

Koncept for

# Akutmodtagelse og døgnpsykiatri i Psykiatrien i Region Syddanmark

*Psykiatrien i Region Syddanmark, august 2017*

## Indhold

1. Indledning.....	3
2. Begrebsafklaring .....	4
3. Fælles for akutmodtagelse og døgnpsykiatri .....	7
3.2. Observation af patienten.....	8
3.3. Interventioner i forhold til patienten .....	10
3.4. Samstilling af observations- og interventionsniveauer.....	11
3.5. Forebyggelse af tvang.....	12
3.6. Safewards .....	13
3.7. Forhåndstilkendegivelser .....	13
3.8. Overlevering .....	14
3.9. Dokumentation .....	14
4. Akutmodtagelse – FAM/PAM.....	15
4.1. Ankomst til akutmodtagelsen.....	15
4.2. Ophold i akutmodtagelsen.....	16
5. Døgnpsykiatri .....	18
5.1 Bæltefri tilgang .....	18
5.2 Eftersamtaler .....	18
5.3. KRAM .....	19
5.4. Udskrivningsaftaler/koordinationsplaner .....	20
5.5. Behandling og aktiviteter i øvrigt.....	20
6. Referencer .....	21

## 1. Indledning

Region Syddanmarks overordnede målsætning for psykiatrien er at sikre, at borgere i alle aldre med en psykisk lidelse oplever den højeste mulige kvalitet, sammenhæng og tilgængelighed i behandlingen.

Den ambulante psykiatri er indgangsport og omdrejningspunkt for den psykiatriske behandlingsindsats i Region Syddanmark. Indvisiterede patienter har, ved akut behov, altid mulighed for kontakt med psykiatrisk personale. Er det ikke muligt at komme i kontakt med patientens kontaktperson, er der mulighed for, at patienten kan få kontakt til en anden sundhedsfaglig person.

Efter åbningstid samt i weekender og på helligedage overtages kontakten af akutmodtagelsen, som ved behov tilbyder patienten en tid i den ambulante psykiatri næstkommende hverdag og/eller en akut vurdering i akutmodtagelsen. Er patienten ikke indvisiteret i ambulantspsykiatrien, kan patienten henvende sig til den praktiserende læge/lægevagten eller ved akut behov direkte til akutmodtagelsen, uanset tidspunkt.

Med dette koncept for akutmodtagelse og døgnpsykiatri beskriver Psykiatrien i Region Syddanmark principperne for indhold og struktur i akutmodtagelsen og døgnpsykiatrien, både inden for børne- og ungdomspsykiatrien og psykiatrien.

Akut- og døgnpsykiatrien fordrer særlig opmærksomhed på den enkelte patients aktuelle tilstand, der hurtigt kan ændre sig i kritisk eller stabiliserende retning. **Risikovurdering, observation og intervention** i forhold til patienten er centrale faglige elementer i plejen og behandlingen. En pleje og behandling, der foregår i samarbejde med patienten, idet interaktion mellem patient, pårørende og medarbejdere er af afgørende betydning for behandling i psykiatrien.

Konceptet bygger på mest muligt patient- og pårørendesamarbejde. Samarbejdet har sit afsæt i Patient- og Pårørendepolitikken for Psykiatrien i Region Syddanmark, [Patient- og Pårørendepolitik](#)

Konceptet øger fokus på den individuelt tilpassede indsats. Det forventes, at fleksible løsninger tilpasset den enkelte patients aktuelle behov kan medvirke til at forebygge konflikter samt øge frivilligheden i behandlingen, patientsikkerheden og compliance.

Konceptet er en sammenskrivning og mindre revision af de to tidligere koncepter: Koncept for akutmodtagelse og Koncept for Døgnpsykiatri.

## 2. Begrebsafklaring

I det nedenstående defineres de begreber, som er afgørende for den rette forståelse og anvendelse af konceptet.

### Integrerede afsnit

Et integreret afsnit er et døgnafsnit, der som udgangspunkt er åbent, men som rummer mulighed for aflåsning af dele af afsnittet, når behov herfor opstår. Et integreret afsnit består af **både åbent og lukket regi i samme fysiske og organisatoriske enhed**. Det har den fordel for patienten, at uanset tilstand kