tid at opnå.

En tilsvarende høj specialiseringsgrad er opnået i det ambulante team for denne patientgruppe i Afd. for Psykoser Klinik 1, og det tætte samarbejde mellem sengeafsnit og ambulante behandlere er udviklet gennem lang tid.

Vi vil derfor gerne udtrykke vores bekymring for denne gruppe meget sårbare patienter, som har brug for sammenhængende og højt specialiseret behandling.

Som vi har forstået det, vil det fremlagte forslag indebære, at behandlingen af denne patientgruppe flyttes til Afd. for Depression og Angst nu for om nogle år at blive flyttet tilbage til Afdeling for Psykoser (når den nye retspsykiatriske bygning er klar).

Der er, efter vores opfattelse en betydelig risiko for, at de eksisterende kompetencer vil blive tabt i forbindelse med en sådan ændring. Derudover vil det kræve mange ressourcer at opbygge disse kompetencer på ny i andet regi, kompetencer som igen er i høj risiko for at gå tabt ved tilbageflytning af ansvaret til Afd. for Psykoser på et tidspunkt, hvor man ikke kan forvente, at disse fortsat findes.

Forringelse af det rehabiliterende arbejde (De Særlige Pladser)

Af det fremsendte forslag fremgår, at ud over en beskæring af antallet af rehabiliterende pladser vil de resterende blive flyttet rent fysisk til Sengeafsnit 8.

Reduktionen af sengepladser til rehabiliterende indlæggelser indebærer naturligvis i sig selv, at dette tilbud kan gives færre patienter. En reduktion i dette tilbud kan undre, hvis der fra politisk og ledelsesmæssig side rent faktisk er en ambition om at give et helhedsorienteret tilbud sigtende mod en behandling af det hele, unikke menneske, særligt på andre parametre end reduktion af symptomer snævert forstået med medicin. Det anerkendes dog, at denne reduktion i forslaget i det mindste ikke forsøges præsenteret som andet end en reduktion og således en ærlig prioritering.

I forbindelse med etableringen af De Særlige Pladser (i Risskov) skete dette på netop denne måde: Rehabiliterende pladser udgjorde en delmængde af et sengeafsnit, som også havde patienter med akut forværring af deres sygdom indlagt. Erfaringen herfra var utvetydigt, at dette skabte ualmindeligt ringe kår for en egentlig rehabiliterende behandling.

Af forslaget fremgår, at det skal "undersøges, om der er behov for mindre bygningsmæssige justeringer som følge af, at de særlige pladser flyttes til S8". Hvis man fastholder, at de rehabiliterende pladser skal flyttes, er det efter vores mening en uomgængelig nødvendighed at disse rent fysisk er adskilt fra sengepladser af mere akut karakter, da det ikke vil være muligt at gennemføre en fagligt funderet rehabiliterende behandling i et sådant afsnit.

Dette underbygges i høj grad af, at når patienter, der indgår i eller har haft et rehabiliterende forløb spørges om, hvilke faktorer der har været betydende for deres fremgang, fremhæver de, at muligheden for at kunne få hjælpen i et miljø med ro og tryk har afgørende betydning.^{xviii xix xx}

Hvad angår den rehabiliterende behandling i de resterende senge, vil den fremadrettet kun kunne gennemføres, hvis de nødvendige organisatoriske og fysiske rammer er til stede. Det vil for det første kræve en fysisk opdeling af patienter i rehabiliterende indlæggelse og "almindelige" akutte patienter. En stor del af det rehabiliterende arbejde består netop i træning af almindelige dagligdagsaktiviteter, f.eks. måltids-situationer, og opbygning af sunde relationer og relevante aktiviteter til videreførelse efter udskrivelse. Begge dele forudsætter et roligt miljø med lav forekomst af konflikter, hvilket ikke vil kunne tilbydes i et miljø med akutte patienter, der typisk netop indlægges, fordi deres tilstand er akut dårlig med dertil svarende adfærd.

Ligeledes fordrer en organisatorisk opdeling, at de rehabiliterende pladser har egen ledelse og eget personale, både klinisk og administrativt. Hvis ikke, vil alle afsnittets ressourcer uundgåeligt allokere til de akutte patienter, og der vil således ikke foregå rehabiliterende arbejde i betydelig omfang.

Vi er fuldt ud opmærksomme på, at der rent fysisk er 16 sengestuer i det nuværende Sengeafsnit 6, og at andre patienter skal kunne bruge de fem pladser, som nu ikke skal være særlige senge. Vi mener dog, at det ville være langt mere oplagt, at de 11 rehabiliterende senge forbliver hvor de er, og at de resterende fem senge anvendes til rehabilitering af andre patientgrupper, herunder særligt at behandlingen af dobbeltdiagnosepatienter tænkes ind som en mulighed.

Konsekvenser for den ambulante behandling

I Afd. for Psykoser behandler vi patienter med mange forskellige psykoselidelser. Ved en omlægning som den beskrevne, forudser vi, at det i en årrække vil være vanskeligere at få psykosepatienter indlagt. Det betyder en øget belastning af ambulante regi, som så skal arbejde endnu mere akut-præget.

Som tidligere nævnt er indlæggelsestiden allerede blevet markant kortere og der sker flere genindlæggelser, som følge af, at patienterne ikke er stabile nok til at kunne klare sig med den ambulante hjælp der er til rådighed.

På baggrund af nogle af de meget tragiske hændelser, hvor personer med alvorlig psykisk sygdom har været involveret, som fx Fields-sagen, er det meget vigtigt, at netop denne gruppe patienter kan komme i forbindelse med relevant type behandling med det samme, hvad enten det er indlæggelse eller ambulante behandling.

Det ligger os meget på sinde at løfte denne opgave, og det giver ofte mange bekymringer for, om vi i tilstrækkeligt omfang får behandlet patienterne, så sådanne hændelser ikke opstår.

Set fra et ambulante synspunkt, hvor vi arbejder med svært syge, psykotiske patienter, der kan have brug for indlæggelse til ro og stabilisering med baggrund i forværring af psykotiske symptomer, risiko for eller forøget selvskade og/eller øget selvmordsrisiko eller andre akutte forhold, er en reduktion i indlæggelsesmuligheder en katastrofe.

På nuværende tidspunkt er det allerede endog meget vanskeligt at få patienter indlagt elektivt. Så godt som alle indlæggelser har akut karakter pga. den generelle og massive overbelægning. I ambulante regi oplever man ofte nærmest på forhånd at opgive at forsøge at få en patient indlagt, hvis der ikke er tale om en helt akut forværring; en etisk og fagligt uforsvarlig situation, da vi ofte oplever, at patienternes tilstand forværres i en grad, at det ender med akut indlæggelse, i flere tilfælde med tvang.

I Afd. for Psykoser har vi på gennem en årrække arbejdet målrettet med at organisere vores behandling som et tæt samarbejde mellem en sengeafdeling, et ambulante F-ACT-team og en række bosteder i Aarhus kommune. Vi har oparbejdet dette samarbejde igennem 5 år og oplever nu, at der er tillidsfulde samarbejdsflader. Det betyder ikke, at det er uden problemer, men vi har etableret samarbejdsfora og løsningsmodeller, som vi kan benytte ved forskellige problematikker.

Efter vores mening har F-ACT-modellen en afgørende betydning for, at antallet af akutte indlæggelser ikke er endnu højere, end det er på nuværende tidspunkt. Vores bekymring er, at denne organisering vil blive umulig eller i det mindste amputeret væsentligt, hvis forslaget gennemføres i sin nuværende form, herunder at et stort arbejde med organisering og implementering vil gå tabt.

Manglende forankring i den kliniske hverdag

I sin nuværende form lader forslaget til at være udarbejdet med udgangspunkt i at "en seng er en seng" og en tilgang, hvori man flytter rundt på sengene, indtil tallene går op.

Udover omtalen af forventede synergier i nye samarbejder, har vi vanskeligt ved at få øje på de sundhedsfaglige begrundelser for de prioriteringer, der er beskrevet.

Gennem de seneste år har man på Sengeafsnit 10 opbygget en enhed med øget fokus på somatisk komorbiditet hos de psykiatriske patienter, som afdelingen har indlagt. Dette er yderst vigtigt set i lyset af, at patienter med svære psykiatriske lidelser lever markant kortere end gennemsnitslevetiden for befolkningen. Især patienter med psykoselidelser og herunder også skizofreni lever markant kortere end andre. Dette skyldes i høj grad, at netop denne patientgruppe har en høj grad af somatisk komorbiditet. Når patienter på denne vis er ramt af samtidig tilstedeværelse af svær psykotisk sygdom og somatisk sygdom, er der i høj grad behov for en specialiseret indsats på begge områder for at komme i mål med behandlingen.

Af forslaget fremgår ikke, hvilke sundhedsfaglige overvejelser, der ligger til grund for, at man mener at det gavner patienterne, at man flytter behandlingen af psykosepatienter med somatisk sygdom til et afsnit, som ikke har haft målrettet fokus på netop dette område.

Vi har vanskeligt ved at se, hvordan dette kan resultere i andet en markant forringelse af tilbuddet for den enkelte patient.

Hvis man vitterligt ønsker at opkvalificere behandling på dette område, burde man derimod understøtte den faglighed, der allerede findes og styrke tilbuddet om behandling af komorbid somatisk lidelse hos patienter med psykoselidelse ved at bevare forankringen i et psykosesengeafsnit.

Vi anerkender, at den nuværende hospitalsledelse har arvet problemerne der udspringer af tidligere ledelsers beslutning om at nedlægge den specialiserede gerontopsykiatri (såvel sengeafsnit som ambulatorie).

På nuværende tidspunkt findes ekspertisen på dette område hos enkelte speciallæger med egentlig gerontopsykiatrisk erfaring. Såvel den nuværende organisering som den i forslaget beskrevne rummer kun begrænsede muligheder for at denne ekspertise videregives og opkvalificeres, hvilket på sigt medfører dette dårligere behandling for gerontopsykiatriske patienter, en patientgruppe som man må forvente forøges i takt med den demografiske udvikling i samfundet.

I Sengeafsnit 10 har man forsøgt at genskabe nogle rammer, som i nogen grad kunne understøtte, at gerontopsykiatri atter kunne eksistere som subspecialt gennem de seneste år. Med det aktuelle forslag vil dette arbejde være forgæves, og den akkumulerede viden indenfor gerontopsykiatrien i Sengeafsnit 10 må formodes at gå tabt.

Vi mener, at der er behov for en helt anderledes visionær tilgang til det gerontopsykiatriske område, hvor man i stedet for at flytte rundt på sengepladserne for at få kabalen til at gå op, i stedet fokuserer på at udnytte den eksisterende specialviden.

Overordnet set forekommer den foreslåede rokade at være særdeles omfattende og kompleks med tanke på, at udgangspunktet, udover reduktionen af budgettet til De Særlige Pladser, handler om at sikre plads til indlæggelse af forholdsvist få voksne med spiseforstyrrelser.

Det sker kort forud for en stor opgave med at overtage rusmiddelbehandling af dobbeltdiagnose-patienter fra kommunalt regi. S6 i sin aktuelle form tilbyder allerede i vidt omfang integreret behandling af psykisk sygdom og rusmiddelafhængighed og ville formentlig relativt nemt kunne justeres til at løse den - snarlige, store og bundne - opgave, i hvert fald hvad angår den del af dobbeltdiagnosebehandlingen, der skal foregå under indlæggelse. Denne omstilling vil blive markant vanskeligere med den påtænkte reduktion og omstrukturering af tilbuddet.

Referencer

- i [Udvikling i behandlingsindsatsen for skizofrene](#), Analysenotat fra Kommunernes Landsforening 2021
- ii [Flere svært psykisk syge bliver genindlagt](#): "Konsekvensen er, at de ikke er ordentligt behandlet, at de lider unødvendigt og at udsigten til, at deres sygdom bliver forværret, er langt større, siger han til DR Nyheder.", BT, 15.2.2012
- iii [Nu ser vi konsekvenserne af den kortsigtede besparelse i psykiatrien](#): "Det vil sige, at de indlagte er meget mere syge. Det betyder så også, at der er mange, der burde være indlagt, der ikke er det eller som bliver udskrevet for tidligt. Der kommer politiet ind i billedet, fordi de så er ude i gadebilledet eller bor i egen bolig, hvor de ikke kan styre det.", Berlingske, 30.10.2017
- iv [Flere svært psykisk syge bliver genindlagt](#): "Antallet af psykisk syge, der genindlægges, stiger voldsomt. Den er helt gal, siger sygeplejerskerne. Antallet af psykisk syge, der indlægges mindst fem gange om året, er steget med 45 procent fra 2009 til 2015. Det skriver Jyllands-Posten på baggrund af tal fra Sundhedsdatastyrelsen, som Dansk Sygeplejeråd (DSR) har indsamlet.", TV2 Nyhederne, 4.4.2017
- v [Personer med skizofreni behandles mindre og genindlægges oftere](#): "Landsforeningen for psykisk sundhed (Sind) siger til Momentum, at tallene viser, hvad foreningen selv oplever: At folk bliver udskrevet, før de er parate. Det siger landsformand Mia Kristina Hansen til nyhedsbrevet. Hun mener, at patienter med skizofreni efterlades i et tomrum, fordi de ikke er indlagt i den tid, de har brug for – og når de udskrives, er kommunerne ikke altid klædt på til at hjælpe dem.", Berlingske, 1.10.2021
- vi [Overbelægning i psykiatrien i Skejby presser alvorligt syge patienter sammen på dele-stuer: - Det har stået på i flere år](#): "Sengene i psykiatrien i Skejby er ofte mere end optagede. På flere afdelinger må man jævnligt hive ekstra senge frem og lade patienterne dele stuer, mens de kæmper med deres psykiske lidelser. Sådan har det været i årevis, lyder det fra psykolog i psykiatrien og regionsrådsmedlem Rose-Marie Møllerup.", Aarhus Stiftstidende, 10.7.2022
- vii [Katastrofal situation: Pia tvunget til at dele enestue](#): "Der er så stor pladsmangel i psykiatrien på Aarhus Universitetshospital, at personalet dagligt presser ekstra senge ind på stuerne, så alvorligt syge - med psykoser og selvmordstanker - skal dele værelse.", TV2 Østjylland, 15.3.2023
- viii [Pinlig rekord: Færreste sengepladser i hele landet](#): "TV2 Østjylland har sammenholdt det antal sengepladser, de forskellige regioner har oplyst på deres hjemmesider eller i nøgletalsrapporter i 2022, med indbyggertal. Og i Region Midtjylland er resultatet 0,39 sengepladser per 1.000 indbyggere, mens det i de andre regioner svinger mellem 0,47 og op til 0,64.", TV2 Østjylland, 19.3.2023
- ix [Task Forcens afdækning anbefaler forbedringer på seks punkter i psykiatrien](#), Region Hovedstaden, 11.10.2022
- x [Personale i psykiatrien: Anbefalinger, der skal mindske risikoen for drab som i Fields, er urealistiske](#), DR Nyheder, 9.12.2022
- xi [Personer med psykisk sygdom der begår kriminalitet](#): "Flere og flere mennesker med psykisk sygdom begår kriminalitet. Siden 2004 er antallet af retspsykiatriske patienter steget fra 1.427 til 2.058 i 2008. Det er en stigning på 44., pctog går man længere tilbage, er væksten endnu mere markant. Mennesker med psykisk sygdom udgør nu 20 pct. af Kriminalforsorgens samlede klientel. Hertil kommer, at mange psykiatriske patienter ifølge gentagne analyser oplever behandlingsforløb og overgange mellem sektorer præget af mangelfuld planlægning, koordinering og opfølgning.", Danske Regioner, 2009
- xii [Psykisk syge er en stor politiopgave](#), Nordjyske, 16.5.2017

-
- xiii [Psykisk syge: Beredskaberne bruger meget tid på at håndtere sager med psykisk syge borgere](#), Dansk Politi, 2.1.2019
- xiv [Klar tendens: Psykisk sårbare bliver i stigende grad en politiopgave](#), Skive Folkeblad, 19.11.2022
- xv [Flere psykisk syge indlægges med magt: 'Politiet rydder op, der hvor psykiatrien svigter'](#), DR Nyheder, 16.7.2023
- xvi [Politiet i nødråd: Vi bruger flere og flere ressourcer på psykisk syge](#), TV2 Kosmopol, 26.8.2022
- xvii [Udvikling i behandlingsindsatsen for skizofrene](#), Analysenotat fra Kommunernes Landsforening 2021
- xviii [For mange er historien om de særlige pladser en politisk skandale: For Heidi er de fundamentet for resten af hendes liv](#): "Den særlige plads har givet mulighed for stabilitet i et ellers ustabilt kapitel af Heidi Sonnes liv. Her kan der arbejdes i dybden, og der sikres gode muligheder for, at Heidi Sonne har et ordentligt fundament at træde ud på, når fremtiden kalder.", Viborg Folkeblad, 14.1. 2023
- xix [Sengepladser til svært psykisk syge står stadig tomme](#): "Flere psykisk syge får gavn af de særlige pladser i Region Midtjyllands senge målrettet svært psykisk syge mennesker, men der er stadig udfordringer med at fylde pladserne helt op.", Jyllands-Posten, 29.8.2021
- xx [Psykisk syge spiller Counter-strike for at få det bedre](#): " På afdelingen for meget svært psykisk syge, Afdeling for Psykoser på Aarhus Universitetshospital, er gaming i form af e-sport blevet en del af behandlingen for dem, som har lyst til at deltage. Effekten er banebrydende, forklarer afdelingens, e-sportsinstruktør, som drømmer om at udbrede e-sporten til andre psykiatriske hospitaler."

Høringssvar til LMU fra Kormorbid team

S10 har haft Demens specialet i 5 år, har en gruppe af medarbejdere der arbejder specifikt med dette og har tilegnet sig løbende kompetencer inden for området. Herunder er tre medarbejdere fra tidligere Geronto psykiatri i Risskov.

Medarbejdere fra tidligere Geronto psyk har erfaring med at en sådan flytning udvander specialet og er ødelæggende for kvaliteten af specialet, hvorfor de ikke kan medvirke til dette igen. Det ses derfor som en stor risiko at miste de store demens kompetencer der findes på S10, da det personale der har opgaven i dag ikke vil flytte med på S4.

S10 har haft løbende samarbejdet med MSO Århus kommune, for bedst muligt forløb i de tunge ældre sager herunder demens.

Vi har arbejdet specifikt med kvalitet af plejeforløbsplaner og har personale der har taget forbedringsvejleder uddannelse med fokus på plejeforløbsplaner.

Der er tvivl om de data der fremgår af høringsmaterialet, idet vores data gennem senest år viser at vi i gennemsnit har 1.5 dement ptt af gangen, trods vi har 6 pladser på papiret. Er de seks pladser en del af de 8 pladser man vil flytte til ADA?

Hvad er alderen når vi taler kormorbiditet? Er det alle eller kun de ældre (+67? +80?)?

Hvad er kormorbiditet i denne kontekst? Hvor somatisk syge skal de være? Hvordan stiller man sig når det er kronisk skizofrene eller skizoaffektive med kormorbiditet? Det er ofte dem der er på S10. Vil de skulle rummes på S4 fremover?

Et flyt af de patienter vil besværliggøre det tætte samarbejde med f-act team som vi har på S10, der sikre sammenhæng og kvalitet i forløbende såvel internt som med bosteder og plejehjem.

Kan S4 varetage psykotiske og svært udad reagerende demente som ved f.eks. Lewy body demens?

Hvordan ser man på ptt der indlægges i svært delir tilstand og deraf er psykotisk og udadreagerende? Kan de rummes på S4?

Vi er gearet til denne opgave og har specialiseret os i dette. Både plejemæssigt og socialt, hvorfor S10 vil gerne overtage det fulde demens og geronto speciale, så vi har 10 el 12 pladser, hvilket kunne give plads til alle de voksne spiseforstyrrede i ADA ved at dele et af deres afsnit op i to tilsvarende det man vil gøre på S8. Således påvirkes færre medarbejdere og patientforløb negativt, idet de konkret specialer ikke påvirkes og kvaliteten nedsættes.

Vi risikere at miste mange medarbejdere med høj kompetence og en sådan varsløst omstruktureringer vil koste mange penge i såvel ombygninger, opkvalificeringer, fratrædelser m.m.

Høringssvar til LMU fra Flow

Hvorfor er denne beslutning taget? Flow funktionen er ikke en del af senge kapaciteten.

Flow funktionen har været i S10 siden indflytning i Skejby nov. 2018. Det har taget lang tid at opbygge kompetencer blandt udvalgte medarbejdere til at varetage funktionen idet den kræver:

- Overblik i hele AUH og Regionmidts sengekapacitet
- Viden om og forståelse af hvilke ptt grupper der kan blandes ved spidsbelastning
- Fleksibilitet ifht. mest optimale fordeling af pladser
- Samarbejde med diverse læger, klinker, modtagelse m.fl.
- Samarbejde og koordinering med Politi
- Kunne være skarp på hvornår ptt kan indlægges ifht. frivillig, Gul og rød tvang
- Vejledning af vagtlæger mfl. omkring akut sager og procedure

At flytte flow til ADA vil kræve oplæring af mange nye medarbejder og må formodes at blive tilsvarende belastning som det var i AFP, hvor det tog over et år før medarbejdere var trygge ved funktionen. Det havde i denne periode stor negativ påvirkning af vores arbejdsmiljø.

Vi har overtid fået oplært 20 medarbejdere der kan varetage funktionen for at kunne dække den i alle vagtlag.

Den øgede arbejds mængde og det pres nye kan opleve, kan påvirke såvel patientsikkerhed som kvalitet i samlede behandlingen i afsnittet, da den medfører travlhed og flytning af fokus.

Der er oparbejdet viden og kultur omkring den service som der ydes af flow telefonen, idet der ofte kommer opbringninger som skal videregives i organisationen.

Det psykosocialberedskab refererer til flow. Man skal vide hvordan man iværksætter dette ved større ulykker m.m. så som ulykken i tivoli friheden, voldsomme trafik ulykker m.m. Man skal hermed kunne vurdere hvornår det er så omfattende at beredskabet skal aktiveres og hvornår der skal henvises til akutmodtagelsen og alm krisehjælp.

Denne funktion er overgået til primær ansvarlig for aftenvagter, da det vurderes hun havde bedste overblik.

S10 vil gerne beholde flowfunktionen.

Jeg fik lige dette tillæg ifht flytning af flow:

Der er blevet udarbejdet Visitationsmanual af souschefen, som vedligeholdes. Desuden har vi fået har fået klinisk logistik til hele Skejby så det er ens for alle og dermed giver et overblik. Vores souschef har påtaget sig en gennemgående rolle som ansvarlig for systematisering og udvikling af funktionen for dagtid og Susanne for aften. Vi har to gennemgående medarbejdere der har en særlig interesse i at passe flow og sikre retfærdighed for alle afsnit. Vi har opbygget et særligt kendskab til de mange patienter samt brugt tid på at lære alle vagthavende læger at kende ift det tætte samarbejde.. Derudover er Susanne KOP.

Øvrigt ifht. reorganiseringen:

Det påtænkes at de rehabiliterende pladser skal placeres sammen med akut senge afsnit S8, et afsnit der aktuelt har de ptt der følges ambulant i retspsyk men skal indlægges i almen psykiatrien.

Dermed har de en overvejende tung målgruppe ifht

kriminalitet og misbrug.

Da man startede de rehabiliterende pladser i Risskov var det på et almen afsnit, hvilket hurtigt viste sig ikke at være optimalt for hvordan patienter eller medarbejder idet:

- tilgangen til de to målgrupper er forskellig – det oplever patienterne
- Personalets tempo er meget forskelligt det påvirker samarbejde kollegialt
- Patienterne kan have uhensigtsmæssige kontakter, idet rehabiliterings patienter som udgangspunkt har fri udgang og dermed kan bringe stoffer m.m. med ind.
- De rehabiliterende forløb påvirkes negativt af den uro der er i et akut afsnit, det er ødelæggende for miljøet.
- En fysisk opdeling af S8 vil påvirke miljøet på begge nye afsnit idet ptt ikke får samme bevægelsesfrihed, der kommer mindre miljø dermed ikke mulighed for at være i mindre grupper, have opdelte aktiviteter, trækker sig fra uro uden at isolere sig på egen stue m.m.

Høringssvar fra Sengeafsnit 7, Psykiatrien AUH

vedrørende "Forslag om tilpasning af sengekapacitet i Psykiatrien"

Forslaget, der er kommet i høring, giver anledning til stor bekymring for vores psykosepatienter og for personalets arbejdsmiljø.

Siden udflytningen fra Risskov i 2018, har AFP (Afdeling for Psykoser) været præget af konstant overbelægning, hvor vi har patienter, der må dele sengestue eller ligge i et samtalerum.

I skrivende stund er de 3 psykoseafsnit belagt med hhv. 27 - 27 og 28 patienter. Det er ganske uacceptabelt i et sengeafsnit med 24 sengestuer, og med en normering til at varetage pleje og behandling af 24 patienter.

Gennemføres forslaget, ser vi mod katastrofale følger for den samlede sengekapacitet i AFP, idet man omplacerer 6 demenssenge fra S10 og 2 Horsenssenge fra S8, som, for en stor del af tiden, har været belagt med psykosepatienter. Derfor vil omplaceringen af disse senge betyde, at vi reelt set mister sengekapacitet til vores mest syge patientgruppe. Hertil kommer, at hvis et psykoseafsnit reduceres for at kunne dele fysisk ramme med de særlige pladser, så bliver koncentrationen af tunge og udfordrende patientforløb øget på de 2 øvrige sengeafsnit, hvilket vil påvirke både pleje- og behandlingsmiljøet i negativ retning, og ligeledes personalets arbejdsmiljø.

Input til centrale opmærksomhedspunkter

Det vil selvsagt få store konsekvenser, uanset hvilket afsnit der reduceres, men hvis det bliver sengeafsnit 7, vil det få en fatal konsekvens for det samlede patientflow i AFP, da sengeafsnit 7 både 2022 og 2023 har haft et markant højere flow end de øvrige sengeafsnit, hvilket fremgår af nedenstående BI data fra 2023

6600410PSY-AFP7 - AFP PSYKIAT.	781
6600410PSY-AFP8 - AFP PSYKIAT.	479
6600410PSY-AFP10 - AFP PSYKIA.	571
I alt	1.831

Taget det høje flow i betragtning, leverer Sengeafsnit 7 en helt særlig præstation ved at håndtere et løbende højt pres på afsnittet. Dette kan kun lade sig gøre pga. den særlige struktur, der er skabt som følge af en langvarig proces i sengeafsnittet. Derudover hersker der en kultur, der fordrer konstruktiv nytænkning og løbende dialog på tværs af faggrupper. Skulle S7 blive delt, vil det tillige have store konsekvenser for de kompetencer S7 huser – både inden for hver faggruppe og for det tværfaglige samarbejde.



Dato 26. januar 2024

Direkte tlf. 7847 1790

Side 1

Sengeafsnit 7 er i dag et velstruktureret afsnit med et særdeles velfungerende samarbejde mellem læger, psykologer, socialrådgiver, sundhedsfagligt personale og terapeuter, hvor forløbskoordinerende sygeplejersker sikrer, at der er kontinuitet i behandlingen fra indlæggelse til udskrivelse, og at hver faggruppe i sengeafsnittet får mulighed for at sætte fokus på sin faglighed, med mest mulig patientkontakt. Derudover arbejdes der til stadighed med psykologisk tryghed til at løfte problematiske patientproblematikker op på et frugtbart tværfagligt niveau mellem alle faggrupper, hvor man ikke er bange for at tage kreative beslutninger og tilpasse rammen omkring patienten.

Sengeafsnittet har i dag en fastansat overlæge, speciallæge og specialepsykolog, samt et multietnisk plejepersonale bestående af 18 sygeplejersker, 14 assistenter, 3 ergo, 4 pædagoger, 3 fysioterapeuter og en Peer medarbejder, der samlet set oplever stor synergieffekt i det holistiske arbejde med det stigende indtag af patienter med forskellige kulturer og etnicitet.

Siden sengeafsnittet deltog i det 3 årige satspuljeprojekt ift. nedbringelse af tvang, har der rodfæstet sig en kultur, med fokus på tværfagligt samarbejde, anvendelse af viden og erfaringsdeling med brug af nonfarmakologiske interventioner og åben dialog med patienten, hvilket har bidraget til en bemærkelsesværdig reduktion i brugen af tvangsforanstaltninger. Hertil kan nævnes, at antallet af bæltefikseringer fra 2022 til 2023 er faldet med 66%, og den gennemsnitslige varighed af fikseringen er 9 timer, hvilket er væsentlig lavere end de øvrige afsnit, hvor S10 er på 13,5 timer og S8 på 29 timer. Det er også værd at bemærke, at satspuljeprojektet blev afsluttet i 2017, og kulturen derfra lever i bedste velgående, trods personaleflowet gennem årene.

Rekruttering til psykiatrien er udfordret, derfor arbejder S7 fokuseret på at gøre os tilkøblingsparate og værner om et godt studiemiljø. Denne indsats afspejles tydeligt i, at mange sygeplejestuderende og social og sundhedsassistentelever søger ansættelse som afløser i sengeafsnittet efter endt praktik, og videre ind i faste stillinger efter endt uddannelse. Det samme opleves gældende for yngre læger, der specifikt ønsker sig tilbage til en stilling i sengeafsnit 7.

Alt i alt, har sengeafsnit 7 en dedikeret og kompetent medarbejderstab, der udgør hjørnestenene for afsnittes succes, og det vil have en indgribende negativ konsekvens hvis dette gode arbejde ikke kan forsvares, som en samlet enhed.

Med venlig hilsen

Sengeafsnit 7, Psykiatrien AUH

Høringssvar fra Klinik 1, AFP

I Klinik 1 behandler vi meget syge og sårbare psykosepatienter, hvilket kun kan lade sig gøre, hvis vi er i tæt sammenhæng med vores kolleger i både ambulant regi og sengeafdelingerne. Denne sammenhæng ser vi truet, hvis forslag i det foreliggende materiale gennemføres. Nedenstående høringssvar er skrevet ud fra vores sygepleje-, psykolog- og lægefaglige vurderinger i Klinik 1.

Vi oplever det mærkværdigt, at der ikke foreligger nogen beskrivelse af påvirkningen af den ambulante del af behandlingen i dette forslag. Der er i AFP tæt integration af behandlingen, så en så omfattende ændring af organiseringen af sengeafsnittene har store konsekvenser for det ambulante personales organisering af samarbejdsflader som potentielt kan have betydelige, negative konsekvenser for behandlingskvaliteten.

Vedr. F-ACT i Klinik 1

Det er helt afgørende for den fortsatte succes med F-ACT-arbejdet i AFP, at det også fremadrettet er muligt for Klinik 1 at indlægge patienter akut i 3 sengeafsnit.

Psykosepatienterne i Klinik 1 er i dag fordelt i 3 F-ACT-teams, som hver især har et tilhørende sengeafsnit i AFP, hvor patienterne så vidt muligt indlægges, når der er behov herfor. Det er siden 2021 gennemsnitligt lykket sig i 80-85 procent af tilfældene.

Denne organisering, hvor samarbejdet med bosteder på tilsvarende vis er fordelt mellem de 3 F-ACT-teams, gør at kendskabet til patienter og kolleger i sengeafsnit og på bosteder er meget større end det ellers vil være muligt. Det giver meget større mulighed for et tættere samarbejde omkring patienterne og hermed en større sammenhæng i den tværgående behandlingsindsats. Dette har givet en større behandlingskvalitet for patienterne og tillige udmøntet sig i et bedre arbejdsmiljø for medarbejderne i Klinik 1. Det styrker således patientsikkerheden og det relationelle arbejde.

Konkret giver denne organisering med F-ACT-arbejdet i det hele taget større mulighed for nedenstående konkrete tiltag:

- At holde tæt kontakt med patienter også under indlæggelse
- Tættere samarbejde om patienter mellem ambulant team, sengeafsnit og bosted
- For deltagelse i konferencer på sengeafsnit
- For samarbejde mellem recovery-mentor/peers i Klinik 1, sengeafsnit og bosteder
- For tværfaglig indsats omkring patienter, ikke mindst de dårligste patienter, som drøftes hver morgen på board-møder
- For samarbejde omkring den medicinske indsats under patienternes indlæggelse
- For at få et mere intensiveret forløb i klinikken og hurtig udskrivelse – opfølgning indenfor 24 timer

F-ACT-arbejdet fortsatte kvalitet er altså meget afhængig af, at det også fremover er muligt at have denne opdeling af ca. 900 patienter i 3 grupper, så det "kun" er ca. 300 patienter medarbejderne skal samarbejde omkring.

Det kræver som nævnt fortsat mulighed for akut indlæggelse i 3 sengeafsnit i AFP

Vi behandler desuden 100 patienter med dom til behandling. Internationalt anbefales, at et F-ACT-team har ca. 200 patienter og al forskning og erfaring viser, at den absolutte grænse er 300 patienter. På nuværende tidspunkt bevæger vi os således allerede på grænsen til hvad der er muligt, hvis kvaliteten skal opretholdes. Vi ser derfor ikke mulighed for at ændre den teamorganisering, vi har nu, da det vil kompromittere de gevinster der er opnået ved at indføre F-ACT-modellen. Herudover er de fysiske rammer i forvejen ganske trange og levner ikke mulighed for sammenlægning af teams.

Indlæggelsesmulighed i kendt sengeafsnit

Når en patient indlægges i kendt sengeafsnit betyder det øget kvalitet, da den relevante behandling meget hurtigt kan igangsættes. Patienten føler sig tryk og det reducerer farlige episoder meget og dermed risikoen for tvang.

Patienter ved godt dette, så de stiller ofte krav om, at en frivillig indlæggelse skal ske på stamafsnit. De afviser ofte, at blive indlagt på andet afsnit. Dette medfører ofte, at tilstanden forværres yderligere og resultatet i sidste ende bliver flere tvangs indlæggelser.

Ved indlæggelse i ukendt afsnit sker det oftere, at behandlingen ikke er optimal og dermed giver det nedsat patientsikkerhed ligesom vi i højere grad oplever, at patienterne forlanger sig udskrevet mod givet råd.

Dette problem øges yderligere, hvis patienterne indlægges i afdeling med andet subspecialt. Vi forudser, at hjemtagning af patienter fra fx ADA vil have længere udsigter, når sengekapaciteten ændres som foreslået.

Flowtelefonen er meget vigtig i denne sammenhæng, idet den understøtter denne proces. Vi er bekymrede for, at flowtelefonen ændres og tænker, at det er meget væsentligt at bibeholde den store indsigt, der på nuværende tidspunkt ligger i S10.

Patienter får den allerbedste og hurtigste behandling, når de indlægges i det rette sengeafsnit, altså deres stamafsnit, hvor der er tilknytning til F-ACT-teamet.

Vedr. ændring af sengekapacitet

Nedenstående er en beskrivelse af de faglige overvejelser.

Vi har svært ved at se, at den beskrevne kapacitet giver samme mulighed for indlæggelse for psykiatripatienterne ved akut forværring som nu.

Der fremlægges nogle flytninger af patientsenge, som umiddelbart ikke virker i trit med virkeligheden. Fx ligger der ikke 8 demente patienter i S10 ligesom der ikke altid ligger Horsens-patienter i de to senge de har råderet over. I disse perioder står sengene selvsagt ikke ubrugte hen, men anvendes til patienter med akut forværring i deres sygdom.

Vi forudser derfor, at antallet af sengepladser med højt flow nedsættes i AFP, idet der lægges 11 rehabiliteringssenge med lang indlæggelsestid i et nuværende akut afsnit.

Konsekvensen heraf vil derfor formentlig blive, at der kommer yderligere pres på, for at få udskrevet patienter hurtigt. Det giver nedsat kvalitet og patientsikkerhed i behandlingen.

Det betyder, at patienter bliver udskrevet før de er færdigbehandlede og med stor sandsynlighed vil en konsekvens heraf være et øget antal genindlæggelser. Heri ligger også en meget betydelig øget risiko for selvmord og personfarlig kriminalitet (Jvf. ny rapport fra VIVE for Det kriminalpræventive råd).

Desuden giver det et betydeligt øget pres på den ambulante behandling, hvilket der ikke er afsnit midler til i forslaget.

Demenspatienter

Den ambulante udredning og behandling af demenspatienter ligger i Klinik 1 nu.

I det foreslåede ligger der ikke nogen beslutning om, hvordan området med demens og gerontopsykiatri skal organiseres fremadrettet.

Nu ser det ud til, at indlæggelserne skal være i S4, som ikke har oparbejdet relevante kompetencer hertil. Vi forudser derfor, at indlæggelserne igennem lang tid vil have lav kvalitet til fare for patienterne såvel som det må formodes, at indlæggelsestiden vil blive længere end aktuelt.

Ambulant behandling og indlæggelse på sengeafsnit er tæt integreret. Det undrer os derfor, at der ikke lavet en samlet plan for demensområdet.

Vi savner, at der laves en samlet plan for gerontopsykiatri og demensområdet med en dedikeret enhed på området, som kan oparbejde den nødvendige faglig ekspertise.

Manglen på en samlet plan for udredning og behandling af demenspatienter medfører endvidere usikkerhed for personalet, en usikkerhed som tidligere har vist sig bl.a. at medføre, at højt kvalificerede medarbejdere har søgt andet arbejde.

Vi bidrager meget gerne til en dialog omkring fagligt forsvarlige løsninger.

Vi tænker, at det forelagte har fagligt uacceptabel konsekvenser for patienter med psykoselidelser.

Høringssvar:

Som vi forstår det, så er det to grundlæggende problemer, der skal løses:

1. Der er finansieret 5 færre rehabiliterende senge i RM
2. Voksne med spiseforstyrrelse skal indlægges i ADA, så der skal findes 2-4 senge til det.

I dette høringsmateriale lader det til at valget er blevet, at der skæres i de rehabiliterende senge i AUH – og så kunne det jo være oplagt at inddrage dem til de spiseforstyrrede.

Vi er grundlæggende enige i, at nogle patientgrupper ikke kan behandles i samme afdeling. At børn og voksne med spiseforstyrrelser ikke kan behandles samme sted er en præmis. På samme vis kan det være, at spiseforstyrrede ikke kan behandles samme sted som nogle andre grupper. Det gælder dog også for rehabilitering – det er ikke muligt at give rehabiliterende behandling, hvis der hele tiden er akutte problemstillinger. Denne præmis er ligeså nødvendig at have med i betragtning.

MEN:

Dette oplæg giver dog utrolig mange ændringer, som er til stor gene for behandlingen af psyko-sepatienter, hvilket vi bekymres meget over.

Angående processen:

Vi er ganske uforstående over for denne proces, hvor ledere og fagligt ansvarlige på ingen måde er inddraget. Vi oplever nu at stå med et høringsmateriale, hvor vi absolut ikke mener, at fagligheden er i orden.

Vi kunne have givet meget klinisk input til fagligt mere stabile løsninger, det må vi så gøre nu uden en dialog.

At ledergrupperne slet ikke er inddraget opleves som manglende tillid til, at vi kan bidrage til, at der kan findes fagligt holdbare løsninger.

Det kunne have været spændende, hvis der fx var kommet 3 forslag, som de to ledergrupper i ADA og AFP skulle arbejde sig frem til en konklusion omkring. Det ville have bidraget mere til samarbejde og synergi.

Angående pladsfordelingen:

Hvorfor skæres de 5 rehabiliteringspladser i AUH, som er den eneste afdeling i regionen (måske i landet), som har fået det til at fungere godt? De kunne vel også skæres et sted, hvor det ikke i samme grad er lykkedes at få ordningen til at fungere.

Det lyder som en skrivebordsløsning, hvor man tager 5 rehabiliterende pladser ud og 4 spiseforstyrrede ind – og så må det løses på den måde.

De anslåede tal i høringsmaterialet virker virkelighedsfjerne.

Vi har virkelig meget overbelægning, hvilket er meget dårligt for vores patienters behandling. I høringsmaterialet overflyttedes de 11 rehabiliteringssenge til S8. Der er ikke beskrevet, hvilke andre patienter, der kan ligge sammen med dem. Så vidt vi er orienteret, så er der ingen mulighed for at bygge en væg og dermed skille afdeling S8 i to halvdele.

Så skrives der, at der skal patienter fra AFP til ADA, S4.

Der står beskrevet, at patienter med somatisk komorbiditet, ældre patienter og patienter med demens skal indlægges i S4.

Patienterne med demens er lette at finde og i S10 siger de, at de har 1-2 patienter med demens.

Betyder dette, at psykosepatienter med svær komorbiditet skal i S4 ?

Hvilken aldersgruppe er det, der skal indlægges i S4 ? Er det over 68 – og hvad er tallene bag en sådan beregning ?

Det opleves meget løst og uden fagligt indhold.

Såfremt dette ikke beskrives i faglige termer med relevant drøftelse om hensigtsmæssige behandlingsforløb og patientsammensætninger, så bliver det ikke til virkelighed.

Angående demens-området:

At flytte demenspatienterne til S4 er en mulighed. Hvis dette var som led i en plan om at lave gerontopsykiatrisk enhed inkluderende demensområdet, ville det være godt.

Det er dog ikke bare patienterne, der skal flyttes. Det kræver ekspertise at skulle udrede og behandle demenspatienter med comorbid psykiatrisk lidelse og adfærdsforstyrrelser. Denne ekspertise ligger lige nu i S10 og Klinik 1.

Vi bliver derfor bekymrede for patientforløbene, når patienterne skal indlægges i S4 og ekspertisen er i AFP. Det er et meget komplekst område, som tager tid at bygge op.

Skal demensområdet ambulant til ADA ? Skal den kommende gerontopsykiatri ligge i ADA ?

Eller på en helt anden matrikel ?

Hvis denne ændring skal give faglig mening, så er det nødvendigt med en fremadrettet plan for gerontopsykiatrien.

Angående behandling af AFP-patienter med spiseforstyrrelse:

I materialet står der, at det udelukkende er ADA's patienter med spiseforstyrrelse, der får glæde af det nye afsnit med speciale i denne lidelse.

Hvis der således laves specialiseret behandling for spiseforstyrrelser, så må det naturligvis være muligt for også AFP's patienter at få en sådan specialiseret behandling, når det er deres spiseforstyrrelser, der fylder mest.

Ellers er det igen de svageste psykosepatienter, der ikke får relevant specialiseret behandling i AUH.

F-ACT i denne sammenhæng:

Vi har lavet en velfungerende organisering af samarbejdet mellem sengeafdelinger, ambulante behandlingsteam og bosteder i kommunen.

Det har givet meget gode patientforløb, hvor der har været tæt kontakt med pt og sengeafdelinger under indlæggelser og umiddelbar opfølgning af patienterne, når de udskrives. Dette tætte samarbejde er oparbejdet igennem 5 år til gavn for patienterne.

Vi har ugentlige opfølgninger for at sikre, at patienterne ligger i "de rigtige senge", fordi det giver den bedste behandling. Vores flow-telefon understøtter dette meget af hensyn til patientforløb.

Ved at flytte rehabiliteringspatienter til S8, vil der ikke være mulighed for at have akutte indlæggelser i samme afdeling.

(Her tages udgangspunkt i, at en fysisk deling af S8 ikke er muligt ifølge brandmyndighederne.)

Vores organisering er derved truet og stabiliteten i behandlingen af patienterne ligeledes truet. I den nye forløbsbeskrivelse for prævalent skizofreni er der lagt op til tæt relationsbehandling og F-ACT organisering. Vi tænker ikke, at dette er taget med i beslutningsgrundlaget.

Bekymring for psykosepatienterne:

Helt grundlæggende er vi meget bekymrede for behandlingen af psykosepatienterne.

De har ofte brug for akutte indlæggelser, hvor der er behov for kendte omgivelser og snarlig iværksættelse af relevant behandling.

Ved nuværende forslag risikerer vi at psykosepatienterne i mindre omfang bliver indlagt på kendte afdelinger, hvor de umiddelbart kan få genoptaget eller ændret i deres behandling.

At en indlæggelse påbegyndes i en anden afdeling betyder oftest, at der er usikkerhed omkring både behandling og pleje. Det giver flere tvangssituationer, længere indlæggelsesforløb og generelt dårligere behandling.

Når der er meget pres på sengene, bliver der også iværksat hurtigere udskrivelser, hvilket gør det svært at følge tilstrækkeligt op med ambulant behandling.

Lige netop denne gruppe er i stor risiko for at blive til retspsykiatriske patienter. Det gælder både under indlæggelse i ikke-stamafsnit hvor risikoen for anmeldelse efter udadreagerende adfærd er større, men også forøget risiko for kriminalitet ude i samfundet.

Det er svært at løfte den kriminalitetsforebyggende indsats, hvis ikke de relevante rammer er tilstede.

Hvordan oplever vi det ?

Hvis den grundlæggende præmis er, at der skal nedlægges 5 rehabiliteringssenge og oprettes 2-4 senge til spiseforstyrrede i ADA, så er dette en kæmpe omlægning i AFP for at opnå dette. Vi oplever, at vores arbejde med faglig organisering for at tilrettelægge gode patientforløb med denne gruppe meget syge mennesker ikke bliver respekteret.

Desuden er det ikke ordenligt, at så mange medarbejderes ansættelsesvilkår ændres uden at der i dialog har været kigget på andre muligheder.

Det er meget vanskeligt som leder at skulle forsvare en beslutning, som er så lidt fagligt funderet og hvor forholdet mellem problemets størrelse og størrelsen af ulempe for medarbejdere er så iøjnefaldende.

Andre løsninger:

Hvis vi skulle komme med nogle input til, hvordan denne problematik også kunne løses, så er her lidt tanker:

1.

Hvis de 5 senge i S6 bliver nedlagt, så ville det være en mulighed at give ADA mulighed for at sende pt, som kan være i en rehabiliteringsafdeling. Det kunne være færdigbehandlede eller andre, som de ønsker indlagt i længere tid. Det kunne også være indlæggelser til ECT-behandling, patienter som indlægges til udredning eller tilsvarende grupper, som ADA nok bedst kan pege på.

Det kunne betyde, at en velfungerende rehabiliteringsafdeling og en velfungerende organisering i F-ACT kunne bibeholdes intakt.

2.

Hvis man kan dele en afdeling i AFP op, så kunne man vel også dele en afdeling i ADA op, således at de fik en halv afdeling til de spiseforstyrrede. Det ville give 12 pladser, som vist er mere end det nuværende behov.

Helt generelt stiller vi os gerne til rådighed for dialog om mulige løsninger til klinisk holdbare løsninger.

Med venlig hilsen

Jette Nielsen og Bente Brysting

Ledere af Klinik 1, AFP

På vegne af psykologgruppen i Afdeling for Psykoser udtrykker vi stor bekymring over det fremsatte forslag om at reducere antallet af sengepladser til psykotiske patienter i AUH psykiatrien.

Efter flere tragiske hændelser har man nationalt udarbejdet anbefalinger om at øge kapaciteten af sengepladser og intensivere behandlingen til psykotiske patienter. Det står i skarp kontrast til, at der nu planlægges en reduktion af sengepladser i Afdeling for Psykoser, som præges af massiv overbelægning.

Vores erfaring er, at psykotiske patienter har brug for længerevarende indlæggelser og tæt opfølgning for at opnå stabilitet og forebygge tilbagefald. Med færre sengepladser er vi dybt bekymrede for, at det i fremtiden vil være endnu vanskeligere for psykotiske patienter at blive indlagt, hvilket kan få alvorlige konsekvenser for den enkelte patients sygdom og risiko for andre.

Vi opfordrer derfor regionsrådet til at revurdere beslutningen om at reducere sengekapaciteten i Afdeling for Psykoser, da det strider mod de nationale anbefalinger og kan have alvorlige menneskelige konsekvenser.

Med venlig hilsen

Tillidsrepræsentanter for Dansk Psykolog Forening

Ida Ussing-Kelstrup og Rasmus Holm

Høringssvar fra ergoterapeuterne i AFP vedrørende tilpasning af sengekapacitet.

Forslaget vedrørende tilpasning af sengekapacitet vækker stor frustration og bekymring og giver stor usikkerhed i forhold til fremtidige funktioner. Det afstedkommer en lang række spørgsmål;

Det er bekymrende, at man flytter seks rehabiliteringspladser til et akutafsnit, hvor rammerne til rehabilitering næppe vil være tilstede, hverken bygningsmæssigt eller med hensyn til patientsammensætningen. Rehabilitering kræver bl.a. tid, ro og forudsigelighed, hvilket ikke vurderes at være tilstede på et akut modtageafsnit. Muligheden for at indlægge patienter til længere rehabiliteringsforløb synes dermed at forsvinde, hvilket forringer behandlingstilbuddet til de sværest syge patienter. Det kan også få den konsekvens, at det vil øge presset på ambulatorierne, som ikke længere vil få mulighed for at indlægge de sværest syge patienter til et længerevarende rehabiliteringsforløb, men i stedet behandle dem ambulant i de perioder, hvor de ikke er kortvarigt indlagt.

Ambulatoriet bliver yderligere presset, når senge reduceres i AFP, hvor der i forvejen er for få pladser. Det vil presse muligheden for at tilbyde indlæggelse til patienter, som har behov herfor. Det kan resultere i, at man i stedet for frivillig indlæggelse kan blive nødt til at tvangsindlægge, hvis tilstanden forværres i ventetiden.

Forslaget indeholder også, at flytte seks gerontopladser fra S10 til ADA for hermed at frigøre pladser til psykosepatienter. I praksis er der sjældent seks gerontopatienter på S10, så sengene bliver i stedet brugt til akutte psykosepatienter. Disse ekstra senge til akutte patienter vil med forslaget forsvinde og dermed vil sengepladser til psykosepatienter reduceres. Det forventes, at reduktion af sengepladser i akutpsykiatrien vil øge den i forvejen øgede overbelægning i AFP og dermed give dårligere behandlingsforløb og ringe muligheder for rehabilitering.

Forslaget giver anledning til at stille en lang række spørgsmål;

- Det synes at have lange udsigter at kapaciteten først er komplet øget om 5 år. Hvordan får vi personalet, der allerede har et højt sygefravær, til at holde ud ind til da, når presset på behandlingspsykiatrien øges?

- I 2024 skal Psykiatrien overtage behandlingen af patienter med dobbeltdiagnoser og man må forvente, at der også vil blive brug for at kunne indlægge nogle af disse patienter i periode. Hvor tænker man, at det skal være? Her kunne S6 have været et relevant tilbud med de eksisterende kompetencer.

Det giver uro i personalegruppen med så stram en tidsplan og mulig personaleflugt frygtes. Der er aktuelt stort fokus på udfordringerne med at rekruttere og tilknytte personale.

Har man sikret sig at der kommer til at være en ordentlig proces for de involverede medarbejdere? Det er en meget stor del af medarbejderne, som kan se ind i ændrede ansættelsesvilkår. Medarbejdere fra eksempelvis S6 skal behandle anden patientgruppe, når de tilbydes job på andet afsnit. Er der opmærksomhed på, at det får betydning rent fagligt, at man får en mulig ny patientgruppe at arbejde med?

Og hvordan sikrer man fortsat tværfaglighed i de nye organisationer?

Specifikt svar fra ergoterapeuter ansat i S6:

Hvilke konsekvenser har det for os som faggruppe hvis det nuværende forslag ift. omstrukturering af S6 bliver sat i værk:

1) Som faggruppe kommer vi til at miste mange af de faciliteter der gør, at vi kan udøve meningsfuld ergoterapi. Muligheden for at udøve mange forskellige aktiviteter begrænses i stort omfang pga. de omgivelsesmæssige forandringer der uundgåeligt vil forekomme, og det bliver derfor svært udfordret at lave de observationer vi normalt gør af patienter i aktivitet, hvilket vores vurderinger og behandling bl.a. beror på.

Den ergoterapeutiske rehabiliteringsindsats fokuserer i høj grad på at øve basale hverdagsaktiviteter, og implementere disse hos den enkelte patient. Dette kan vi i høj grad udføre og tilbyde i de rammer vi på det nuværende S6 har. Dette beror sig på bl.a. køkkenaktiviteter, som vil blive udfordret på S8, da der her ikke vil være et køkken til rådighed kun til os. Det er bl.a. også her vi gør nogle af vores vigtige observationer ift. at kunne udarbejde funktionsbeskrivelser. Dette er blot ét af de aktivitetsmæssige områder som vi begrænses i, og som udgør risici for udførelsen af ergoterapi samt den rehabiliterende indsats.

Ergoterapi er en essentiel del af den rehabiliterende indsats, og kan ikke erstattes af andre faggrupper. Vi er en uundværlig del af den tværfaglige og tværsektorielle indsats i psykiatrien, og specielt på de særlige pladser. Med vores unikke indsigt og fokus i- og på aktivitet, og betydningen af disse for et meningsfuldt og tilfredsstillende liv, vil det kompromittere det tilbud der bliver i de nye rammer, hvis ikke den ergoterapeutiske del opretholdes på niveau med den der er for nuværende.

Herudover vil det give et enormt bagslag ifm. undersøgelse og intervention ifm. sansemodulationsforstyrrelser hos den enkelte patient, hvis ikke der i fremtiden vil være ergoterapeuter nok til at udarbejde sensoriske profiler på patienterne. Her skal også lægges vægt på den indflydelse sensorisk arbejde og mestring har på nedsættelsen af tvangsforanstaltninger i psykiatrien.

2) **Konsekvenser for den enkelte ergoterapeut.**

- Da vi på et ekstraordinært personalemøde d. 15/1-24 er blevet gjort opmærksom på den nedskæring i personalet, der uundgåeligt vil forekomme i AFP, som følge af omstruktureringen, dette bekymrer os naturligvis.

Som det er blevet lagt ud er vi i overhængende risiko for at blive "indirekte fyret", sagt på den måde, at hvis ikke vi siger ja til et tilbud om job, bliver det betragtet som en opsigelse fra vores side af.

Dette mener vi ikke er fair.

Som der bliver lagt op til, er det ca. 25 personaler der skal skæres i AFP. Det må derfor forventes at mange fra det nuværende S6, ender med ikke at få en plads i AFP, og slet ikke på S8 i de "nye" særlige pladser. Derfor ender mange nok med at blive tilbudt en stilling i ADA, hvilket vi er en del der ikke ønsker. På den måde ender vi med at sige "nej" til et tilbud og dermed "opsige" os selv. Konsekvensen af dette vil for den enkelte være karens, hvilket giver store økonomiske udfordringer. Dette mener vi ikke er OK, eftersom det ikke er af vores egen fri vilje at vi ikke fortsætter.

- Derfor så vi gerne, at dette ændres således at det ikke er en opsigelse at sige nej til et tilbud om et job i et andet afsnit og afdeling end de særlige pladser, men derimod en fyring.

På vegne af ergoterapeuter i AFP,

Karin Bonde Jessen, TR for ergoterapeuter

Høringssvar fra Yngre Læger vdr planlagt omorganisering af psykiatrien AUH

Til rette vedkomne,

Yngre Læger ønsker at gøre opmærksom på følgende udfordringer i forbindelse med mulig implementering af foreslået model for omorganisering.

1. Omstruktureringen finder sted på baggrund af 0-4 patienter med spiseforstyrrelse, som ikke må være indlagt i børne- og ungdomspsykiatrien i henhold til FN-konvention. YL henstiller til, at det overvejes om en så omfattende omorganisering er den eneste mulige løsning af problemet.
2. YL finder det kritisabelt, at man ikke har været inddraget tidligere i processen. Medarbejderinddragelse og lokal forankring er en nødvendig forudsætning for at gennemføre en eventuel omorganisering vellykket.
3. Den planlagte omorganisering vil reducere antallet af sengepladser i Afdeling for Psykoser, som allerede er i hyppig overbelægning. Psykoseafdelingen varetager behandlingen af patienter med psykoselidelser, herunder: skizofreni, autisme, ADHD, mental retardering, hjerneskadeudløste psykoser, stofudløste psykoser og patienter med dom til behandling på baggrund af en psykose. Færre sengepladser til disse patientgrupper vil utvivlsomt betyde:
 - Dårligere behandlingsmuligheder
 - Øget risiko for kriminalitet i samfundet
 - Større anvendelse af tvang, da man først indlægges når man er meget syg
 - Personaleflugt og rekrutteringsproblemer grundet farligere og voldsommere patientforløb
4. Den påtænkte omorganisering vil ødelægge eksisterende optimerede behandlingstilbud i de berørte afdelinger. Kompetencer og synergier på afsnittene vil forsvinde, og skabe dårligere forhold for patienter og personale. En omorganisering som beskrevet vil betyde:
 - Reduktion af fagligheden
 - Øgede økonomiske omkostninger, da personale skal efteruddannes mv.
 - Mindre patienttilfredshed, da eksisterende tilbud forsvinder
 - Risiko for 'brain-drain' fænomen grundet udfordringer ved omorganisering
 - Reduceret produktion indtil omorganiseringen er fuldt implementeret og afledte negative effekter afhjulpet

Ovenstående skal ikke ses som en udtømmende liste over konsekvenser af den foreslåede omstrukturering, men nærmere et udpluk udfordringer mhp synliggørelse af disse.

Med venlig hilsen

Julius Hvidt

H-læge i psykiatri

Tillidsrepræsentant for Yngre Læger i Afdelingen for Psykoser

Høringssvar Socialpædagoger.

Høringssvar angående sengekapacitet omrokering i psykiatrien.

Problematikker angående S06

Ved at rykke s06 over til s08 kommer man til at rykke på dynamikken der er opbygget i S06 og den succesrate, der er blevet oparbejdet i løbet af de år den har været etableret i Skejby, som ses højere end det tilsvarende afsnit i Viborg.

Ved at rykke patienter med rehabiliteringspotentiale og misbrugsproblematikker over til domspatienter med udprægede misbrugsproblematikker og kriminelle tendenser, fordrer man videre misbrug, og derved skabes et miljø for kriminalitet, som direkte modarbejder rehabiliteringen.

Arbejdsmiljøet på begge sider af "væggen" vil blive presset grundet den store forskel i arbejdsopgaver der ligger i en rehabiliterende tilgang med tilbageslutning til samfundet, meningskabelse af eget liv, mestring af egen tilværelse mm. op imod klare rammer, grænsesætning, domspålæggelse, tværsektorielt samarbejde, mm. disse vil ikke være foreneligt. Under dette ville arbejdsmiljøet personalet imellem blive presset, da personalet fra S08 ville bede om hjælp ved s 06. S06 ville føle sig forpligtet til dette på trods af egne arbejdsopgave som vil være nemmere at tilsidesætte på trods af vigtigheden af disse!

Dette er alt sammen prøvet både i Riskov også til dels under corona.

Hvordan har man påtænkt sig at fastholde alt personale?

Hvad gør man når, og såfremt, psykiatrien skal løfte problematikken omkring dobbelt diagnoser?

Løsningsforslag

Benyt de kommende 5 sengepladser på s06 til de 4 normerede voksne med spiseforstyrrelse. Dette ville være det mindst indgribende i forhold til at løfte problematikken omkring Børnekonventionen.

Løsningsforslag i forhold til at øge sengekapaciteten ser fin ud med de ny etablerede planer for R5 samt Horsens osv. Men i forhold til at

øge/fastholde antallet af almene sengepladser i AFP går dette ikke op, da tallene der bliver fremvist er i uoverensstemmelse med virkeligheden.

Dette er både antallet af Horsens patienter på pladserne på S08 samt demens pladserne på S10.

Problematik angående S08

Ved at rykke S06 ind på s08 ødelægger man et godt pleje personale team som løfter opgaven på trods af manglende læger samt overlæger.

Pt gruppen på S08 er både lovmæssigt og samfundsmæssigt komplekse og det har taget mange år at opbygge både kendskab, men ikke mindst samarbejde og relationer mellem både pt gruppen selv, samt tværsektorielle samarbejdspartnere.

Det skal her pointeres at man vælger at omstrukturere et sted hvor patientgruppen potentielt er de farligste vi har i samfundet og derfor har en behandlingsdom, da disse ikke kan gå i samfundet når deres tilstand bliver forværret eller er under indflydelse af euforiserende stoffer.

Løsningsforslag

her støtter de sig op af Høringsvaret fra S08.

26. januar 2024

Høringssvar fra FOA Århus til Forslag om tilpasning af sengekapaciteten i Psykiatrien i Region Midtjylland.

FOA Århus har med bekymring læst høringsmaterialet om tilpasning af sengekapaciteten i psykiatrien i Region Midtjylland.

Konsekvensen heraf kan meget forventeligt blive større medarbejderafgang / manglende fastholdelse med et betydeligt tab af kompetencer indenfor de enkelte specialer, dårligere arbejdsmiljømæssig trivsel for medarbejdere og risiko for længere indlæggelsestider, større konflikter mellem patienter og medarbejdere og patienter indbyrdes. Alt sammen risikerer at svække psykiatrien og kvaliteten af behandlingstilbuddet, hvilket de mange reaktioner fra medarbejderside tydeligt tilkendegiver.

Planen bærer præg af at være en skrivebordsøvelse med en helt unødvendig stor omorganisering af eksisterende afdelinger og uden den nødvendige og i MED-aftalerne beskrevne MED-arbejderindflydelse. Planen er således forelagt ansatte til høring 10. januar uden forudgående drøftelse med mulighed for medindflydelse, hvilket vi finder er et klart brud på MED-rammeaftalens §6, 1-3 og § 7, 1-4 og her særligt §7 stk. 2 om en så tidlig information og drøftelse, at medarbejdersiden kan indgå i grundlaget, dvs. beslutningsforslaget tilblivelse, for ledelsens beslutninger og ikke som nu, hvor der blot er lagt op til en høringsfase.

I forhold til de konkrete forslag er vi bekymrede over sammenblandingen af særlige pladser med rehabiliterende tilgang og akutte pladser på det nuværende S8.

Da restriktioner og tilladelser for de to patientgrupper er omfattende forskellige, så risikerer dette at medføre betydelig højere konfliktniveau, øget brug af tvang og/eller opdeling af fysiske rammer på en uhensigtsmæssig måde, hvilket igen vil svække arbejdsmiljøet, øge personaleophør og svække rekruttering.

Såfremt den nuværende ruminddeling med gangareal rundt om atriumgård fx afspærres til en enkelt ensrettet gang for at modvirke ovenstående, så vil det medføre betydelig risiko for et øget konfliktniveau ved stærkt psykotiske patienter, da erfaringen med atriumgårdene og omliggende gangarealer efter udflytning fra Psykiatrien i Risskov har vist en gavnlig effekt med færre patientsammenstød.

Ligeledes vil flytning af demenspatienter med komorbiditet fra S10 til ADA medføre et opsplittet speciale og risiko for medarbejderafgang og deraf følgende dårligt arbejdsmiljø.

FOA Århus anerkender behovet for at flytte voksne med spiseforstyrrelse fra børne-ungeafsnittene. Der er pt. 11 patienter med denne diagnose, som typisk er indlagt 1, maks. 4 ad gangen, hvilket kunne etableres uden ovenstående meget omfattende omorganisering på det nuværende S6 indenfor de særlige pladser, som i dag findes her.

Såfremt der fortsat er behov for at tilpasse sengepladser, konkret nedlægge 5 senge, som planen peger på, så gør FOA Århus opmærksom på, at der fra personaleside ofte har været peget på det stærkt uhensigtsmæssige i dobbeltstuer med så syge patientgrupper. Der findes pt. 6 dobbeltstuer på hhv. S7, S8, S10.

FOA Århus opfordrer på ovenstående baggrund til, at denne plan tages af bordet, samt at emnet med den nødvendige flytning af voksne spiseforstyrrede og eventuel tilpasning af pladser hjemsendes til drøftelse i MED-systemet med henblik på udarbejdelse af en væsentligt mindre indgribende plan med inddragelse og medindflydelse fra berørte personaler.

HØRINGSSVAR

Bekymring for udsigten til at flytte patienter fra S6 til S8

Der er som bekendt et arbejde i gang med at organisere integreret behandling i region midt - herunder integreret behandling under indlæggelse.

Det vurderes på den baggrund yderst sårbart at omorganisere (med risiko for at opløse) det eneste faglige miljø, der findes i den almene psykiatri i Skejby vedr. integreret behandling under indlæggelse.

I forløbsbeskrivelsen for integreret behandling under indlæggelse skelnes mellem korte og lange indlæggelser.

Det er særligt ved de lange indlæggelser, at der er behov for de kompetencer der for nuværende er på S6.

Det drejer sig eksempelvis om kompetencer inden for rusmiddelbehandling - medicinsk og psykoterapeutisk, afholdelse af tværsektorielle behandlingsplansmøder/netværksmøder og en række rehabiliterende tiltag. Den foreløbige "Integrerede indlagte patientforløb" vedhæftes. De beskrevne kompetencer findes for nuværende ikke i ambulante dobbeltdiagnoseteams, hvormed det ikke kan forventes, at ambulante behandlere kan varetage opgaverne på sengeafsnittene.

Det skal for en god ordens skyld nævnes, at forløbsbeskrivelsen endnu ikke er godkendt af psykiatridirektørkredsen. Baseret på erfaringerne fra den ambulante forløbsbeskrivelse forventes det, at forløbsbeskrivelsen godkendes evt. med mindre ændringer eller tilføjelser.

Det vurderes, at der er behov for et sengeafsnit i Skejby, hvor det primære fokus er integreret behandling - herunder rehabilitering.

Ved at samle lange indlæggelser ifm integreret behandling på samme afsnit og under samme ledelse som varetager akut psykiatri risikeres, at det akutte arbejde bliver dominerende på bekostning af nødvendige indsatser i den integrerede behandling.

I visitationsretningslinjerne for integreret behandling anbefales, at den integrerede behandling organiseres i fælles tværfaglige teams, der arbejder under fælles retningslinjer og fælles ledelse.

Med venlig hilsen

Sanne Wissing

Overlæge

Afdeling for Psykoser

Klinik 2, OPUS og DOBS

Aarhus Universitetshospital Psykiatrien

Palle Juul-Jensens Boulevard 175

Indgang K

8200 Aarhus

sanwis@rm.dk

Integreret patientforløb for mennesker med psykiske lidelser og samtidig rusmiddelproblematik

Indhold

Indledning.....	4
Formål.....	4
Baggrund: Hvorfor integreret behandling?	4
No wrong door.....	5
En fælles indsats på tværs af regionerne	5
Ambitioner for integreret behandling af dobbeltdiagnosepatienter	5
Et integreret behandlingstilbud til patienter med dobbeltdiagnose	7
Integreret behandling.....	7
Koordineret behandling.....	7
Stepped care modellen.....	7
Patientens behov er styrende for behandlingen.....	8
Opbygge en behandlingsalliance.....	9
En vedvarende og opsøgende indsats	9
Målgruppe for integreret behandling	10
Del 1. Det integrerede ambulante patientforløb	11
Patientens møde med ambulatoriet	12
Henvvisning og visitation af patienten til integreret behandling.....	13
De fire faser i det ambulante patientforløb	14
Skal- og kan-aktiviteter.....	14
Fase 1. Opstartsfasen	15
Kriterier for at patienten er i opstartsfasen	15
Formål med fasen	15
Principper	15
Fase 2. Behandling når patienten er i ustabil fase	15
Kriterier for at patienten er i behandling i den ustabile fase	15
Formål med fasen	15
Fase 3. Behandling – Den stabile fase	16
Kriterier for at patienten er i behandling i den stabile fase	16
Formål med fasen	16

Fase 4. Overgang til koordineret behandling	16
Kriterier for at patienten kan overgå til koordineret behandling	16
Formål med fasen	16
Del 2. Det integrerede indlagte patientforløb	17
Patientens møde med et sengeafsnit	18
Når patienten ankommer i sengeafsnit, mødes patienten med tillid, hjælpsomhed og nysgerrighed. .	18
Tillidsfulde samtaler styrker behandlingen	18
Hurtig og tilstrækkelig behandling	18
Tidlig planlagt overgang ved udskrivelse	18
Patientforløbets fire faser under indlæggelse	19
Skal-aktiviteter ved kort og lang indlæggelse	19
Vigtige kvalitetsskabende aktiviteter	20
Kan-aktiviteter	20
Fase 1. Patienten henvender sig i akutfunktionen	20
Patienten kan henvende sig på baggrund af/fra/med følgende	20
Formål med fasen	21
Fase 2. Patienten diagnosticeres og får en behandlingsplan	21
Kriterier for at patienten diagnosticeres og får en behandlingsplan	21
Formål med fasen	21
Fase 3. Patienten modtager behandling	21
Kriterier for at patienten modtager behandling	21
Formål med fasen	21
Fase 4. Patientens udskrivelse og overgang	21
Kriterier for at patienten udskrives	21
Formål med fasen	21
Bilag 1. Flowdiagram over det integrerede ambulante patientforløb	22
Bilag B. Flowdiagrammer over det integrerede forløb for indlagte patienter	28

Indledning

Formål

Denne patientforløbsbeskrivelse er skrevet til hospitalsdirektioner, ledere, klinisk- og administrativt personale, der skal udvikle, oprette, drifte og arbejde i et ambulant integreret behandlingstilbud for patienter med dobbeltdiagnose.

Den beskriver et sammenhængende integreret dobbeltdiagnosetilbud af ensartet høj kvalitet til patienter på tværs af regionerne. Patientforløbet beskriver de aktiviteter, der indgår i patientbehandlingen – både de sundhedsfaglige og de socialfaglige indsatser, samt hvilke vejledninger, skemaer osv., der skal understøtte behandlingsforløbene. Del 1 i dokumentet beskriver behandling i ambulante regi, og del 2 beskriver behandling under indlæggelse.

Baggrund: Hvorfor integreret behandling?

Blandt mennesker med en psykisk lidelse har en stor andel samtidig en rusmiddelproblematik - og omvendt. De har tilmed ofte svære og komplekse sociale udfordringer og øget risiko for somatiske sygdom. Det komplekse sygdomsbillede gør, at disse mennesker har behov for en sammenhængende behandling, der sætter ind overfor patientens samlede problem og livssituation.

Siden 2007 har kommunerne haft ansvaret for ambulant alkohol- og stofbehandling, mens regionerne har haft ansvaret for behandling af psykiske lidelser. Regeringen, Danske Regioner og Kommunernes Landsorganisation vedtog med Økonomaftalen for 2023, at rusmiddelbehandlingen af mennesker med en samtidig psykisk lidelse fra 2024 trinvist skal overgå til regionerne. Regionerne skal herefter tilbyde patienter med samtidigt psykisk lidelse og rusmiddelproblematik, et integreret behandlingstilbud.

Gennem de seneste cirka 20 år er der kommet en række anbefalinger internationalt vedrørende dobbeltdiagnoseområdet. Anbefalingerne peger alle på, at patienter med dobbeltdiagnose bedst behandles 'integreret'. Hermed er der internationalt konsensus om, at rusmiddelproblematik og psykisk lidelse skal ses og behandles samlet og i sammenhæng. Dvs. at den specifikke psykiske lidelse og rusmiddelproblematik skal mødes af én sammenhængende behandlingsindsats.

Integreret behandling er ikke et fastlagt behandlingsprogram. Det er et ideal, hvor behandlere søger at fjerne de barrierer, der står i vejen for at levere sammenhængende hjælp og helhedsorienteret behandling til mennesker med dobbeltdiagnoser.

Sundhedsstyrelsen og Social- og Boligstyrelsen har udarbejdet en faglig visitationsretningslinje (<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2023/Visitation-til-integreret-behandling-af-mennesker-med-psykisk-lidelse-og-rusmiddelproblematik>), som beskriver visitationen til integreret behandling af mennesker med dobbeltdiagnoser. Den inkluderer en beskrivelse af målgruppen samt principper og organisering af behandlingen. Denne patientforløbs-beskrivelse skal læses i sammenhæng med de faglige visitationsretningslinjer.

No wrong door

For patienter i målgruppen er det særligt vigtigt, at der er nem adgang til behandling, og at man som patient ikke bliver afvist fx med begrundelse i rusmiddelproblematik. Derfor følger regionerne **No wrong door**-princippet. Det vil sige, at uanset hvor patienten henvender sig for at få hjælp i (fx egen læge, akutklinik, psykiatri, somatik og kommunale instanser), skal behovet og behandling identificeres og imødekommes. Hvis behandlere under behandlingsforløbet vurderer, at den videre behandling, helt eller delvist, varetages bedre et andet sted, skal overgangen til den videre behandling ske via henvisning og brobygning.

En fælles indsats på tværs af regionerne

De fem regioner har forskellige rammevilkår for den behandling der tilbydes, som fx geografiske forskelle og måden de psykiatriske tilbud er organiseret på. Det tager denne patientforløbsbeskrivelse højde for. Risikoen for at "tabe" patienter med dobbeltdiagnoser er høj ved overgange mellem behandlingstilbud og sektorer. Derfor er det et princip for patientbehandlingen, at overgange skal minimeres. Den ambulante integrerede behandling skal, så vidt muligt, være en del af de nuværende tilbud i regionerne.

Ambitioner for integreret behandling af dobbeltdiagnosepatienter

Patientforløbsbeskrivelsen er et middel til at give patienter i landets fem regioner den bedst mulige integrerede behandling for psykiske lidelser og samtidig rusmiddelproblematik. Ambitionerne med patientforløbene er:

Patientperspektivet

- Sammenhængende patientforløb: samme patient, samme behandlere og behandling samme sted
- Støtte til recovery: håb, drømme, identitet og fællesskaber
- Patienter bliver mødt med empati, forståelse og lydhørhed
- No Wrong Door: patienter har let og hurtig adgang til hjælp

Behandlingskvaliteten

- Fleksibelt forløb, målrettet den enkelte patients behov
- Ensartet behandling i høj kvalitet understøttet af faglige retningslinjer og vejledninger
- Behandlingen skal være integreret
- Samarbejde med patienter og pårørende ud fra beskrevne standarder og roller

Medarbejderperspektivet

- Tilbud om ensartet kompetenceudvikling af personale på tværs af regionerne
- Der er tid nok til at behandle den enkelte patient
- Vi samarbejder tæt om patienterne på tværs af faggrupper og sektorer
- Vi hjælper med fokus på hele patientens situation

Arbejdsgange

- Få overgange i forløbet, hvor sammenhæng er velbeskrevet

- En fortsættende behandlingsplan – patientens plan
- Bygge bro: mellem indlæggelser og ambulant behandling, og mellem integreret og koordineret behandling
- Fokus på god velkomst og opstart

Et integreret behandlingstilbud til patienter med dobbeltdiagnose

Integreret behandling

I et integreret behandlingstilbud til patienter med dobbeltdiagnose er den sociale- og sundhedsfaglige behandling af rusmiddelproblematikken og behandlingen af den psykiske lidelse forankret i regionen.

Det integrerede behandlingstilbud skal være nært, tilgængeligt og fleksibelt og skal tilrettelægges efter den enkeltes behov og situation. Som patient skal man kunne modtage den samlede behandling på én fysisk lokation, men det skal også være muligt at få behandling fx i eget hjem eller via telepsykiatriske funktioner.

Den ambulante integrerede behandling vil foregå mest hensigtsmæssigt i tværfaglige teams, som arbejder under fælles ledelse og med fælles retningslinjer. Patient og behandlere lægger én samlet behandlingsplan for den enkelte patient; en plan som både inkluderer psykiatrisk- og rusmiddelbehandling. Recovery og skadesreduktion indgår som et gennemgående princip i det integrerede behandlingstilbud.

I hele behandlingsforløbet samarbejder patienten med behandlere og andre relevante aktører, som løbende inddrages via koordinerende indsatsplaner og på netværksmøder. Omdrejningspunktet er den enkelte patients ønsker og behov ift. fx bolig og beskæftigelse, familie og venner, mv. Der skal være fokus på at inddrage og støtte evt. pårørende herunder en særlig opmærksomhed på børn som pårørende.

Gruppen af patienter, som har begge lidelser i svær grad samt komplekse sociale problemstillinger, vil også være en del af dette tilbud. Her tilbydes patienten en særligt fleksibel, målrettet og håndholdt indsats.

Koordineret behandling

Alle behandlingsforløb skal være koordinerede. Det vil sige, at der er en helhedsorienteret tilgang der sikrer, at patientens ønsker og behov imødekommes. Det sker ved at koordinere og inddrage alle relevante aktører på tværs af indsatser og sektorer. Koordineringen skal ske før, under og efter den integrerede behandling.

I et koordineret behandlingsforløb (kaldet parallelt forløb i Sundhedsstyrelsens visitationsretningslinjer) følger patienten den psykiatriske behandling i regionen samtidigt med behandlingen for rusmiddelproblematikken forgår i kommunalt regi. Koordinerede forløb skal tilbydes de patienter, som har et samlet funktionsniveau, der gør, at de fagligt vurderes at profitere fra det.

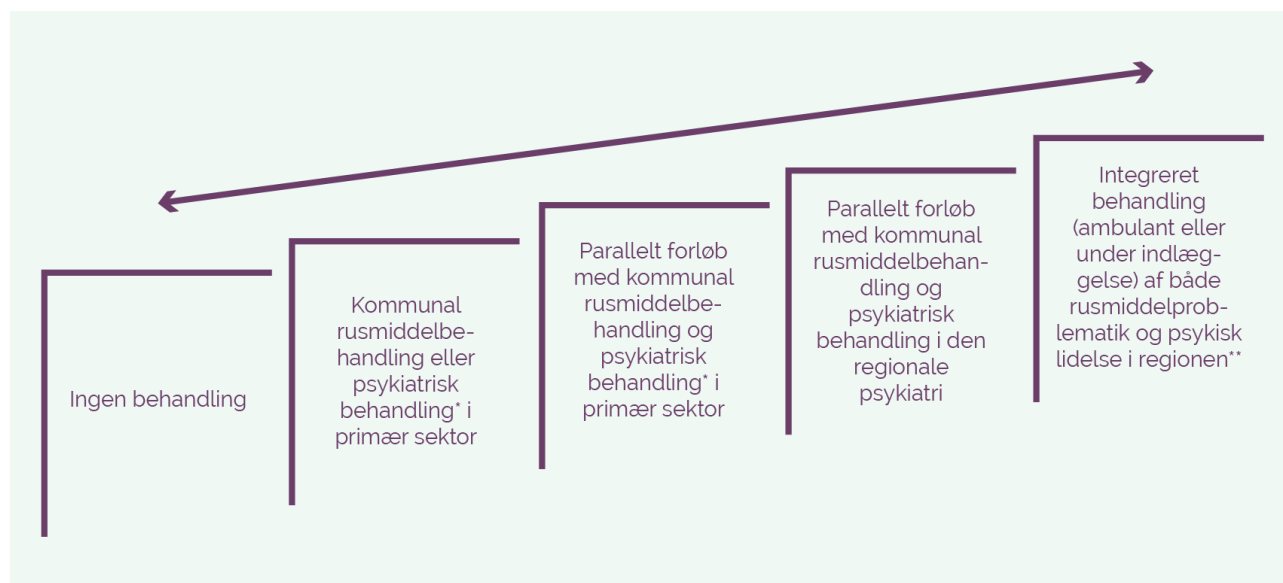
I et koordineret forløb skal patientbehandlingen altid koordineres på tværs af indsatser og sektorer – på samme måde som i et integreret forløb ved brug af koordinerende indsatsplaner og netværksmøder.

Stepped care modellen

Behandlingen af patienter med en dobbeltdiagnose foregår som en graderet indsats. Intensiteten bestemmes ud fra sværhedsgraden af patientens sygdomme og problemstillinger og patientens ønsker til behandlingen.

Stepped care modellen (se fig. 1) illustrerer, hvordan man kan øge og reducere intensiteten af behandlingen. Det integrerede forløb er det øverste step i modellen og det parallelle forløb det andet øverste. Patienten tilbydes det behandlingsforløb, der bedst matcher patientønsker og -behov. I overgangen af

rusmiddelbehandling fra en sektor til en anden skal der være tæt koordinering og brobygning med forpligtende aftaler for håndtering af tilbagefald (dvs. uden ny visitation i minimum et år). For de patienter som har fluktuerende behov, er det vigtigt, at der ikke er for mange overgange, og at der skabes en stabil og kontinuerlig behandling.



* Psykoterapeutisk og/eller medicinsk behandling hos psykolog, psykiater eller egen læge

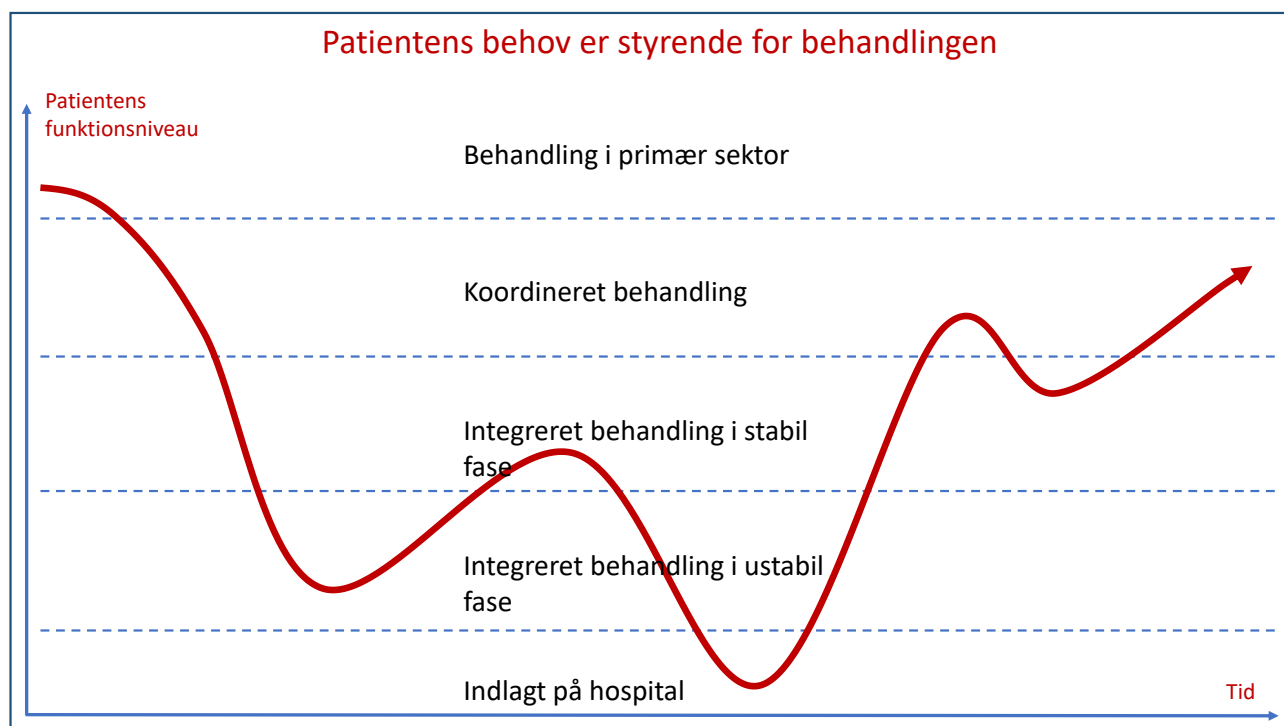
** I tæt samarbejde med bopælskommune vedr. bolig, beskæftigelse o.l.

Figur 1. Stepped care modellen

Patientens behov er styrende for behandlingen

Patienter med dobbeltdiagnoser har ofte sygdomsforløb af cyklisk og ustabil karakter, og det er derfor vigtigt at behandlingstilbuddet kan tilpasses alt efter sværhedsgraden af både den psykiske lidelse og rusmiddelproblematikken.

Figur 2 illustrerer, hvordan man i det integrerede behandlingsforløb kan justere intensiteten af behandlingen.



Figur 2. Patientens behov er styrende for behandlingen

Opbygge en behandlingsalliance

Patienter med dobbeltdiagnoser kan have haft tidligere negative oplevelser med behandlingssystemet og kan, ud over en kaotisk livsstil, derfor have svært ved at indgå i relationer. Personen kan have lyst til at blive rask, men kan være så påvirket af lidelserne og/eller den samlede livssituation, at det kan være svært at opbygge og vedligeholde relationer til behandlere eller følge behandlingen i perioder. Behandlingen tager højde for, at det kan tage tid og kræve en vedvarende indsats, før patienten har lyst, tillid og personlige ressourcer til at behandlingen kan foregå.

En vedvarende og opsøgende indsats

Patienter med dobbeltdiagnoser kan være særdeles ustabil i fremmøde og i kontakten, f.eks. i perioder med ustabil/eskaleret rusmiddelindtag og/eller forværring i psykisk lidelse. Der kan være øget behov for etablere opsøgende indsats i den ustabile fase. Manglende fremmøde til behandling er for denne målgruppe ikke lig med 'manglende motivation'. Her skal der tages særlig hensyn til denne patientgruppe og således iværksættes f.eks. opsøgende hjælp på lige fod med intensive patienter.

Målgruppe for integreret behandling

Målgruppen for det integrerede behandlingstilbud er:

- Voksne (18+).
- Personer med moderat til svær behandlelig psykisk lidelse, samtidig rusmiddelproblematik samt nedsat funktionsevne, som ikke vurderes at kunne indgå i et koordineret forløb – eller hvor der har været utilstrækkelig virkning af et koordineret forløb.
- Personer med rusmiddelproblematik og stærk mistanke om moderat til svær behandlelig psykisk lidelse, samt nedsat funktionsevne, som ikke vurderes at kunne indgå i et koordineret forløb – eller hvor der har været utilstrækkelig virkning af et koordineret forløb.
- Det vurderes, at diagnoser blandt personer i målgruppen typisk vil være psykoser, herunder stofudløste psykoser, skizofreni, svær grad af affektive lidelser såsom bipolar lidelse eller depression med psykotiske symptomer eller svær grad af angstlidelser som fx PTSD. Mennesker med personlighedsforstyrrelser, ADHD eller andre behandlelige psykiske lidelser i svær grad, kan også være i målgruppe for tilbuddet. Der vil ofte være tale om lidelser af længerevarende og/eller tilbagevendende karakter.
- Rusmiddelproblematikken vil være kendetegnet ved, at patienten har et vedvarende og skadeligt brug af rusmidler i sådan en grad, at det medfører skader eller problemer for vedkommende selv og/eller nærtstående personer. Rusmidler omfatter fx alkohol, opioider, centralstimulerende stoffer så som kokain og amfetaminer, hallucinogener, cannabis samt benzodiazepiner.
- Dette er en meget heterogen gruppe. Der vil være nogle, som kan følge et struktureret behandlingstilbud, mens andre vil have en sværhedsgrad af psykisk lidelse og rusmiddelproblematik og/eller en kompleks og kaotisk livssituation, som gør at de har behov for et meget fleksibelt og håndholdt tilbud.

Del 1. Det integrerede ambulante patientforløb

Patientens møde med ambulatoriet

Udgangspunktet for et vellykket behandlingsforløb er, at behandlere, patient og pårørende formår at etablere et samarbejde med et fælles fokus. Samarbejdet skal være kendetegnet ved, at:

Fagpersonalet har faglighed, som omfatter indsigter i hele patientens situation

Den samtale og de planlægningsaktiviteter som patienten har med fagpersonalet skal være orienteret om patientens hele liv. Personalet skal både interessere sig for patientens problematikker, men også for de sammenhænge, som findes i patientens liv. Hvordan påvirker patientens psykiske lidelse, rusmiddelproblematik og livssituation hinanden? Og hvad med job, økonomi, somatiske sygdomme, familie og venner? Personalet skal turde spørge ind til brug af rusmidler, og skal sammen med patienten komme til bunds i diagnosen, så den rigtige hjælp og behandling kan gives.

Relationen mellem patient og personale bygger på tillid og fælles indsigter

Behandlingstilbuddet skal være troværdigt og tillidsvækkende, og det skal tage højde for at det tager tid at opbygge en relation, samt at bryde en evt. tidligere opstået mistillid. Patienten skal møde de samme gennemgående fagpersoner, hvor tilliden kan udvikle sig og samarbejdet om behandlingsforløbet kan blive indsigtfuldt, ærligt og hjælpsomt. Relationen skal kunne rumme, at patienten i perioder kan være for syg til at følge sin behandling. Peer medarbejdere kan hjælpe med at styrke relationen mellem patienten og behandlingstilbuddet.

Omgangsformen er imødekommende, åben og ærlig

Patienten skal føle sig velkommen og forstået i sit behandlingsforløb, for at behandlingen bliver motiverende og lusten til at fortsætte er intakt. Behandlingsstedet skal være et rart sted at komme, hvor patienten kan være tryk ved at fortælle ærligt og åbent om brug af rusmidler og psykisk lidelse. Adgangen skal følge **No wrong door**-princippet. Det betyder, at uanset hvor patienten henvender sig i psykiatri, somatik eller kommunale instanser, skal behovet for hjælp og behandling identificeres og imødekommes. Det sker via henvisning og brobygning, hvor der oprettes kontakt med det rette tilbud. Patienter må ikke afvises eller slippes.

Pårørende kan være en vigtig ressource i patientens recovery

Selv om pårørende ikke kan have ansvar for behandlingen, kan en pårørende have en vigtig rolle og en stemme, der på patientens vegne kan bringe indsigter om patientens behov, erfaringer og liv ind i samarbejdet mellem behandlere og patient. Ikke alle patienter har en pårørende som støtte og hjælp, mens behandlingen står på.

Involveringen starter med at spørge patienten "Hvad er det du har brug for?"

Behandlingstilbuddet skal etablere et ligeværdigt samarbejde med patient og pårørende. Patient og pårørende er eksperter i patienten liv, sygdom og behov. Det team af fagpersoner, som omgiver patienten, skal interessere sig for patientens samlede situation og udforme et troværdigt behandlingstilbud i samarbejde med patient og pårørende. Positive fællesskaber kan motivere til behandling og øget involvering. Peer medarbejdere kan bidrage til at sikre god involvering af patienter og deres pårørende.

Henvisning og visitation af patienten til integreret behandling

En tværregional arbejdsgruppe er nedsat af den tværregionale planlægningsgruppe, som drøfter henvisnings- og visitationsprocessen ud fra de godkendte faglige visitationsretningslinjer og med henblik på at skabe en ensartet tilgang til processen.

De fire faser i det ambulante patientforløb

Det integrerede ambulante patientforløb består af fire faser:

- En opstartsfase
- En ustabil fase
- En stabil fase
- Overgangsfase (til koordineret behandling)

I de fire faser er det beskrevet, hvordan patienten bliver tilbudt behandling gennem det ambulante patientforløb og hvilke aktiviteter, undersøgelser, screeninger mv., behandlingen indeholder. Som figur 2 på side 9 illustrerer, vil nogle patienter fx bevæge sig mellem behandlingen i den "stabile" og "ustabile", og også blive indlagt en eller flere gange. Behandlingen er fleksibel og målrettet patientens tilstand, behov og ønsker. Derfor er varigheden og antallet af behandlingsfaser individuelle. Det er også muligt for faserne at lappe over hinanden. Fx kan der være behov for at starte behandling i den ustabile fase, mens de afsluttende aktiviteter i opstartsfasen finder sted.

Patientforløbet kan ses i dets helhed i bilag 1.

Skal- og kan-aktiviteter

Som beskrevet i indledningen har regionerne forskellige udgangspunkter for levering af den integrerede behandling, og derfor er aktiviteterne i faserne delt op i "skal" og "kan" aktiviteter. Aktiviteter der står skrevet i de brune tekstbokse "skal" aktiviteter, som alle regioner vil leve op til, fx:

Aktuelle psykiske symptomer
Risikovurdering

De aktiviteter der står skrevet i de gule tekstbokse er "kan" aktiviteter, som regionerne vil levere, hvor det er realistisk og relevant, fx:

Kognitiv screening
Screening for PTSD (behov undersøges v. traumeskema)

Fase 1. Opstartsfasen

Fasen kan ses på side 23, bilag 1.

Kriterier for at patienten er i opstartsfasen

- Voksne (18+), med ønske om at opstarte i behandling.
- Personer med moderat til svær behandelbar psykisk lidelse, samtidig rusmiddelproblematik samt nedsat funktionsevne, som ikke vurderes at kunne indgå i et koordineret forløb – eller hvor der har været utilstrækkelig virkning af et koordineret forløb.
- Personer med rusmiddelproblematik og stærk mistanke om moderat til svær behandelbar psykisk lidelse, samt nedsat funktionsevne, som ikke vurderes at kunne indgå i et koordineret forløb – eller hvor der har været utilstrækkelig virkning af et koordineret forløb.

Formål med fasen

- At opbygge et tillidsfuldt og trygt samarbejde mellem patienten, pårørende og behandlere
- At skabe fælles forståelse af patientens behandlingsønsker
- At afdække og opstarte psykiske og somatiske forebyggende indsatser og behandlinger
- At afdække rusmiddelforbrug og -mønstre
- At afdække og opstarte social- og adfærdsmæssige interventioner
- At opbygge et samarbejde med patientens netværk, med patientens samtykke.

Principper

- Patientkontakt en gang ugentligt minimum
- Manglende eller utilstrækkelige undersøgelser må ikke være stopklods for behandling

Fase 2. Behandling når patienten er i ustabil fase

Fasen kan ses på side 24, bilag 1.

Kriterier for at patienten er i behandling i den ustabile fase

- Patienten har et stigende kaotisk rusmiddelforbrug
- Patienten har psykiatrisk sygdomsforværring
- Patienten er i en ustabil social situation
- Patientens funktionsniveau er lavt / faldende
- Patienten er overvejende ustabil men kan være kortvarigt eller midlertidigt stabil
- Patienterne vurderer selv, at behandling i ustabil fase er nødvendig

Formål med fasen

- At reducere skade og risiko for skade
- At etablere og fastholde kontakten til patienten

- At opretholde den samlede behandlingsindsats gennem fleksibel og opsøgende patientkontakt
- At gennemføre akut intervention, når det er nødvendigt

Fase 3. Behandling – Den stabile fase

Fasen kan ses på side 25, bilag 1.

Kriterier for at patienten er i behandling i den stabile fase

- Er som udgangspunkt der hvor behandlingen forløber godt. Indtil patienten er ustabil.
- Behandlingen af rusmiddelproblematik er stabil eller reducerende
- Ingen psykiatrisk sygdomsforværring
- Patienten er overvejende stabil men kan være kortvarigt eller midlertidigt ustabil.

Formål med fasen

- Behandlingen er i overensstemmelse med aftalte plan
- Understøtte patienten til at kunne overgå / vende tilbage til et parallelt tilbud
- At kunne intensivere behandlingen til behandling i ustabil fase ved behov
- Nye mål for behandlingen med sigte på, at det ikke er lineært.

Fase 4. Overgang til koordineret behandling

Fasen kan ses på side 26, bilag 1.

Kriterier for at patienten kan overgå til koordineret behandling

- Det samlede funktionsniveau gør, at patienten har gavn af at følge, koordineret behandling, som foregår i samarbejde mellem region og kommune:
 - Patienten skal kunne etablere og indgå i nye behandlingsrelationer
 - Patienten skal være overvejende mødestabil
 - Patienten skal kunne følge den aftalte behandling.
- Det er en grundlæggende forudsætning, at region og kommune formår at koordinere behandling og arbejdsgange, så patienten fortsat oplever ét behandlingsforløb.

Formål med fasen

- At sikre, at patienten er klar til at overgå til koordineret behandling.
- At sikre, at der er en realistisk koordineret indsatsplan, som "gribes" og anvendes efter overgangen til den koordinerede behandling.
- At sikre at patientens funktionsniveau er tilstrækkeligt godt til, at patienten kan overgå til koordineret behandling.
- At hjælpe og bistå patienten til en tryk og sikker overgang til koordineret behandling.

Del 2. Det integrerede indlagte patientforløb

Patientens møde med et sengeafsnit

Når en patient har brug for at blive indlagt på sengeafsnit i en periode, er udgangspunktet af hjælpe patienten tilstrækkeligt til at kunne vende tilbage til ambulant eller anden behandling. Patienten skal opleve, at indlæggelsen er en naturlig afgrænset del af et sammenhængende behandlingsforløb.

Når patienten ankommer i sengeafsnit, mødes patienten med tillid, hjælpsomhed og nysgerrighed. Ved ankomst til sengeafsnit bliver patienten mødt af personale, som lytter og spørger "Hvad har du brug for?". Kort ventetid, tillid og hjælpsomhed er grundlaget for en god start på indlæggelsen; en overgang hvor patienten kan have det svært. Lange ventetider er lig med øgede abstinenser. Personalet lytter både til patient og pårørende.

Tillidsfulde samtaler styrker behandlingen

Under indlæggelsen søger behandlerne at inddrage patienten og de pårørende. Det kan være ensomt at være indlagt, så personalet skal hjælpe med inddrage i samtaler og aktiviteter på afsnittet. En mere praktisk tilgang kan hjælpe med at udtrykke de ting, som kan være svært at sætte ord på. Åbenhed i samtalerne giver patienten en følelse af at blive mødt, respekteret og hjulpet. Kontaktpersoner, peer medarbejdere og pårørende er alle med til at opbygge patientens tro på at behandlingen lykkes – også når der her været et eller flere tidligere indlæggelsesforløb.

Hurtig og tilstrækkelig behandling

Det kan være svært som patient at forholde sig til for mange forskellige behandlere. Der er behov for et fokus på den angst man kan have – både for at være indlagt og omgivet af mennesker man ikke kender, men også mangel på rusmidler og bekymring for om abstinensbehandlingen er tilstrækkelig. Man har brug for at blive mødt af en åben dør, og blive taget alvorlig. Det er meget vigtigt at brobygningen starter tidligt, så der er en god overgang til udskrivelsen. Et godt samarbejde om patientbehandling gør det lettere for patient og personale at nå til en fælles forståelse af, hvad som indgår i behandlingen under indlæggelsen og hvorfor. Åben samtale om psykiatri, rusmiddelproblematik og livsomstændigheder bevirker, at behandlingen kan målrettes patienten og hermed blive mere virksom. Tvang skaber frygt. Ved overgange mellem afsnit skal man følges af en man kender.

Tidlig planlagt overgang ved udskrivelse

Når patienten udskrives fra sengeafsnit, kan der opstå en skrøbelig situation for patienten med ensomhed og risiko for tilbagefald. Dette modgås ved, at udskrivelsen planlægges i god tid (gerne ved indlæggelse) sammen med patient og pårørende med sparring og bistand fra peer/recovery mentor. Præcis hvordan udskrivelsen skal foregå og hvordan tiden efter udskrivelsen fyldes ud med aktiviteter og indhold drøftes løbende i samtaler med behandlere. Skal patienten overgå til behandling i ambulant regi, aftales med patienten om overgangen skal være håndholdt. Det samme aftales, når patienten skal ud at opsøge nye fællesskaber i civilsamfundet, og herved reducere risiko for tilbagefald til misbrug.

Patientforløbets fire faser under indlæggelse

- Patienten henvender sig i akutfunktion
- Patienten diagnosticeres og får en behandlingsplan
- Patienten modtager behandling
- Patientens udskrivelse og overgang.

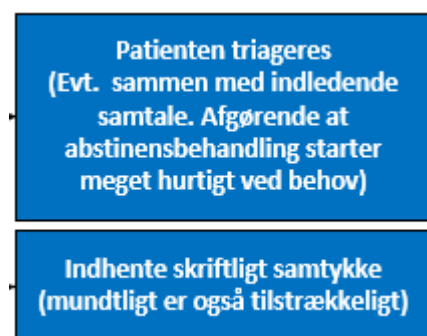
I de fire faser er det beskrevet, hvordan patienten bliver tilbudt behandling fra henvendelse i akutfunktionen, til indlæggelse og frem til udskrivelse, herunder hvilke aktiviteter, undersøgelser, screeninger mv., behandlingen indeholder. Som figur 2 på side 9 illustrerer, vil patienter i målgruppen fx bevæge sig mellem behandlingen i det ambulante integrerede forløb og behandlingen under indlæggelse. Behandlingen er fleksibel og målrettet patientens tilstand, behov og ønsker. Derfor er varigheden og antallet af behandlingsfaser individuelle.

Patientforløbet kan ses i dets helhed i bilag 2.

Skal-aktiviteter ved kort og lang indlæggelse

En del af patienterne forventes at få en kort og stabiliserende indlæggelse, hvilket i denne forløbsbeskrivelse vil sige op til syv dage. Andre patienter har brug for indlæggelse i længere tid. Derfor skelnes mellem kort og lang indlæggelse i forløbsbeskrivelsen.

De aktiviteter som står skrevet i blå tekstbokse, er Skal-aktiviteter ved korttidsindlæggelse på til syv dage. Dette er aktiviteter, som er helt afgørende for at den integrerede indlagte dobbeltdiagnosebehandling skaber den nødvendige behandlingseffekt og patientsikkerhed, fx



De aktiviteter som står skrevet i brune tekstbokse, er yderligere Skal-aktiviteter, for patienter som er indlagte i mere end syv dage. Dette er aktiviteter, som også er helt afgørende for den integrerede indlagte dobbeltdiagnosebehandling, men specifikt for patienter indlagt i længere tid, fx

Samtale med "forløbsansvarlige" (eller team)

- Status på behandling
- Overblik over udskrivelse og brobygning

Læge/Specialpsykolog samtale

- Status på behandling
- Medicinjustering
- Medicinudlevering og substitutionsbeh.

Vigtige kvalitetsskabende aktiviteter

Ud over Skal-aktiviteterne er andre vigtige kvalitetsskabende aktiviteter beskrevet i patientforløbs-beskrivelsen. Dette er aktiviteter, som bringer høj faglig kvalitet ind i patientbehandlingen. Disse aktiviteter er centrale for, at den kliniske behandlingskvalitet og den patientoplevede kvalitet løfter sig til højt niveau. De står skrevet i orange tekstbokse, fx

Udvidet
helbredsundersøgelse ved
sygeplejerske

- Tryksår
- Væsketal
- Sygeplejefaglige opgaver
- KRAM
- Ernæring
- Ved afrusning:
abstinensbehandling

Kan-aktiviteter

Som beskrevet i indledningen har regionerne forskellige udgangspunkter for levering af den integrerede behandling. De aktiviteter der står skrevet i de gule tekstbokse er "kan" aktiviteter, som regionerne vil levere, hvor det er realistisk og relevant, fx:

Patienten får tilbud om
psykoekskatation.

Fase 1. Patienten henvender sig i akutfunktionen

Fasen kan ses på side 29, bilag 2.

Patienten kan henvende sig på baggrund af/fra/med følgende

- Selvhenvendelse, eller følges af pårørende
- Aftale med ambulante behandlere eller egen læge
- Somatikken (skadestue eller stationært afsnit)
- Politi
- Efter kontakt til 1813 eller fællestelefon

- Aftale med andre, fx bosted, rusmiddelenhed, NGO, bostøtte

Formål med fasen

Fase 2. Patienten diagnosticeres og får en behandlingsplan

Fasen kan ses på side 30, bilag 2.

Kriterier for at patienten diagnosticeres og får en behandlingsplan

- Patienter hvor det vurderes, at der er behov for en indlæggelse
- Der er et sikkerhedshensyn
- Diagnosticeringen kan ikke foregå ambulant

Formål med fasen

Fase 3. Patienten modtager behandling

Fasen kan ses på side 31, bilag 2.

Kriterier for at patienten modtager behandling

- Der er et sikkerhedshensyn
- Behandlingen kan ikke foregå ambulant
- Der er behov for psykiatrisk behandling, der rækker ud over afrusning og abstinensbehandling

Formål med fasen

-

Fase 4. Patientens udskrivelse og overgang

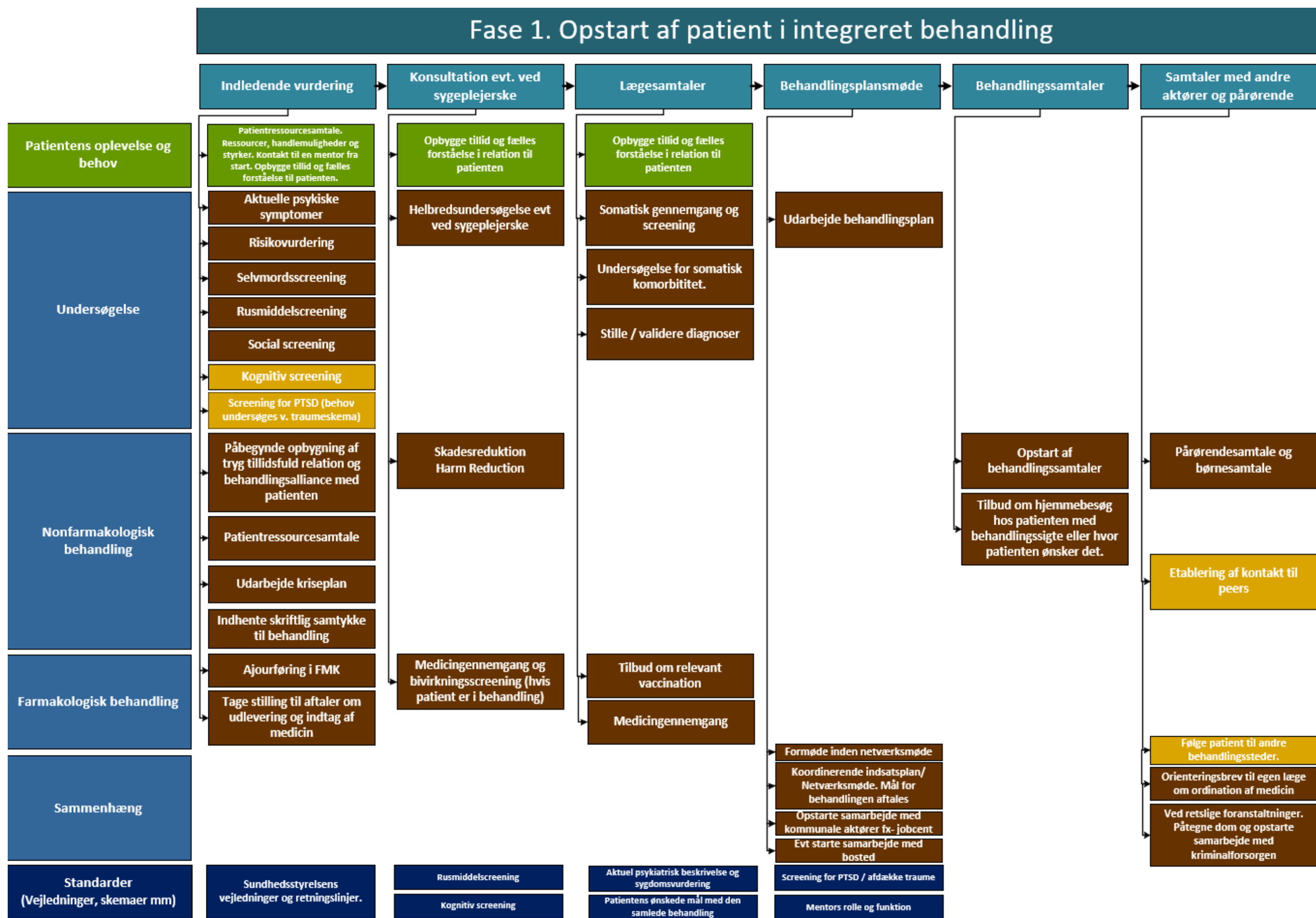
Fasen kan ses på side 32, bilag 2.

Kriterier for at patienten udskrives

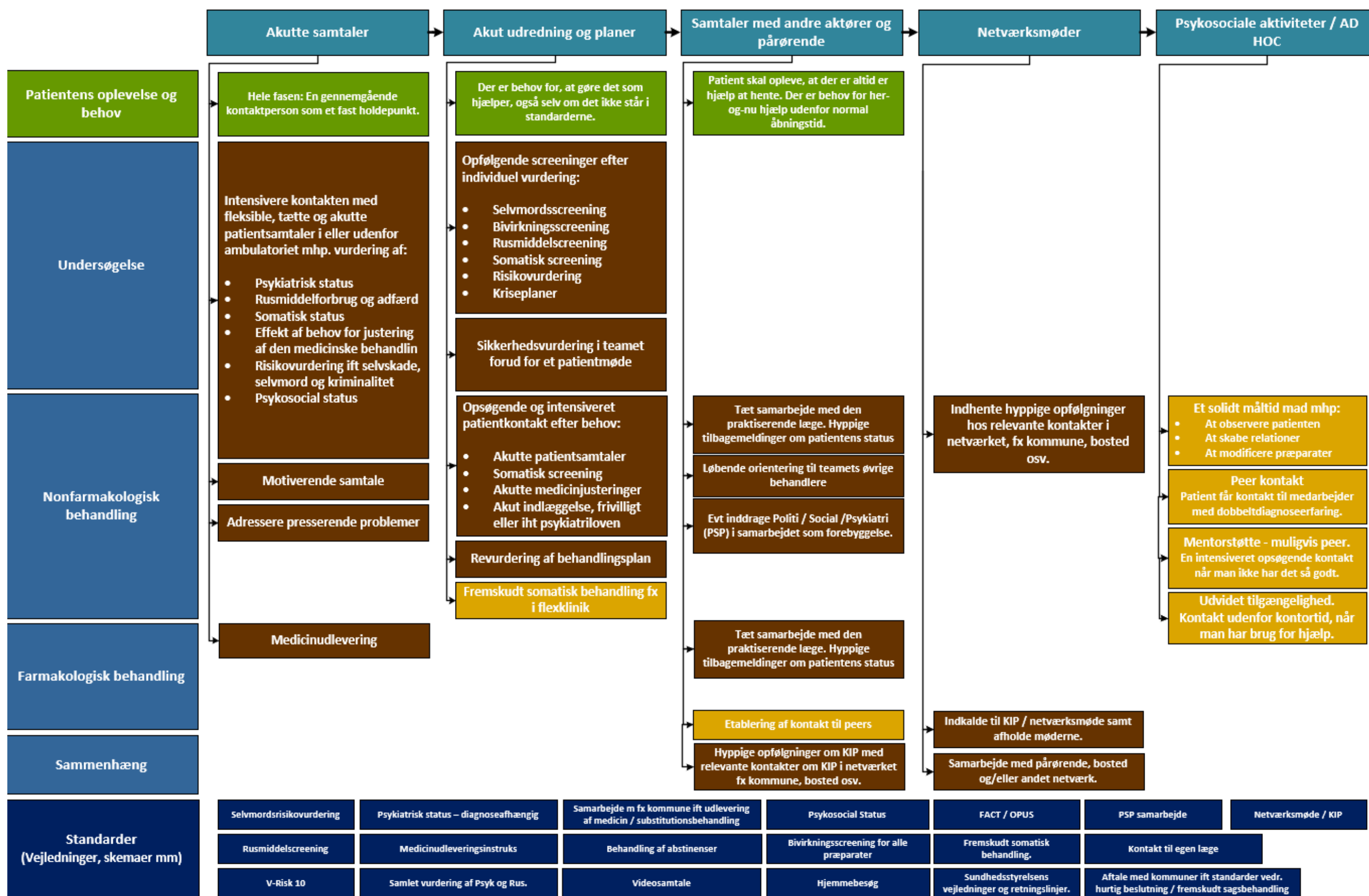
- Patientens psykiske tilstand er stabiliseret, og patienten har haft udgang samt orlov til at sove hjemme (ved længerevarende indlæggelser, da det ikke altid er realistisk ved korte)
- Patienten er ikke længere til fare for sig selv eller andre
- Ved behov er abstinensbehandling påbegyndt, og der er lagt en plan for ambulant integreret opfølgning

Formål med fasen

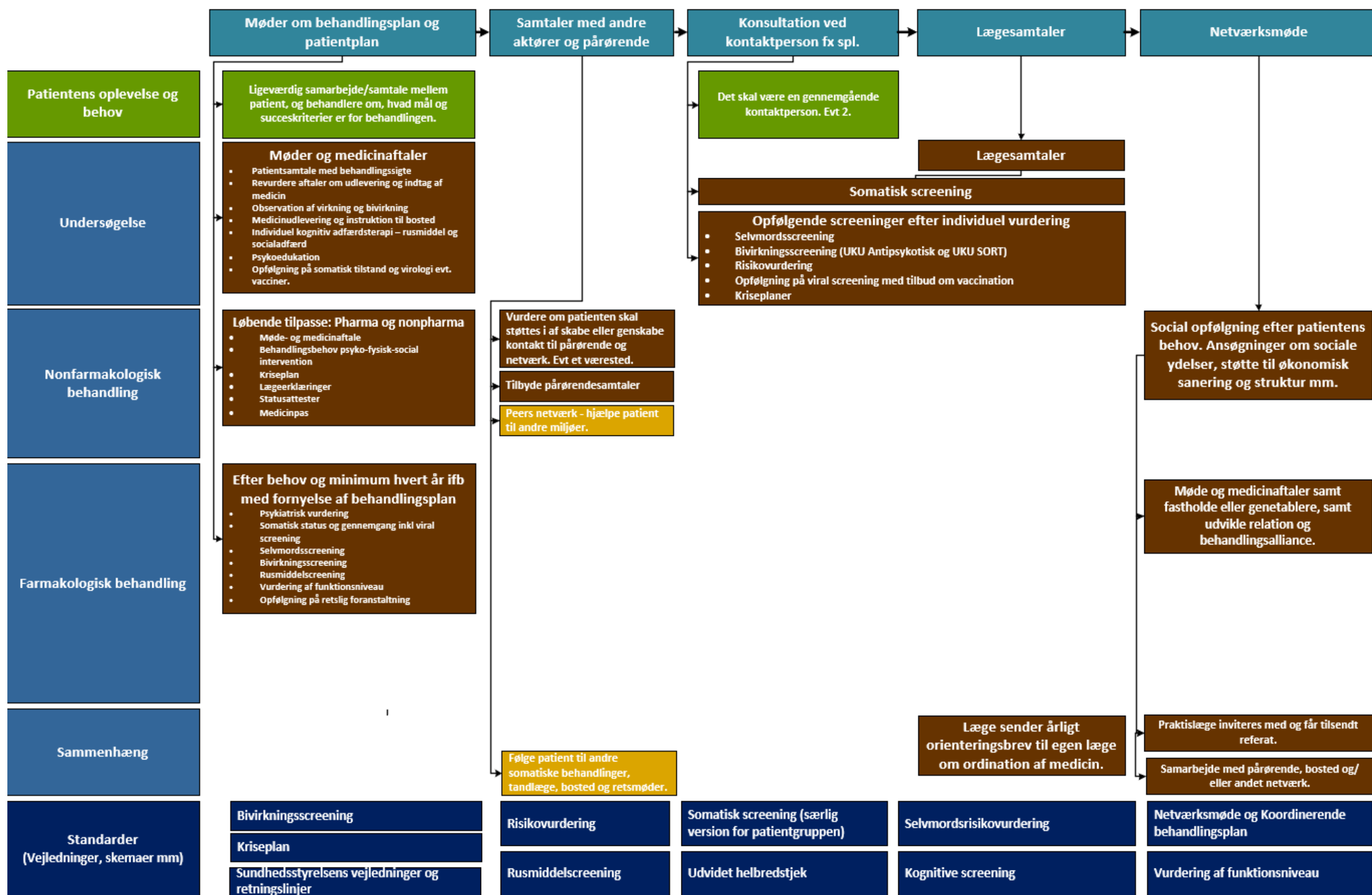
Bilag 1. Flowdiagram over det integrerede ambulante patientforløb



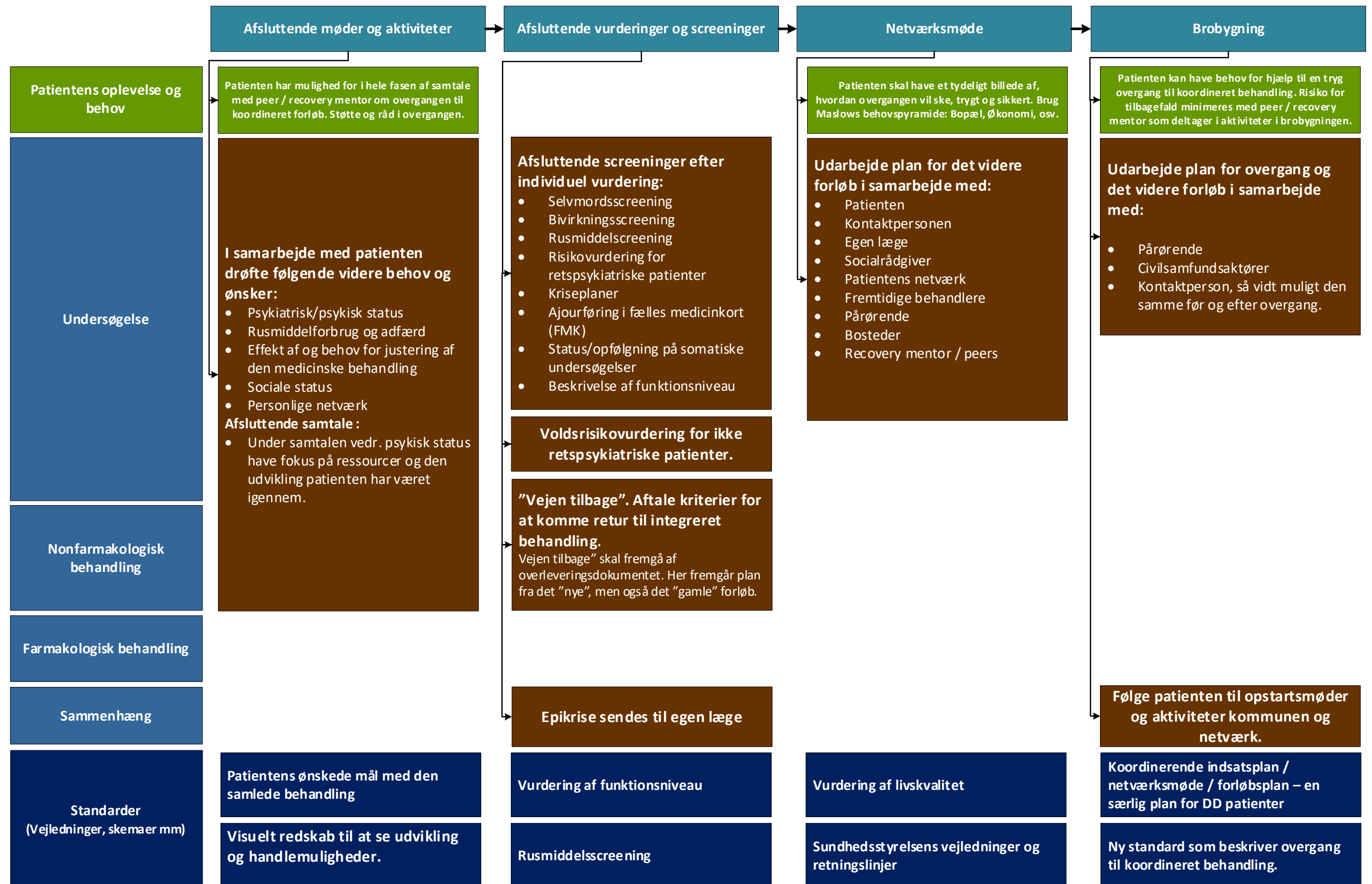
Fase 2. Behandling når patienten er i ustabil fase



Fase 3. Behandling når patienten er i stabil fase

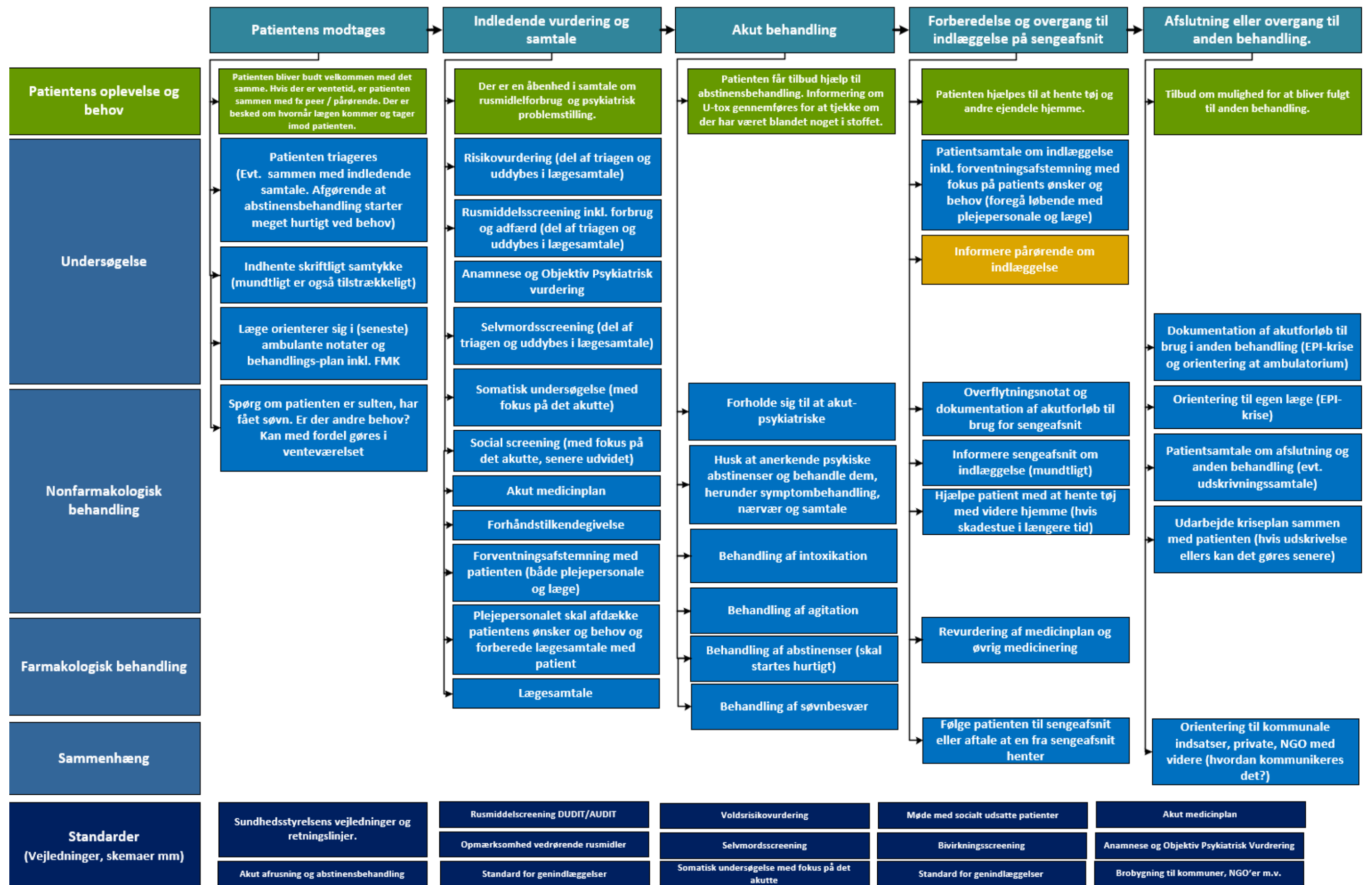


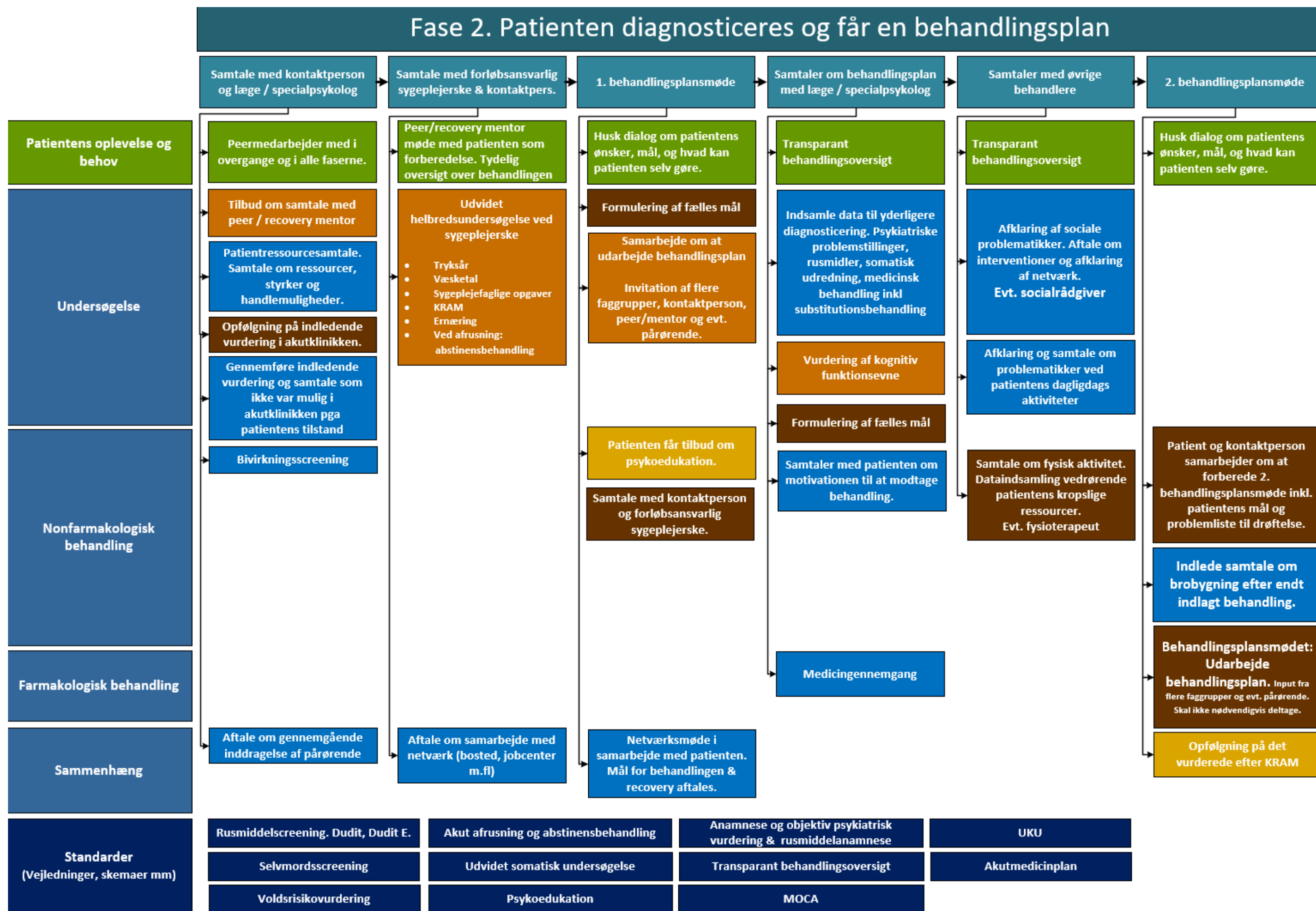
Fase 4. Patientens overgang til koordineret behandling

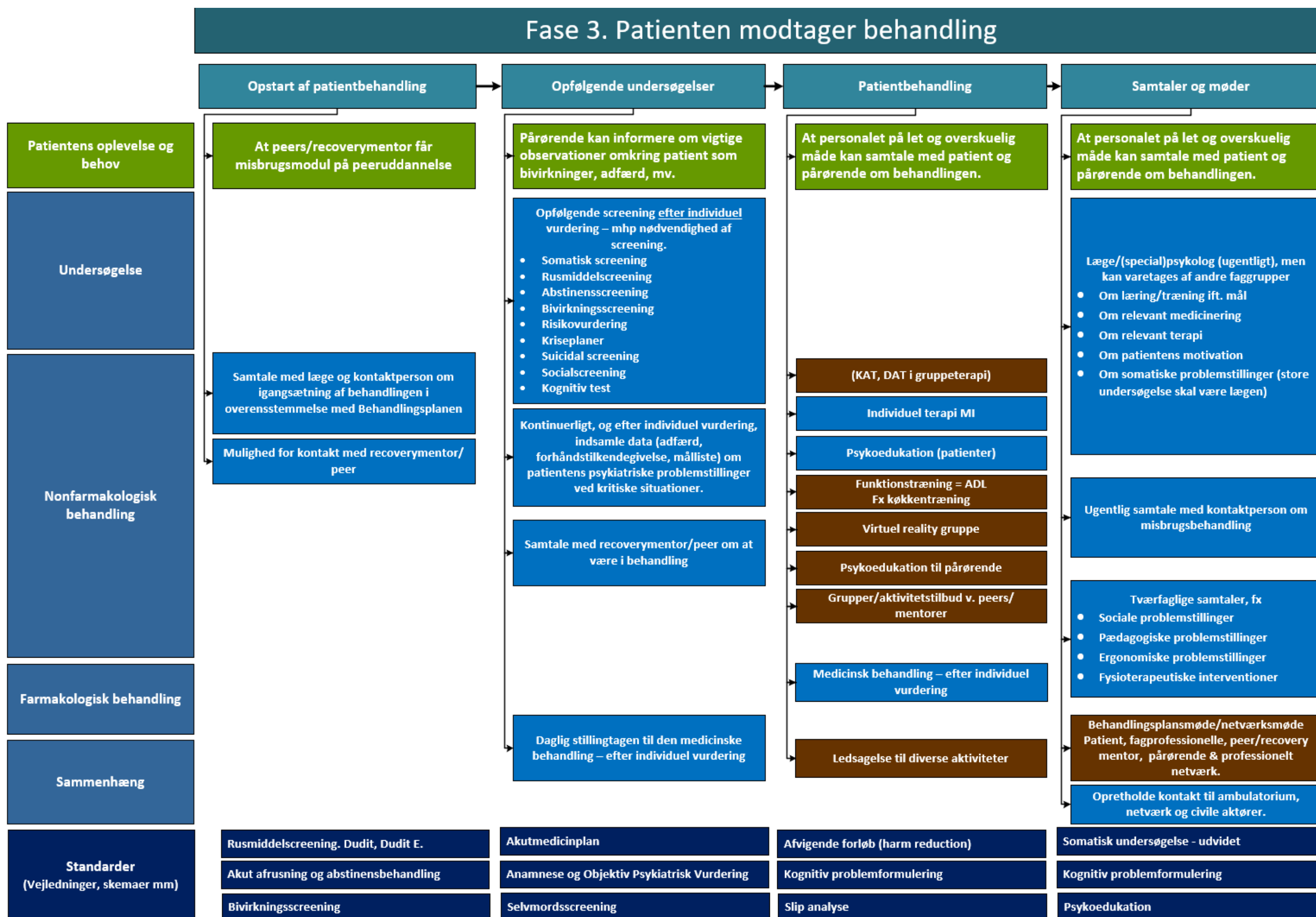


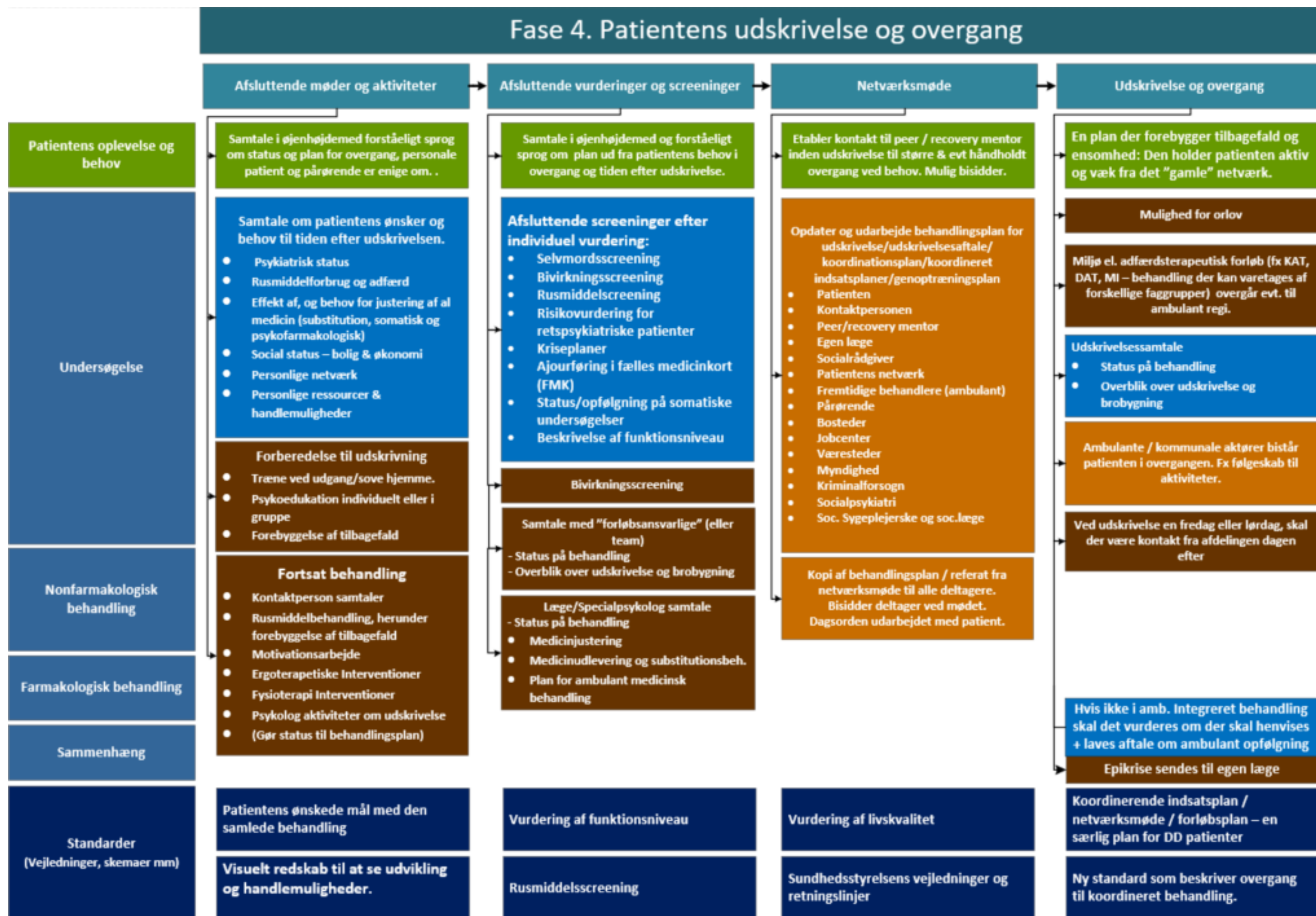
Bilag B. Flowdiagrammer over det integrerede forløb for indlagte patienter

Fase 1. Patienten henvender sig i akutfunktion









På vegne af sygeplejerskerne i afdeling for psykoser indsendes følgende høringssvar til LMU

Der er stor bekymring i sygeplejegruppen for det forslag der er i høring.

Vi har særligt fokus på vores kollegaers reaktioner på de foreståede omorganiseringer, da vi mener, at det kommer til at berøre rigtig mange kolleger.

Vi bliver udfordret på fagligheden til vores svært syge patienter.

Vi har tidligere været igennem gentagne fusioner og forandringer og alle har været lavet med fokus på at gøre patienternes forhold bedre, men prisen for dette forslag er for stor, med opbrud af samarbejdskulturer, opbrud af mønstre, opbrud af den gensidige tryghed der er imellem kollegaer, der kender hinanden godt.

Vi er bekymrede for at vi igen vil miste erfarne kollegaer, da de ikke kan overskue endnu et opbrud.

Vi er bekymrede for om vi fremadrettet vil kunne opretholde de fagprofessionelles kompetencer og fortsætte den professionelle opgaveløsning af kerneopgaven i sengeafsnittene i afdeling for psykoser.

Vi er bekymrede for vores sikkerhed i de forestående forandringer, er bekymrede for den psykologiske tryghed kan opretholdes og for sikkerheden i de svære situationer vi står i, hvor gensidigt kendskab er en stor del af vores sikkerhed - vil det kunne bestå i de forestående ændringer?

Og ikke mindst hvad der sker med patientsikkerheden, hvis alle kulturer ændres markant.

Vi har spekulationer om hvordan får vi nok sygeplejersker, hvordan de forbliver i afsnittene, hvordan vi holder en høj sygeplejefaglig kvalitet, hvis de erfarne rollemodeller og positive kulturbærere forsvinder, de vil nemt kunne få arbejde andre steder.

Vi håber meget, at løsningen til de problematikker der startede denne proces, som vi meget anerkender skal løses, at de genbesøges med fagligt perspektiv og i en god dialog, sådan at mængden af ændringer af sengeafsnittene reduceres.

Marianne Johansen

TR for sygeplejerskerne / LMU Næstformand.

Kære Anders Kühnau

HL(Hospitalsledelsen) i Psykiatrien har sat en omorganisierungsplan af psykiatrien på AUH i høring, der vil have indgribende indflydelse på patientforløbene i Afdeling for Psykoser.

Baggrund:

En FN-konvention foreskriver at børn ikke må være indlagte sammen med voksne, og derfor skal der findes plads i voksenpsykiatrien (Afdeling for Depression og Angst) til de 0-4 spiseforstyrrede ptt. over 18 år, der tidl. har været indlagt i børne- ungepsykiatrien. AFP(Afdeling for Psykoser) har haft konstant overbelægning siden udflytningen fra Risskov i 2018. Flere ptt. har klaget til Regionsrådet over at måtte ligge 2 på en enkeltmandsstue, uden at problemet er blevet løst.

Psykosepatienter er den gruppe patienter man hyppigst ser i retspsykiatrien. Nedlæggelse af psykosesenge vil påvirke den gennemsnitlige indlæggelsestid og kan være med til at øge sandsynligheden for at farlige psykosepatienter begår kriminelle handlinger som f.eks. drab.

Processen:

Omkring efterårsferien 2023 nedsættes et kommissorium med deltagelse af HL og afdelingsledelserne fra de 2 involverede afdelinger samt AC'ere fra Psykiatristaben. Specialisterne på patientforløb er speciallægerne, der har patientkontakt, og de er holdt ude af processen og først orienteret, da det endelige forslag forelægges 10-01-24. Her starter høringsperioden, og den løber frem til 31-01-24.

Patienterne:

11 rehabiliteringspatienter fra De Særlige Pladser flyttes fra S6 til S8 og 5 senge nedlægges. 6 demenssenge flyttes til S4 i ADA (Afdeling for Depression og Angst) fra S10, men i realiteten har kun 1-2 af sengene været brugt til demensptt. og de resterende været brugt til psykoseptt. Retspsykiatrien åbner 2 pladser for AFP og Horsens hjemtager de 0-2 ptt., der indimellem er indlagt i AFP.

Man nedlægger et selvstændigt rehabiliteringsafsnit i S6, selvom afsnittet har nået national berømmelse over resultater på gode patientforløb og de igangsatte tiltag med e-sport og misbrugsbehandling, der bl.a. har medført besøg af Folketingets Sundhedsudvalg. Tilbuddet skal skæres fra 16 til 11 senge, og det skal sammenlægges med 13 senge i et akut modtageafsnit, der mister 11 akutte modtagesenge.

I S8 har man lavet et udbygget samarbejde omkring retspsykiatriske patienter med Retspsykiatrisk Afdeling. Dette kan være svært ved at opretholde, hvis S8 fortsat skal være et akut modtageafsnit. Hvis S8 ikke længere skal have denne funktion vil plejetyngden på de 2 resterende akutte modtageafsnit forværres og påvirket patienterne miljø under indlæggelse i negativ retning.

Den nationalt og internationale anerkendte F-ACT model(Flexible Assertive Community Treatment) er i fare for at kunne overleve en så voldsom omstrukturering.

Med F-ACT-organiseringen er der lavet tætte samarbejdsrelationer mellem sengeafsnit, ambulante behandlere og bosteder. Denne organisering bliver vanskeligere at opretholde med det nye forslag og risikerer at måtte nedlægges eller udvandes til skade for patienterne. Hvis patienter langt sjældnere starter deres indlæggelse på stamafsnittet kan det have betydning for hele behandlingsforløbet. Det kan betyde øget angst og risiko for udadreagerende adfærd, tvang mm.

Når patienter indlægges i kendte omgivelser, kan behandlingen hurtigere håndteres og indlæggelserne afkortes og overtages af ambulante F-ACT-team.

Pr. 01-09-24 overtager Psykiatrien dobbeltdiagnoseområdet fra kommunerne. Færre senge og dårligere forhold i AFP vil gøre det meget udfordrende at løfte den nye opgave.

De ansatte:

Ca. 100 medarbejdere i AFP skal til samtale om videre placering/omplacering. Der er stor følelse af uretfærdighed og manglende forståelse for beslutningen, der rammer psykoseptt. i AFP, selvom området er prioriteret i Regeringens 10-årsplan for Psykiatrien.

Arbejdstilsynet har været på besøg i sengeafsnit flere gange inden for det sidste år, og der er givet flere påbud. Med forslaget vil medarbejdernes arbejdsmiljø påvirkes yderligere i negativ retning.

Klinikkerne stiller spørgsmålstegn ved om det giver mening af bevare F-ACT modellen(Flexible Assertive Community Treatment) i fremtiden i AFP med de nye vilkår afdelingen får, og kan medføre at de ansatte skal have ændret deres arbejdsform.

AFP vil sandsynligvis miste flere medarbejdere med mange psykiatrisk kompetencer, der vil være svære at erstatte.

Spørgsmål:

- 1) Hvorledes kan man rent lægefagligt retfærdiggøre dårligere indlæggelsestilbud til psykosepatienter i Aarhusområdet med en nuværende belægningsprocent på 110 % og flere meget syge patienter på samme stue?
- 2) Hvordan kan man i de fysiske rammer som afsnit S8 har, tænke sig at afsnittet både skal kunne skabe den ro og struktur, som en rehabiliterende indsats kræver, ved af placere tilbuddet sammen med et akut modtageafsnit?
- 3) Hvilke specialister har man brugt i processen, hvor de klinisk-arbejdende speciallæger har været udelukket fra at blive hørt? Hvad siger Specialerådet for Psykiatri og Dansk Psykiatrisk Selskab?
- 4) Hvordan hænger de foreslåede ændringer sammen med den nyligt vedtagne specialeplan i Region Midtjylland og Regeringens 10-årsplan for Psykiatrien?
- 5) Hvorledes tænker man, at de 100 involverede ansatte kan bevares i en psykiatrisk afdeling, der i forvejen har meget svært ved at rekruttere medarbejdere, når man markant ændrer og forringer deres ansættelsesvilkår?
- 6) Hvorledes vil AFP kunne løfte overtagelse af dobbeltdiagnoseområdet fra kommunerne på betryggende vis med færre senge og dårligere arbejdsvilkår for de ansatte?
- 7) Der er evidens for at man bør undgå indlæggelse af spiseforstyrrede. Har det været taget med i processen? Hvorfor har man valgt at give et tilbud til spiseforstyrrede i voksenpsykiatrien, der er meget bedre end det vi giver til andre, ligeså syge patientgrupper, og hvad er evidensen bag?

Med venlig hilsen

Peter Møller Andersen, MD, DLS

Ledende overlæge i funktionsledelse og uddannelsesansvarlig overlæge
Medlem af Samrådet for svangerskabsafbrydelse, fosterreduktion og sterilisation i Region Midtjylland
Tel. +45 9116 8272
petean@rm.dk

Psykiatri
Afdeling for Psykoser • Region Midtjylland

AUH Psykiatrien ▪ Indgang K ▪ Plan 6 ▪ K612-682
Palle Juul Jensens Boulevard 175 ▪ DK-8200 Aarhus N

Aarhus 29.1.2024

Vedr. Forslag om tilpasning af sengekapacitet i Psykiatrien

Med henvisning til det fremlagte forslag om tilpasning af sengekapacitet i Psykiatrien ønsker jeg hermed at afgive høringssvar vedr. den del af forslaget, som omfatter flytning af Sengeafsnit 6 (De Særlige Pladser).

Mine kommentarer bunder i mine erfaringer fra tidligere ansættelse som først afdelingslæge, siden overlæge med funktionsledelse på Sengeafsnit 6 og efterfølgende min nuværende ansættelse som overlæge i Team for Psykoser, Klinik 1, Afdeling for Psykoser, AUH P.

Såvel under min ansættelse i Sengeafsnit 6 som efterfølgende i ambulant regi har jeg gang på gang oplevet, hvordan et ophold på Sengeafsnit har spillet en afgørende rolle i sygdomsforløbet hos svært syge psykosepatienter (oftest med skizofreni), som gennem adskillige år (eller årtier) har lidt en kummerlig tilværelse med ringe sociale forhold, alkohol- og/eller stofmisbrug, udadreagerende adfærd og social isolation.

Mange patienter har fået minimeret deres alkohol-/stofmisbrug eller er helt ophørt med samme, har fået bolig (bosted eller egen bopæl) og deres sociale forhold er blevet bedret markant – udover selvsagt at deres sygdom er blevet behandlet bedre. I tilfælde hvor patienter har oplevet tilbagefald (efter halve eller hele år) af deres sygdom med begyndende social deroute, truende genoptagelse af stofmisbrug m.v., har jeg flere gange oplevet, at de udtrykte et klart og utvetydigt ønske om at få "en chance til", da de netop havde oplevet betydende effekt af behandlingen og nu et stort ønske om at undgå at ende hvor de kom fra. Desværre har dette sjældent været muligt at tilbyde dem, hvor velbegrundet det end måtte være.

Jeg anerkender fuldt ud, at den hidtidige model for finansiering har været uhensigtsmæssig, såvel som den seneste ændring indebærer en underfinansiering hvad angår den sengeafsnittets nuværende udformning og organisation.

Sengeafsnit 6 har gennem de seneste år udviklet sig til at være et afsnit med imponerende resultater, hvor man har hjulpet nogle af de absolut mest syge patienter i psykiatrisk regi, hvilket, ud over den åbenlyse betydning det har haft for de enkelte patienter, utvivlsomt også har medvirket til at nedbringe både antal og varighed af indlæggelse i øvrige sengeafsnit, har medvirket til at behov for andre offentlige ydelser er blevet nedbragt og har forebygget kriminalitet.

Blandt de faktorer der spiller en afgørende rolle for at de rehabiliterende forløb kan lykkes som de gør, er dels de fysiske rammer, som gør det muligt at give patienterne den ro og stabilitet,

Christian Bjerre Høyer

Overlæge, ph.d.

som det sjældent er muligt at tilbyde på de øvrige sengeafsnit (som i øvrigt burde være standarden på psykiatriske sengeafsnit frem for undtagelsen), dels den personalemæssige normering (som i øvrigt også burde være standarden på psykiatriske sengeafsnit), som gør det muligt at opbygge en relation til disse patienter, som giver dem muligt at opnå tillid til deres medmennesker, en tillid de gennem mange erfaring gennem deres liv har mistet pga. af talrige svigt fra omgivelserne.

Det fremlagte forslag omfatter en markant ændring af de fysiske forhold, hvor det efter min mening vil være tvivlsomt, hvis ikke umuligt, at opretholde netop de rammer, som er afgørende for indsatsen.

Gennem de seneste år har personalet på Sengeafsnit 6 ydet en kolossal indsats ift. at skabe de rammer som er afgørende for at skabe en rehabiliterende indsats med de nuværende resultater.

Det fremlagte forslag er efter min mening en desavouering af denne indsats, som alt andet lige må antages at påvirke personalet i en retning som alt andet lige må formodes at være demotiverende i en grad som jeg frygter vil udfordre fastholdelsen af personalet voldsomt.

Som speciallæge i psykiatri finder jeg den fremlagte løsningsmodel fagligt forstemmende, som vil få store konsekvenser for såvel patienter som personale.

Det skal understreges, at pointerne fremhævet ovenfor, på ingen måde kan eller skal ses som en kritik af den indsats der øges på de øvrige sengeafsnit, sengeafsnit trods det at de lider under manglende ressourcer, yder en imponerende indsats for at opretholde en fagligt forsvarlig behandling af vore patienter, med de konsekvenser det har i form af nedslidning af personalet.

Med venlig hilsen,

Christian Bjerre Høyer

Christian Bjerre Høyer

Overlæge, ph.d.

Afd. for Psykoser, Klinik 1
Aarhus Universitetshospital Psykiatrien
Palle Juul-Jensens Boulevard 175 (K513-589) – 8200 Aarhus N
Tlf.: 78 47 18 80 (sekretariat) – 92 43 73 73 (mobil) – e-mail chr.hoyer@rm.dk

Bekymringsbrev fra pårørende til tidligere og nuværende patienter på S6, "De Særlige Pladser", AUH.

I forbindelse med høringsmaterialet "Forslag om tilpasning af sengekapaciteten i Psykiatrien i Region Midtjylland" udsendt 10.01.2024, er vi en gruppe pårørende, som ønsker at bidrage til høringen med dette bekymringsbrev.

Bemærkningerne i brevet retter sig mod den del af løsningsforslaget, som omhandler det nuværende S6, AUH, også kaldet "De Særlige Pladser." I forslaget fremgår det, at De Særlige Pladser skal reduceres med 5 pladser og samtidig skal de resterende 11 pladser flyttes til et alment, akut sengeafsnit (S8). Vi er alvorligt bekymrede for, at en sådan plan, såfremt den bliver vedtaget, vil betyde et tab af et unikt behandlingstilbud for mennesker med dobbeltdiagnoser. Samtidig er vi klar over, at beslutningen om at nedlægge 5 pladser er et resultat af de økonomiaftaler, der blev indgået mellem kommuner, regioner og staten i 2023, og at regionen derfor ikke har mulighed for at vælge at bevare disse. Vores bemærkninger retter sig derfor primært mod forslaget om at omlægge de resterende 11 pladser til et alment, akut sengeafsnit under AFP, AUH.

Hvem er vi?

Vores pårørende er alle indlagte (eller tidligere indlagte) patienter på S6 og tilhører den gruppe af psykiatriske patienter, som betegnes "dobbeltdiagnose" patienter.¹ Det vil sige, at vores pårørende ud over en psykiatrisk diagnose inden for psykosespektret også er ramt af problematisk brug af rusmidler. For mange patienters vedkommende har de derudover også sociale udfordringer. Vi har alle oplevet på første hånd, hvordan dobbelte (eller tredobbelte, hvis man indregner sociale problematikker) diagnoser betyder meget svære og komplicerede

¹ I dette brev har vi valgt ikke at skelne mellem "De Særlige Pladser", som er de sengepladser, hvor kommunen visiterer borgere til et længerevarende forløb (og også betaler for indlæggelsen), og "ommærkede pladser", som er pladser, hvor regionen sender patienter til visitation og også betaler for indlæggelsen. Som gruppe består vi, der har underskrevet dette brev, af pårørende til begge slags pladser på S6. Da vi ser S6 som et samlet tilbud for patienter, der indlagt på enten en Særlig Plads, eller en ommærket plads, giver det mere mening i denne sammenhæng at tale om S6, som en unik udformning af et dobbeltdiagnosetilbud rettet mod patienter med en diagnose inden for psykosespektret på AUH. Vi er opmærksomme på, at økonomi og finansiering er forskellig alt efter om der er tale om en Særlig Plads eller en ommærket plads.

sygdomsforløb for vores pårørende. Vi ved også fra egen erfaring med vores syge pårørende, at dette stiller særlige krav til behandlingen om at integrere alle aspekter af sygdommen i arbejdet med at skabe fremskridt. Vores baggrund for at skrive dette brev er således dels viden om behandlingen på S6, hvor vi på tæt hold har fulgt med i indlæggelsen af vores pårørende, og dels indgående indsigt i vores pårørendes sygdomsforløb, herunder tidligere indlæggelser.

Vores bekymring: Løsningsforslaget vil underminere et stærkt tværfagligt behandlingsmiljø for dobbeltdiagnosepatienter

Vi finder forslaget om reduktion og flytning til alment sengeafsnit dybt bekymrende, da vi som pårørende oplever, hvordan S6 med de særlige rammebetingelser samt behandlings- og fagkompetencer, som findes der, er i stand til at hjælpe vores pårørende med en relevant og højt specialiseret behandling. Vores pårørende har det til fælles, at den komplekse karakter af deres sygdom ikke har kunnet rummes og behandles, hverken tilstrækkeligt eller i sin helhed, på de almene akutte sengeafsnit. I modsætning til dette har vi på S6 oplevet, hvordan den integrerede behandling har ført til markante fremskridt hos vores pårørende. Det nuværende S6 er derfor, set fra vores perspektiv, en behandlingsmæssigt helt central afdeling på AUH. I det følgende, vil vi uddybe, hvorfor vi finder det afgørende, at S6 får lov til at fortsætte med et bæredygtigt volumen, i egne fysiske rammer og med en tilsvarende normering af personaleressourcer. Det skal siges, at vi er informeret om den lovændring, som gør at finansieringen til De Særlige Pladser ændres, og at dette betyder, at en del af økonomien til at drive De Særlige Pladser forsvinder. Men som det også er blevet fremført flere steder, så angår denne lovændring alene problemstillinger om finansiering og siger ikke noget om behovet for de specialiserede behandlingstilbud, som mange steder i landet er blevet udviklet under satsningen De Særlige Pladser.²

Hvad er det særlige ved behandlingsmiljøet på S6 (De Særlige Pladser)?

Når man, som vores syge pårørende, er ramt af sygdom på en kompliceret måde, hvor andre problematikker som afhængighed af rusmidler, manglende sygdomserkendelse, ringe effekt af medicin, eller udadreagerende adfærd spiller kraftigt ind på mulighederne for behandling, så er

² Se: "Evalueringsrapport af de særlige pladser i psykiatrien"

<https://www.vive.dk/da/udgivelser/evaluering-af-de-saerlige-pladser-i-psykiatrien-4z6k57vq/> , samt Lund Petersen, L. Foged, T et al: "Sundhedspersonale: "Behandling til dobbeltdiagnose-patienter har stor effekt, men nu reduceres de", Altinget 08.06.2023

<https://www.altinget.dk/sundhed/artikel/sundhedspersonale-behandling-til-dobbelt-diagnosticerede-har-stor-effekt-men-nu-reduceres-pladserne>

man ekstra udsat, og der er brug for en stærk, helhedsorienteret indsats. En indsats, som kan rumme hele sygdomsbilledet, og hvor der er tid til at arbejde dybdegående, og parallelt med de forskellige problematikker (medicinske og sociale). De mennesker, som vi er pårørende til, har typisk adskillige indlæggelser på akutte afsnit bag sig, uden at det har bevirket en substantiel bedring af deres sygdom. På S6 har vi som pårørende for første gang oplevet en behandlingsindsats, som modsvarer sværhedsgraden af vores pårørendes sygdom. Vi vil gerne fremhæve to faktorer, som på afgørende måde har påvirket vores pårørendes muligheder for recovery. For det første rammebetingelserne for indlæggelserne. På S6 er der tale om planlagte, visiterede og frivillige indlæggelser, hvor det er behandlingsbehovet, der afgør indlæggelsens varighed, frem for sengekapaciteten på afdelingen. For det andet en tværfaglig behandling som ikke bare kombinerer, men også integrerer, en sundhedsfaglig og socialfaglig indsats.

Rammebetingelser: På S6 er der ressourcer til at indlæggelserne kan strække sig over en længere tidsperiode. Tids-ressourcerne på S6 står i skarp kontrast til de akutte sengeafsnit, hvor vi har oplevet, at vores pårørende er blevet udskrevet, så snart der var selv en meget skrøbelig medicinsk bedring i gang, og uden at der er blevet sikret en udslusning af patienten til en forsvarlig og relevant social-psykiatrisk kommunal indsats. Vi har bevidnet, hvordan den udvidede tidsramme på S6 gør, at behandlingen kommer betydeligt længere både hvad angår det sundhedsfaglige og det rehabiliterende element. Det at der visiteres til pladserne på S6 og at indlæggelserne er frivillige og planlagte, betyder desuden, at S6 ikke modtager akutte patienter og meget dårlige patienter. Dette giver ro og øger trivslen for vores indlagte pårørende, at de ikke oplever ikke de voldsomme optrin og tyngende stemninger, der kan opstå på de alment akutte afdelinger, når der anvendes tvang eller patienterne er akut syge.

Den tværfaglige behandling: Når man er så komplekst syg, som vores pårørende er, så er der brug for, at den medicinske behandling spiller tæt sammen med misbrugsbehandling og en social, miljøterapeutisk indsats. Det er kun, når den medicinske behandling begynder at virke, at patienten får overskud til at begynde at indgå i relationer og formå at deltage i sociale aktiviteter. Den rehabiliterende, miljøterapeutiske del af behandlingen kræver også, at personalet har mulighed for at opbygge relationer over tid og at der er tid til en ordentlig udslusning til efterfølgende botilbud. På S6 er der et meget stærkt tværfagligt miljø, som kun er muligt, fordi man på S6 har en teambaseret organisering af personalet. Her arbejder tværfaglige plejeteams, læger, socialrådgiver, misbrugsbehandler og afdelingssygeplejerske tæt sammen om den enkelte patient.

Et eksempel på den helhedstænkning, der gennemsyrrer behandlingen på S6, er *Gaming United*. Dette koncept dækker over en miljøterapeutisk satsning, der inddrager patienter i e-sport som på én gang træning af færdigheder og social aktivitet. Miljøet drives af instruktører med

socialpædagogisk baggrund og rækker hinsides afdelingen i den forstand, at patienterne efter udskrivelse har mulighed for at fortsætte i fællesskabet gennem et online forum. Dermed understøtter *United Gaming* både den miljøterapeutiske behandling under indlæggelsen og patienternes sociale trivsel og netværk efter udskrivelsen. *Gaming United* er et levende eksempel på, hvordan den tværfaglighed, der gennemsyrrer S6, bliver udmøntet i konkrete tiltag og aktiviteter. Disse understøtter både den medicinske behandling og skaber sammenhæng og mening i hverdagen for patienter efter udskrivelse fra S6.

Konsekvenser, hvis Region Midt vælger at nedlægge S6 som et kompetence- og behandlingscenter for mennesker med komplekse psykiatriske problemstillinger

Som vi har belyst ovenfor, dækker det nuværende S6 på AUH over et højt specialiseret behandlingsmiljø og kliniske kompetencer, der i vores optik kan noget helt unikt i behandlingen af mennesker med svære psykiatriske sygdomsforløb præget af misbrug. Som pårørende frygter vi, at man på AUH, hvis det aktuelle forslag gennemføres, mister vigtige kompetencer og et meget stærkt klinisk miljø, som fremsynet kan virke som en ressource, når regionen skal arbejde med de mål, der er centrale i den nye 10-års plan for psykiatrien. Her er nedbringelse af genindlæggelser og højere kvalitet i behandlingen af de mest syge psykiatriske patienter et centralt mål. Også set i lyset af, at regionen står over for i løbet af 2024 at skulle overtage behandlingsansvaret for mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik fra kommunerne, så finder vi det særdeles u hensigtsmæssigt, hvis Region Midtjylland vælger en tilpasning, som udvander S6 /De Særlige Pladser. Vi mener i stedet, at S6 bør aktiveres og forvaltes som en nøgleressource i udviklingen af nye integrerede behandlingstilbud og faglige videnmiljøer til gavn for mennesker med dobbeltdiagnose-problematikker og deres pårørende i Region Midtjylland

Med venlig hilsen,

Betina Wulsten, Hedensted, forælder til tidligere patient på De Særlige Pladser, S6, AUH

Mikael Wulsten, Hedensted, forælder til tidligere patient på De Særlige Pladser, S6, AUH

Simone Wulsten Kjær, Billund, søskende til tidligere patient på De Særlige Pladser, S6, AUH

Rasmus Wulsten, Hedensted, søskende til tidligere patient på De Særlige Pladser, S6, AUH

Vibeke Rasmussen, Aarhus, forælder til tidligere patient på en ommærket plads, S6, AUH

Gitte Møllenberg, Skive, forælder til patient på De Særlige Pladser, S6, AUH

Lasse Jensen, Herning, forældre til patient på De Særlige Pladser, S6, AUH

Dorte Jensen, Herning, forældre til patient på De Særlige Pladser, S6, AUH

Trine Sørensen, Aarhus, søskende til en tidligere patient på De Særlige Pladser og nuværende ommærket plads, S6, AUH

Tanja Larvid, Aarhus, forælder til en tidligere patient på De Særlige Pladser og nuværende ommærket plads, S6, AUH

Anja Kristensen, Silkeborg, forælder til en tidligere patient på en ommærket plads, S6, AUH.

Ulrik Bisgaard, København, forælder til patient på en ommærket plads, S6, AUH

Signe Meisner Christensen, Aarhus, forælder til patient på en ommærket plads, S6, AUH

Peter Høgh Mikkelsen, Aarhus, bonusforælder til patient på en ommærket plads, S6, AUH

Såfremt I har spørgsmål til dette brev, kan de rettes til Signe Meisner Christensen,
meisnersigne@gmail.com, mobil 41674757

Høringsvar fra De Særlige Pladser – AUH

Social-, rusmiddel- og udviklingsområdet

HØRINGSSVAR TIL HØRINGSMATERIALET:

"FORSLAG OM TILPASNING AF SENGEKAPACITET I PSYKIATRIEN I REGION MIDTJYLLAND"

De Særlige Pladser, AUH, tilbyder en stærk, faglig og helhedsorienteret indsats af høj kvalitet, som er i stand til at udrede, behandle og rehabilitere patienter som både har en psykiske lidelse og et aktivt forbrug af rusmidler. Særsigt fra andre psykiatriske sengeafdelinger vægtes rusmiddelbehandling højt og stilles systematisk til rådighed både i form af gruppeterapi og individuelle samtaler med en rusmiddelkonsulent samt gennem tværfagligt samarbejde i afdelingen. Grundstammen i plejen og behandlingen er en inddragende tilgang, hvor der samarbejdes med patienten i individuelle forløb mod målet - Et stabilt liv med sunde relationer, en styrket tro på sig selv og verden.

"Det, at de er der, er interesseret i en, det giver en troen tilbage. Man er ikke bare syg. De troede på, at jeg kunne blive rask (...) De havde troen på, at man kunne få det bedre. Det har jeg ikke mødt hos nogen personer før, kun hos min familie. Det var anderledes på De Særlige Pladser."(1)

En tidligere patient beskriver her efter et forløb på De Særlige Pladser, hvordan den tillidsfulde og oprigtige interesse fra personalet gav troen på bedring tilbage. Og dét er netop vores omdrejningspunkt: At patienten genvinder en grundlæggende tro på sine evner til at kunne leve et værdigt, meningsfuldt og stabilt liv. Rehabiliteringsprocessen hos os kræver en dyb og tillidsfuld relation, hvor der tages udgangspunkt i det enkelte menneskes unikke historie og de problematikker, som de frivilligt lader sig indlægge med. Og her er håbet og troen på et bedre liv drivkraften og motivationen til at kunne arbejde aktivt med sig selv.

Års erfaringer fra vores afdeling viser, at motivationen til reduktion eller stop af rusmidler kræver massiv støtte og faglige spidskompetencer. Igennem de 4 år, hvor De Særlige Pladser på AUH har eksisteret, har afdelingen oparbejdet en ekspertise ift. at kunne varetage en kompleks behandling og rehabilitering til patienter med en dobbeltdiagnose. Ifølge BI-portalens viser statistikkerne, at 85,7% af de patienter vi har haft indlagt de seneste 2 år, har en misbrugsdiagnose. Vi står således på et højt, fagligt grundlag – en vidensbank, som vi vil bygge videre på som et fremtidigt samlet dobbeltdiagnose-tilbud.

Vi vil varetage den integrerede dobbeltdiagnoseindsats i Region Midt, som regeringen har vedtaget skal igangsættes pr. 1. september 2024. Dermed fortsættes vores specialiserede, tværfaglige rehabiliteringstilbud.

De nye krav til en integreret behandlingsindsats på dobbeltdiagnoseområdet i visitationsretningslinjerne kan sidestilles med den indsats som De Særlige Pladser i dag varetager. Der står blandt andet:

"Integreret behandling af rusmiddelproblematik og psykisk lidelse indebærer således, at begge lidelser betragtes samlet og sammenhængende, og behandles samtidigt i ét samlet behandlingstilbud, forankret i én sektor og forankret på én lokation. På baggrund af problemernes kompleksitet vil der typisk være brug for fælles, tværfaglige

Høringsvar fra De Særlige Pladser – AUH

Social-, rusmiddel- og udviklingsområdet

teams, som arbejder under fælles retningslinjer... Teamet består af fx psykiatere/andre læger, psykologer/specialpsykologer, sygeplejersker/specialsygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, fysio- og ergoterapeuter, socialrådgivere, socialpædagoger og recovery-mentorer/peer-medarbejdere."(2)

Denne tværfaglige pakke tilbyder vi allerede i fasttømrede og tætsamarbejdende teams, der samarbejder med patienten ud fra en individuel og specialsyet behandlingsplan.

Visitationsretningslinjen fastslår, at det nye integrerede forløb for dobbeltdiagnose-indsatsen skal foregå på samme lokation, fx under indlæggelse eller ambulant med udegående funktioner, og at der skal afholdes relevante tværsektorielle møder. Dette er allerede en integreret del af vores rehabiliteringsforløb, hvor vi står på et fagligt fundament af et tæt samarbejde både tværsektorielt og fagligt. Dette med målet at få et sammenhængende patientforløb af høj kvalitet. Vi modtager på nuværende tidspunkt de patienter, som kræver et længerevarende forløb. Under indlæggelsen knyttes de til relevante ambulante kontakter, som bevares efter udskrivelse. Hver måned afholdes desuden netværksmøder med relevante eksterne parter for at sikre det gode tværsektorielle forløb, hvor der arbejdes med fælles mål.

Vi kan, uden omstrukturering, varetage den integrerede behandlingsindsats og bevare afdelingen i dens nuværende form.

I høringsmaterialet er forslaget, at alle psykiatriske afdelinger skal kunne varetage og behandle patienter med en dobbeltdiagnoseproblematik:

*"I takt med at regionerne overtager behandlingen af patienter med dobbeltdiagnoser, må det forventes, at der vil opstå et behov for stationær misbrugsbehandling både blandt borgere, som psykiatrien i dag ikke har kendskab til samt misbrugsbehandling af kendte patienter. Der vil være gældende for **alle psykiatriske afdelinger** i Region Midtjylland."*(3)

Dette betyder, at alle psykiatriske afdelinger fra midten af '24 skal kunne varetage den integrerede indsats af patienter med en dobbeltdiagnose rusmiddelbehandlingen. Vi er bekymrede for denne udmelding, da det kræver specialiserede tværfaglige teams med oparbejdede kompetencer til at kunne pleje og behandle denne patientgruppe.

Deres "...samlede livssituation er kompleks. Der er således ofte tale om mennesker med et stort behov for en helhedsorienteret og sammenhængende sundhedsfaglig og socialfaglig indsats. Det er ligeledes en gruppe, som, på grund af kompleksiteten i deres samlede situation, har særligt behov for støtte til at følge længerevarende behandlingsforløb."(2)

Hvis høringsforslaget går igennem, kan man risikere at "smøre" rusmiddelbehandlingen tyndt ud på alle afdelinger, uden at personalet har kompetencerne til at indgå i så kompliceret et behandlingsforløb. Dermed kan patienterne miste muligheden for at få den højt specialiserede behandling, som de har behov for og krav på. Det kan have den konsekvens, at der kan florere flere rusmidler generelt og opstå mere uro. Det vil være langt mindre udtalt, hvis vi fortsætter vores indsats, da vi har de faglige spidskompetencer til at håndtere dette.

Høringsvar fra De Særlige Pladser – AUH

Social-, rusmiddel- og udviklingsområdet

Patientforløbene kan komme til at mangle det langsigtede perspektiv med udslusning og præventive indsatser for at undgå genindlæggelser. Dobbeldiagnose-forløb kræver længere tid og en massiv indsats, hvis patientgruppen skal kunne stabiliseres på den lange bane. I forvejen genindlægges hver 4. patient indenfor 30 dage i psykiatrien på landsplan, dette tal frygter vi stiger yderligere, hvis den dybdegående, langsigtede behandling og rehabilitering nedprioriteres.(4)

En yderligere vigtigt pointe er, at det kan kræve et massivt kompetenceløft på de almene afdelinger, hvis al personale skal kunne modtage og behandle patienter med en dobbeldiagnose, hvilket rent økonomisk kommer til at være en yderligere udgift for psykiatrien. Det er langt mindre indgribende at samle dobbeldiagnose-indsatsen koncentreret på det nuværende S6, hvor patienterne fortsat vil kunne modtage den komplekse behandling, som de kræver.

De Særlige Pladser blev oprindeligt oprettet, fordi der var et stigende antal tragiske hændelser i psykiatrien. Med 150 sengepladser på landsplan har De Særlige Pladser formålet at tilbyde en behandlings- og rehabiliteringsindsats for at stabilisere helbred og forbedre evnen til at mestre hverdagen gennem frivillig behandling af dobbeldiagnoseproblematikker. Samtidig medfører indsatsen, at antallet af voldsepisoder og konflikter nedbringes, hvorved tvangsforanstaltninger kan forebygges.(5) Der har været lokale store forskelle på, hvor høj belægningen på De Særlige Pladser på landsplan har været. Kigger man på vores tilbud på AUH, har vi det seneste år haft en næsten 100% belægning, og på nuværende tidspunkt venteliste til at få en plads. Der er dermed stor tilslutning til tilbuddet. Alligevel er det besluttet at reducere De Særlige Pladser til 88 pladser på landsplan. Lokalt på AUH en nedskæring fra 16 til 11 pladser. Det kan således blive endnu sværere for de mest sårbare at få adgang til den langsigtede behandling. Hvis vi reduceres med 5 pladser og samtidig breder dobbeldiagnose-indsatsen ud, er bekymringen, at flere mennesker med dobbeldiagnoser vil miste muligheden for at få den rette behandling. Og at det kan føre til flere fatale tragedier i samfundet.

Mennesker med psykiske lidelser, som ikke får den rette behandling, kan potentielt ende med at blive farlige for sig selv og andre. For tidlig udskrivelse, afvisning i psykiatrien eller utilstrækkelig behandling af en psykose kan øge risikoen for personfarlig kriminalitet.(6) Og kigger man på statistikkerne, taler de også deres klare sprog. Hvert fjerde drab i Danmark begås af et menneske med en psykisk lidelse.(7) Det er derfor essentielt, at patienter med komplekse problemstillinger bliver grebet i tide. Og går høringsvaret igennem kan vi være bekymrede for, at dette bliver langt sværere at udføre fyldestgørende. *Hvem griber de patienter, som der ikke længere er plads til?*

I høringsmaterialet lægges der op til, at De Særlige Pladser skal lægges sammen med S8. S8 er en almen psykiatrisk afdeling, som blandt andet har patientforløb med fokus på forværring af sygdom eller dom til behandling, hvor det primært er retspsykiatriske patienter. Høringsmaterialet beskriver, at De Særlige Pladser reduceres til 11 sengepladser og S8 til 13. Men der er ikke beskrevet, hvordan de fysiske rammer skal kunne rumme en almen psykiatrisk afdeling med retslige patienter og en rehabiliterende afdeling samme sted. Vi er bekymrede for, at det påvirker kvaliteten af rehabiliteringsmulighederne og patientforløbene. Der er milevidt imellem en akut indlæggelse og et længerevarende rehabiliteringsforløb. Rehabiliteringsforløbet er en frivillig indlæggelse, hvor patienten er så stabil i sin sygdom, at der kan arbejdes aktivt med indre motivation, reduktion af forbruget af rusmidler, mestrings af sygdom, udvikling af sociale kompetencer og væren i verden. Når en patient har en akut forværring i sin psykiske tilstand, kan det være en ufrivillig indlæggelse, som kræver et helt andet fokus. Disse forskellige patientforløb kan påvirke hinanden negativt, så der kan opstå mere uro, større forbrug af rusmidler, risici for social tilbagetrækning på egen stue pga. utryghed, mindre motivation til at arbejde med

Høringsvar fra De Særlige Pladser – AUH

Social-, rusmiddel- og udviklingsområdet

sig selv og større risiko for konflikter og i yderste instans – tvang. Det kan dermed påvirke kvaliteten i patientforløbene negativt, fordi det bliver sværere at udføre kerneopgaverne. Det kan samtidig gøre arbejdsmiljøet og sikkerheden for personalet dårligere.

Vi opfordrer derfor til, at der tænkes over de konsekvenser det kan have, både for vores sårbareste patientgruppe men også samfundet generelt. Vi har ekspertisen til at varetage den integrerede dobbeltdiagnose-indsats fra dags dato.

Høringsvar fra De Særlige Pladser – AUH

Social-, rusmiddel- og udviklingsområdet

Referencer:

1. <https://www.vive.dk/da/udgivelser/evaluering-af-de-saerlige-pladser-i-psykiatrien-4z6k57vq/>
2. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2023/Visitation-til-integreret-behandling/Visitationsretningslinje-dobbeltdiagnose.ashx>
3. Høringsmateriale – Forslag om tilpasning af sengekapacitet i Psykiatrien i Region Midtjylland
4. https://sum.dk/Media/637998818153312977/Psykiatriaftale_2022_FinalVersion.pdf
5. <https://www.retsinformation.dk/eli/ft/201612L00207>
6. <https://www.regioner.dk/media/12261/rapporten-sammenhaeng-mellem-behandling-stoette-og-kriminalitet-30-01-2019.pdf>
7. <https://www.regioner.dk/media/11265/rapport-om-mentalundersogelser-30-01-2019.pdf>
8. https://www.justitsministeriet.dk/wp-content/uploads/2020/02/typer_af_drab_i_danmark.pdf

HØRINGSSVAR TIL: "FORSLAG OM TILPASNING AF SENGEKAPACITET I PSYKIATRIEN I REGION MIDT"

Vi takker for muligheden for at afgive høringssvar vedrørende De Særlige Pladser ved Aarhus Universitetshospital (AUH) og ønsker at bidrage med yderligere indsigter i vores arbejde inden for rehabilitering af mennesker med psykiske lidelser og komplekse problematikker.

De Særlige Pladser, AUH, er dedikeret til at tilbyde et omfattende rehabiliteringsforløb, primært rettet mod personer med dobbeltdiagnoser. Vores tilgang er kendetegnet ved et tæt og integreret tværfagligt samarbejde, hvor vi har udviklet specialiserede rehabiliteringstilbud til den mest komplekse patientgruppe. Vores faglige fundament hviler på et grundigt relationsarbejde, idet mange af vores patienter har erfaring med hyppige genindlæggelser og hurtige forløb præget af skiftende kontaktpersoner. Hos os prioriterer vi derimod en konsistent støtte og etablering af en tillidsfuld relation, der giver rum for dybere kontakt og styrkelse af den indre motivation for forandring.

Vores overordnede faglige mål for indlæggelsesforløbene stræber mod en højere livskvalitet for patienten efter udskrivning. Rehabiliteringsindsatsen sigter mod at reducere genindlæggelser, kriminalitet, hjemløshed og økonomiske vanskeligheder. Vi tilbyder en stabiliserende behandlingsramme, hvor aktivt forbrug af rusmidler minimeres, og sociale kompetencer styrkes. Vores tilgang til patienterne er individuelt tilpasset med fokus på at genoprette eller forme et meningsfuldt liv for den enkelte.

For at sikre sammenhæng og gennemsigtighed i patientforløbene samarbejder vi tæt med relevante partnere. Dermed arbejdes mod fælles mål i tråd med patientens behov, hvilket samtidig skaber klarhed og forudsigelighed for patienten. Dette medvirker desuden til et styrket ejerskab og kontrol over eget liv.

Vores tilgang er yderligere konkretiseret gennem individuelle mål, ønsker og motivationer hos patienterne. Vi stræber efter at hjælpe dem med at genfinde sunde interesser og sociale sammenhænge som alternativer til rusmidler og ensomhed. Dette realiseres gennem et bredt spektrum af meningsfulde aktiviteter inklusiv e-sports tilbud som "Gaming United", som trækker patienterne ud af isolation på stuerne og ind i fællesskabet. Derudover har vi rideterapi, der adresserer forskellige aspekter af rehabiliteringsbehovet. Patienterne får mulighed for enten at afprøve nye aktiviteter, blive eksponeret for socialisering eller genfinde en tidligere interesse, som de fordyber sig i. På den måde får de, før udskrivelse, integreret faste aktiviteter i deres hverdag

og opbygget trygge relationer, som bidrager til reducere følelsen af eksempelvis ensomhed eller misbrugstrang.

For nogen kan målet være at komme i gang med en uddannelse, men hvor rusmidler og psykosen spænder ben for drømmen. For andre er drivkraften og motivationen om at kunne fungere i egen lejlighed med støtte, det der arbejdes hen imod. Vi står på et højt, fagligt grundlag om at højne patienternes tro på sig selv og deres kompetencer.

Vi arrangerer "ture ud af huset" for at styrke grænseafprøvning og aktivt selvarbejde mod individuelle mål. Alle disse tilbud og aktiviteter tjener ikke kun som en integreret del af patientens hverdag før udskrivning, men giver også mulighed for nøje observation og grundig dokumentation af psykopatologien i journalen. Alle disse nuancerede observationer bidrager til at kunne tilrettelægge og tilbyde den mest optimale behandling for hver enkelt patient. Samtidig giver det rig mulighed for at finde det helt rigtige boligtilbud, som er skræddersyet ud fra patientens kognitive funktioner, færdigheder samt behov for socialisering.

Sammenfattende bidrager vores rehabiliteringsindsats og tilgang ved De Særlige Pladser, AUH, til at skabe dybde og mening i patienternes indlæggelsesforløb samt at plante håb og drømme for deres fremtidige trivsel.

HVAD ER DET LIGE PRÆCIS DE SÆRLIGE PLADSER KAN – SOM ER GANSKE SÆRLIGT?

Rehabiliteringsforløb og tilbud

Vores tilbud på De Særlige Pladser er centreret omkring en dybdegående og helhedsorienteret tilgang til rehabilitering. Vi tilbyder en række meningsfulde aktiviteter som rideterapi, ture ud af huset, E-sport og netop en behandling, der foregår uden for institutionen. Det unikke miljø i S6, herunder faciliteter som køkkenet, skaber et roligt sted, hvor grundige aktiviteter kan udføres. Dette indebærer fx at styrke patientens ADL-funktioner ved at engagere dem i madlavningsaktiviteter - Lige fra at udarbejde en indkøbsliste og tage i indkøbscenter, til at udføre madlavning i afsnittet. Vi arbejder målrettet på at forberede patienterne til livet på eget bosted, lejlighed, døgninstitution eller hvad behovet måtte være. I samme ombæring fokuseres på ADL og at skabe en meningsfuld sammenhæng i deres forløb.

Rusmiddelsbehandling og tilbud

Vi har etableret et fast integreret tilbud inden for rusmiddelbehandling i to forskellige former. Det første tilbud udspiller sig i et fortroligt forum med deltagelse af afsnittets tilknyttede rusmiddelkonsulent og en sygeplejerske, der under masteruddannelse specialiserer sig i rusmidler. Forummet giver patienterne mulighed for at diskutere trang, baggrunden for det aktive forbrug og andre relevante emner i et trygt og sikkert rum.

Høringssvar fra sundhedspersonalet på De Særlige Pladser – AUH

Herudover giver forummet også patienterne mulighed for at udveksle erfaringer og rådgive hinanden om metoder til at minimere trang og finde alternative afledende handlinger. Det fortrolige rum bidrager til at opbygge sunde og støttende relationer. Dette er gavnligt både under indlæggelsen, hvor det kan bidrage til at reducere trang og rusmiddelbrug, og efter udskrivelsen, hvor patienterne mødes med hinanden i et støttende netværk.

Det andet tilbud er "T-talk," som er en forkortelse for tirsdags-talk. Ugentligt afholdes der en præsentation for vores patienter fra kl. 11-12, som lægger op til en dialog om en konkret emne. Indholdet i præsentationerne spænder bredt og kan omfatte fx psykoedukation om psykiske lidelser, symptomer, rusmiddelbrug samt virkningerne og konsekvenserne ved forbruget. Derudover har vi haft besøg af omsorgstandplejen med fokus på risici for udvikling af tandskader, konsulenter fra jobcenteret til at drøfte muligheder for praktikophold samt job. Vi har haft gode sparringer og dialoger med madentusiaster, der underviser i madkundskaber og socialrådgivere fra kommunen, der informerer om botilbud – for blot at nævne nogle få eksempler.

Vi stræber efter at skabe en mangfoldig og informativ oplevelse for patienterne med et bredt spektrum af emner og oplægsholdere. Dette enestående tilbud er patienterne særligt glade for, fordi det ofte er emner, hvor de kan bidrage med deres viden og samtidig vække nye interesser. Patienterne er en aktiv del af dialogen, hvor deres ekspertise også bliver anerkendt. Dermed har de mulighed for på neutral vis at bidrage til psykoedukation samt fremme forståelsen for deres eget behandlingsforløb.

Fagligt fokus og effekter

Vores faglige fundament er præget af et dybdegående arbejde omkring hele patientens forløb og stærkt relationsarbejde, der bygger på tillid og stabilitet. Vi har, med succes, reduceret antallet af genindlæggelser. Nyeste statistik fra vores e-sportstilbud, "Gaming United", illustrerer positive resultater af vores skadesreducerende og kontrollerede tilgang til rusmiddelbehandling. Vores patientgruppe består primært af personer med dobbeltdiagnoser, hvorfor disse tilbud er yderst vigtige.

Vi er en stabil personalegruppe, som sjældent har brug for at anvende vikarer, hvilket sikrer et kontinuerligt og meningsfuldt relationsarbejde. Vi har ikke haft problematikker med at rekruttere personale. Tværtimod er sengeafsnit 6 et stabilt og solidt sengeafsnit, hvor der er plads til at nyuddannede kan blive grundigt oplært og tilegne sig vigtige spidskompetencer og dermed få en god start på arbejdslivet.

Konsekvenser ved flytning/fusionering af sengeafsnit

En eventuel flytning eller fusionering af vores enhed til S8 vil medføre mindre ro og mere kaotiske forhold, hvilket ikke gavner vores patientgruppe. Der er en risiko for kortere indlæggelser og potentielle udfordringer

Høringssvar fra sundhedspersonalet på De Særlige Pladser – AUH

med at sikre, at patienter ikke sendes ud i samfundet, før de er fuldt forberedte. Vi er bekymrede for, hvordan denne ændring vil påvirke samfundet, herunder bosteder og deres personale, hvis de modtager patienter, som ikke er klar. I yderste konsekvens frygter vi, at kriminaliteten øges og i værste fald drab eller flere overfald. Derfor ønsker vi at understrege vigtigheden af at opretholde et stabiliserende miljø for vores patienter. Derudover ville dette kunne øge indlæggelsestallet og antallet af genindlæggelser i psykiatrien, som i forvejen er presset til det yderste af overbelægning.

Vi foreslår alternativer som at forblive på S6 og bevare vores eksisterende struktur. Dette kan omfatte at oprette et rent dobbeltdiagnoseafsnit eller bevare vores afdeling og blive fusioneret med spiseforstyrrede voksne. Vi mener, at denne løsning vil bevare den specialisering og erfaring, vi allerede har opnået. Derudover kunne spiseforstyrrede også have gavn af rehabiliteringsindsatsen, som vi har generet i sengeafsnittet.

Hvis flytning til S8 er uundgåelig, kræver det en grundig økonomisk rammeopdeling og fuldstændig opdeling af afdelingerne. Skabning af ekstra faciliteter, som en ekstra gård og opdeling af køkkenet, samt bevaring af vores rehabiliterende tilbud som ture ud af huset, rideterapi og aktiviteter i køkkenet, er afgørende for at bevare vores unikke rehabiliteringstilbud og indsats.

Indsigelse til høringssvar E-sport / Gaming United projektet

Vi ønsker at rette henvendelse vedrørende den foreslåede omstrukturering af tilbuddet om E-sport som en del af et afsnit opdelt i akut psykiatrisk behandling samt en rehabiliterende indsats. Denne foreslåede opdeling anser vi som værende uheldig og vil have negative konsekvenser for det rehabiliterende arbejde indenfor E-sport.

Vi ønsker at påpege, at en opdeling af tilbuddet med et dedikeret afsnit til akut psykiatri kan vise sig at være uforvarsligt. Ved at integrere E-sport i rehabiliteringsprocessen opnår man synergier, der kan have en positiv indvirkning på patienternes mentale sundhed. En opdeling kan medføre en fragmentering af behandlingen, hvilket kan være til skade for den overordnede rehabiliteringsindsats.

Vi ønsker at henvise jeres opmærksomhed på vores artikel skrevet på sundhedsmonitor.dk. Her bliver der netop peget på gennem et studie foretaget i retspsykiatrien vigtigheden af "tryghed" og "tillid" som bærende elementer. Vores oplevelse med de patienter, vi har koblet op på vores projekt, er, at til trods for deres sygdom er de meget opmærksomme på deres opgivelser. Vi kan derfor være nervøse for, at denne omstrukturering vil der blive skabt urolige omgivelser, der vil være med til at skabe utryghed gennem vores deltagere og dermed påvirke deres deltagelse og behandling.

"Studiet viste, at det fælles behandlingstilbud med Counter-Strike havde en positiv indvirkning på relationerne mellem patienterne og imellem patienterne og behandlerne. Begge relationer er essentielle, når man behandler psykisk sygdom, fordi tryghed og tillid er bærende elementer i udviklingen hen imod at blive rask."

<https://sundhedsmonitor.dk/debat/art9726135/Ordin%C3%A9r-computerspil-til-borgere-med-psykisk-sygdom-og-spar-indl%C3%A6ggelsesdag>

E-sport har vist sig at have gavnlig indflydelse på mentalt velvære og social interaktion. En opdeling af akutpsykiatri kan medføre, at patienter, der kunne have gavn af E-sport som rehabiliteringsværktøj, ikke får adgang til denne mulighed. Det er vigtigt at understrege, at E-sport ikke blot er underholdning, men også en effektiv metode til at forbedre kognitive færdigheder, socialt samspil og opbygning af selvtillid.

Vi opfordrer derfor til at genoverveje den foreslåede omstrukturering og i stedet arbejde hen imod en mere integreret tilgang, hvor E-sport som rehabiliteringsværktøj er tilgængeligt for alle patienter, uanset deres specifikke behandlingsbehov. Dette vil sikre en holistisk tilgang til rehabilitering og optimere effekten af E-sport som en integreret del af behandlingsplanen.

Vi håber, at vores bekymringer og forslag vil blive taget i betragtning under den videre drøftelse af omstruktureringen. E-sport har vist sit værd som et rehabiliteringsredskab, og det er vigtigt at sikre, at alle patienter har lige adgang til de gavnlige virkninger af denne form for behandling.

Gaming United Projektet på De Særlige Pladser varetager:

- 100-150 indlagte patienter om året - forventes at stige markant, set ud fra historisk udvikling siden projektets start
- 15-30 Ambulante patienter - forventes at stige markant, set ud fra historisk udvikling
- Online netværk 120 brugere med stor daglig aktivitet.
- Ekstra ordinære positive bruger tilbagemeldinger
- Etablerede netværk og samarbejdspartnere til gavn for indlagte og udskrevne patienter:
- Aarhus Kommune, Preben Bøgelund, Centerchef for bosteder.
- Aarhus Kommune, Susanne Ilsøe, Udviklingskonsulent med forbindelse til §107 tilbud.
- Kragelund Aktivitetstilbud, Mads Rømer, Aktivitetsmedarbejder.
- Tuesten Huse bosted, Sabrina, Socialpædagog
- Bymosevej bosted, Anders Hougaard Jespersen, Socialpædagog
- Viborg aktivitetstilbud, Mads
- Nygårdsvej Bosted, Benjamin, Socialpædagog
- Socialpsykiatrisk bosted Helheden, Esbjerg, Mads Burgwald
- Særlige sengepladser Esbjerg, Rasmus Lunde, Fysioterapeut
- Særlige sengepladser Viborg, Bo Halle, Fysioterapeut
- Retspsykiatrisk Sengeafsnit 4, Morten Trier, Socialpædagog
- Retspsykiatrisk Sengeafsnit 2, Lasse Jaaks Sletting
- Ungetilbuddet Carma, Mikkel Ibæk Jørgensen
- Langagerskolen, Aarhus Kommune, Kenn Poulsen
- Randers Specialskole

Med Venlig Hilsen,

Frederik Holst Thygesen, Projektmedarbejder E-sport.

Rasmus Poulsen, Projektmedarbejder E-sport

Sedat Ünal, Projektmedarbejder E-sport

Kilder:

www.gamingunited.dk

<https://www.psykiatrien.rm.dk/kontakt/presse/nyheder-fra-psykiatrien-i-region-midtjylland/2021-psykiatrien-nyheder/agf-esport-bliver-rollemodeller-for-psykiatriske-patienter/>

<https://stiften.dk/aarhus/computerspil-hjaelper-psyisk-syge-nu-kommer-agf-s-proffer-paa-be-soeg-paa-hospitalet>

Spørgeskema som bilag:

Brugerundersøgelse på De Særlige Pladser, AUH.

Esport aktivitet S6

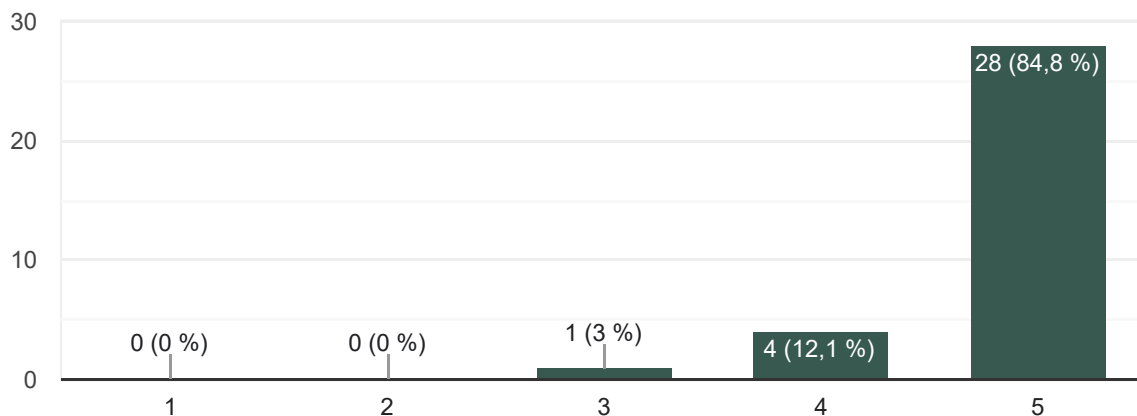
33 svar

[Offentliggør analyse](#)

Hvor tilfreds har du generelt været for at deltage til Esport på S6?

 [Kopier](#)

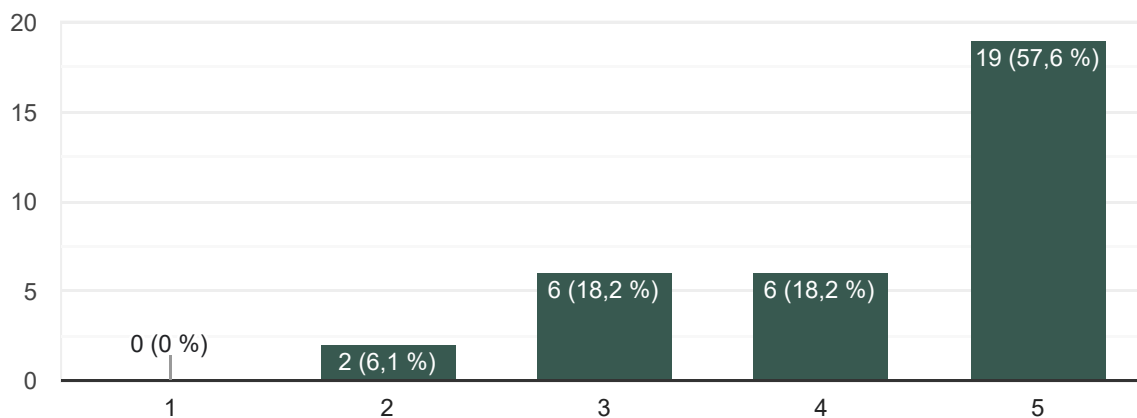
33 svar



Er Esport meningsfyldt for dig?

 [Kopier](#)

33 svar



Hvorfor er Esport er meningsfyldt for dig? Eller hvorfor er det ikke?

31 svar

Fordi det kan give en pause til tanker.
En måde at lade op på.
For det bedre af at spille

Det er en god måde for mig, at distrahere mig selv for psykiske problemer

Fordi det er noget man kan samles om. Det giver noget socialt.

Det er sjovt, og man kommer tættere på andre patienter når man spiller og snakker sammen om det, synes det skaber en god stemning blandt de deltagende.

Fantatisk sammenhold, noget at stå op til og være en del af, nem måde at lære folk at kende på når man er ny på afdelingen

Under min indlæggelse har jeg kunne lave noget sammen med andre som gav mig glæde. Det er virkelig fedt at spille sammen med andre og synes hurtigt vi lærte hinanden at kende, det har haft stor betydning for min indlæggelse på S8 at kunne komme til esport på S6

Det er godt og bruge tid på noget andet af og til

Ligesom at styrketræning gør at jeg føler mig afslappet bagefter. Gør eSport mig lidt glad ved at man spiller med nogle og har det hyggeligt på den måde og gir en hvis glæde i sig selv. Håber det kan forstås 😊

Det er sjovt og for tiden til at gå hurtigere her inde.

Fordi det giver et fællesskab i hverdagen og aktiviteten er underholdende.

Det fjerner kedsomheden.

Det er en sjov måde at konkurrere imod hinanden.

Det handler om fællesskabet omkring det. Det er altid fedt at spille med nogle gode folk. Det er sku en helende oplevelse.

Det er sjovt og man spiller sammen andre. Hvilken giver meget da det kan være svært med fysisk kontrakt.

hvem fanden gider tabe konstant :D

Fordi det er en måde at være social på, der er let tilgængelig og som tager udgangspunkt i mine interesser :-)



Det giver mig mere at lave, men kunne godt bruge mere tid på at snakke sammen

Man kommer af med sine aggrektioner på en posetivt måde, plus man kan bliver træt efter man har koncentration i spillet. Man får brug hovedet på en posetivt måde :)

Fællesskab og hygge

Det giver glæde

Det er meningsfyldt for mig, fordi jeg kommer i kontakt med andre mennesker på en særlig måde, hvor man er sammen om et spil

Det kan være sjovt og underholdende, og der er oftest god "Team spirit".

Det er spændende

Det beroliger mig og giver mig noget at fokusere på

jeg synes det er en fed måde at være sammen på og så er det med til at fjerne fokus når jeg har stoftrang

Spiller ikke så meget selv men det var sjovt at være med

Fællesskab, styrkning af kognitive evner og sprog, god mulighed for at lære nye mennesker at kende og veskle erfaringer med både nye og erfarne spillere :)

Det hjælper med at få lidt frihed i hovedet når det kan være presset af tanker og stemmer

Det rart og komme ud

Esport på s6 giver en slags tryghed, som har været vigtig for mig i min behandling. Derudover giver det en ro indeni og en følelse af man kobler fra.

Fordi det er en måde at få fokus væk fra alt der nu foregår og bare fokusere på en enkelt som alle er fælles omkring.

Fællesskabet til Esport?



Har det betydet noget for din relation med de øvrige deltagere og personale, at du har deltaget til Esport?

27 svar

næ

Ved ik

En lille smule ja. Har haft nogle få samtaler med andre patienter, som jeg har spillet med, hvor vi fx har snakket om hvordan dagens kamp gik.

Jeg har ikke været der så mange gange endnu, så kan derfor ikke udtale mig om dette for nuværende. Men virker umiddelbart super flinke.

Ja, meget faktisk. Lige fra highfives til samtaler og sjov og ballade om hvad der skete mens vi spillede.

som sagt har det betyder enormt meget for mig, har fået en god relation til både patienter og personale

Det haft stor betydning. Synes stemningen har været rigtig god. Ærgeligt S8 ikke har Esport.

Jeg er glad for dem

Ja

Ja som den eneste pige , har jeg lært drengene lidt bedre at kende pga det

Ja jeg taler godt med både deltagere og personale, og vi har et godt fællesskab omkring counterstrike, men der er også plads til at tale om andre ting.

Man lære de andre bedre og kende. Eksporten skaber en mere lige miljø mellem personalet og patienten

Man lærer personalet og de andre patienter at kende på en anden måde.

Ja helt klart. Det at være fælles om noget gør det lettere at opbygge sociale relationer i første omgang, og så synes jeg det er fedt at kunne "lege" med personalet. Det udtrykker en helt anden medmenneskelighed end det patient/behandler forhold man er vant til i psykiatrien.

???

Ikke så meget endnu

ja det er et hyggelig fælleskab



Ja, jeg har nemmere ved at snakke med de andre der har været med ovre, når vi har noget at samles om

Det er ret godt

Ja det har forstærket sammenholdet

Det kan være et godt samtale emne, og jeg synes det hjælper relationerne, da vi er fælles om det, og arbejder sammen.

Mere sammenhold kan man mærke

ja det synes jeg.. jeg synes det giver en form for sammenhold når man spiller sammen

Nej, bliver udskrevet i morgen så når ikke at danne venner

Ja meget

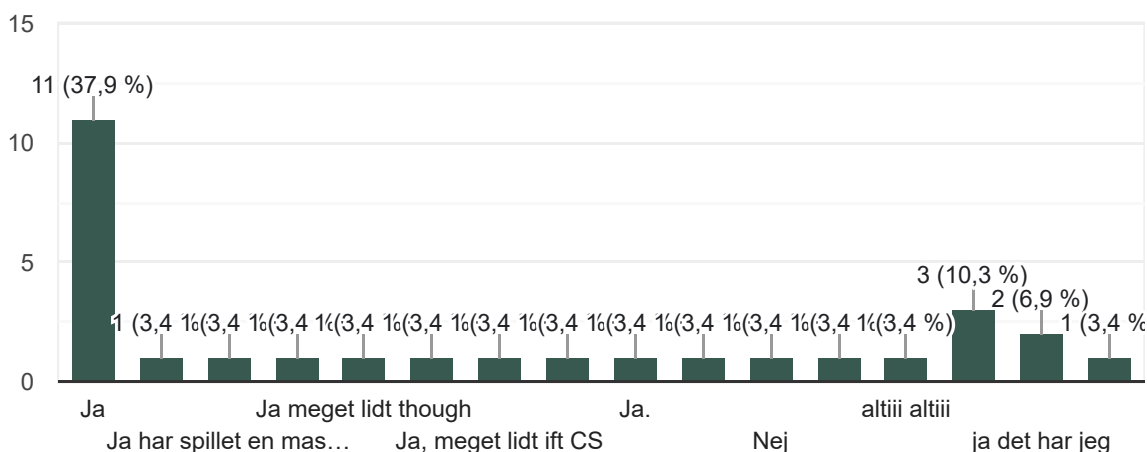
Ja det har det helt sikkert. Mit forhold patienterne og personalet har sat sig positivt. Jeg kan sagtens se mig selv spille videre hjemmefra, hvilket jeg også gør.

Ikke rigtig, men det har alligevel været meget hyggeligt og snakker fint med nogle af dem jeg har spillet med i forløbet.

Har du spillet computer før du deltog?

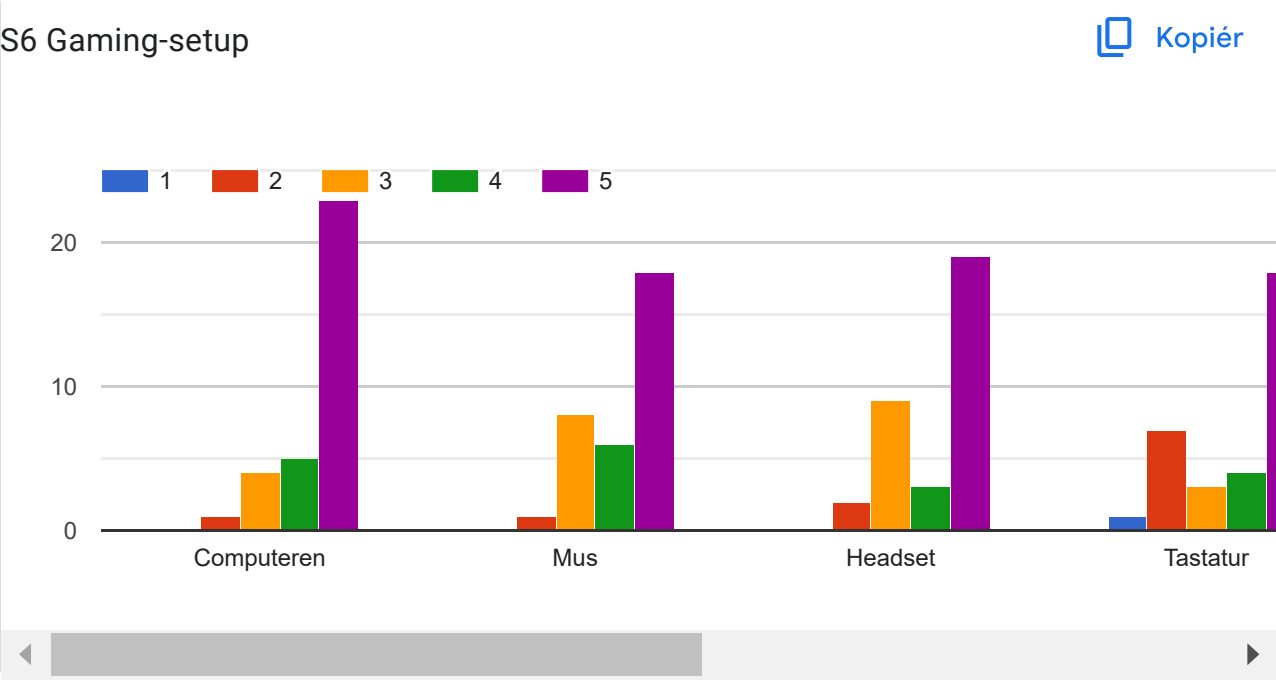
 Kopier

29 svar



Esport setuppet på S6





Evt. generel feedback

33 svar

s

har intet

Ingen feedback :)

Ikke noget på nuværende tidspunkt.

Nye tastatur.

håber dette tilbud bliver mere ubredt da det er en fantastisk at være en del af, Rasmus er desuden nok den bedste og rareste esport instruktør

Mega fedt at være med,

Go go

Det er meget hyggeligt og sjovt plus afslappende

Det cool af jer at jeg må være med men i må gerne være lidt bedre til at spørger mig om jeg vil bortset fra Frederik han er god til at spørger mig. Vil bare være inkluderet lidt mere. Hvis der ikke er plads er jeg den første der bliver smidt fra det synes jeg er lidt nederen.og når der ikke er personale og der bar er drengene bliver jeg slet ikke spurt.

Er glad for at være en del af fællesskabet, har stor glæde af tilbudet og spiller med både formiddag, eftermiddag og aften. Og er glad for at jeg bliver kontaktet.

Ingenting

Ser frem til at spille noget mere.

Den eneste feedback jeg lige har, er at jeg godt gad vi havde nogle mere lydisolerende headphones, så vi ikke kan høre modstanderholdet når vi spiller interne kampe.

Jeg synes det godt man har Gaming computer og udstyr.

keep it up. geniale event's i har gang i :D

Det er fedt at være med i E-sport:)

Allround godt udstyr, der kan det, man har brug for.

Mere for at lære hinanden lidt at kende, feks kunne vi hver især fortælle kort om os selv



Posetivt og hyggelig fælleskab

Super godt initiativ

Bliv ved

Keep up the good work

Det er hyggeligt, udfordrerne og underholdende.

godt

God aktivitet

god tidsfordriv.

Nej

Det var bare super fedt, at være med :)

Det hele er godt

Har kun været der 4-5 gange men syntes det fedt

Det vil være endnu federe, hvis instruktørerne indfører noget med nogle taktiske strategier udover 'turbosneglen' og 'vandfaldet'. Derudover at man måske prøver at spille med roller.

Super fedt initiativ



Hvad betyder det fordi din indlæggelse, at du har mulighed for at spille Esport?

32 svar

tidsfordriv

At det gør mig i bedre humør. selvom det er svært, kan man lidt glemme det ved at spille

I min situation har jeg tendens til, at være meget isoleret. Esport har været et godt redskab til, at bryde isolationen og være "social" på Discord.

Har ikke været indlagt mens jeg har været tilknyttet S6. Men tror det vil give et godt afbræk ifbm. en eventuel indlæggelse

Det gøre opholdet meget mere stress frit.

det har givet enormt meget, der kan godt være kedeligt på en afdeling og esport giver sammenhold og så er det desuden bare rigtigt sjovt at spille esport

Det har haft betydning, at jeg har haft noget at glæde mig til.

Det betyder faktisk mere end jeg troede

Gir lidt andet at lave hvor man er vant til

Meget da det for tiden til at gå hurtigere her inde

Hvis jeg var indlagt er jeg sikker på at det ville få dagene til at gå meget nemmere og jeg nok ikke ville være ligeså rastløs.

Det Esport betyder for min hverdag er at jeg får lidt mere social indhold ind i min hverdag og at jeg bruger kræfter på flere aktiviteter end jeg ellers ville.

Det nemmer og mindre kedeligt

Det giver mere indhold i hverdagen.

Det betyder meget. Det giver et fællesskab at være i. Det er noget meningsfuldt at fylde dagene ud med. Og så er det jo super hyggeligt. Det er med til at gøre det til et rart sted at være for mig. Hvis der ikke var Esport ville jeg nok være på tværs ift at skulle være indlagt.

Meget, da det kan være svært være samme med andre når man har det skidt

at man får tiden til at gå hurtigere, end at kede sig i stuen

det betyder meget:)

Det betød mere, end jeg havde forventet. Før i tiden dyrkede jeg sport, var under uddannelse og så videre, så var social i de sammenhænge. For tiden - og under indlæggelse - var det en rigtig



dejlig måde at være sammen med andre, der også har det svært. Der var en følelse af sammenhold osv.

Jeg kommer som ikke indlagt, det giver mig lidt mere at lave hverdagen og forhåbentlig giver det også mere socialt på sigt

At komme lidt væk fra afdeling og hverdagen, er dejligt

En fornemmelse af at man stadig kan hygge sig og ha det sjovt mens man er indlagt

Det betyder meget

Det gør indlæggelsen meget bedre

det kan hjælpe med at distrahere, så jeg ikke har lige så meget fokus på negative tanker.

godt

Gør det bedre

det betyder en del da jeg har svært ved at være i mig selv når der ikke sker noget i længere tid af gangen.. jeg bliver meget negativ når jeg går og er rastløs.. esport er med til at fjerne rastløsheden, tænker hvertfald ikke lige så meget over den...

Det er sjovt at have muligheden, dog fandt jeg først ud af det sent i min indlæggelse

Rigtig meget. Jeg har spillet computer i 25 år, så det er noget jeg bruger meget tid på derhjemme også. Og med muligheden for at kunne sidde sammen alé en netcafe er bare super fedt.

Jeg ville ik kunne holde ud at være indlagt hvis jeg ik havde e sport

Har betydet at jeg ikke har kedet mig så meget som jeg vil gøre uden esport. Det har været meget vigtig for min indlæggelse, da jeg spiller dagligt, og kan mærke jeg finder ro i at spille computer. Da jeg var indlagt i 2019 på s10 ville mit indlæggelse være markant anderledes.

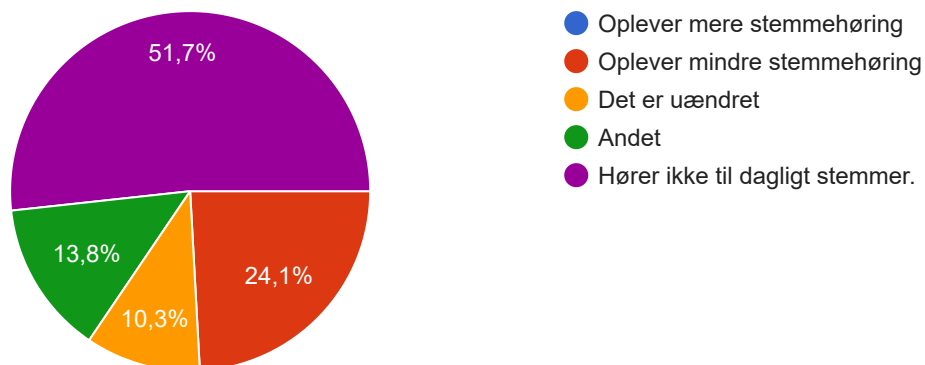
Det betyder meget at jeg har noget jeg går i som jeg kan dyrke.



Hvis du til dagligt er stemmehørende oplever du så i mindre eller i højere grad stemmer når Esport sessionen er igang?

 **Kopiér**

29 svar



Dit Gamernick:

31 svar

tbae

ascensa

SEWERSL1ME

Niko1

2HOT4YOU

TURBOSNEGLEN

M4rtin

Increase

Ragnar

JiJi

K4\$perF

Elyas

vinterkult

noided

Starman

Hus4

Naeshara

Raiztlin

Hippievikke

Frille

AutoRiff



MO

Mcwiththahammer

Rapper

Rotary Motion

M.O.D

Simon

Krillz

Rawtle

Wulle

HAWK

Dette indhold er hverken oprettet eller godkendt af Google. [Rapportér misbrug](#) - [Servicevilkår](#) - [Privatlivspolitik](#)

Google Analyse



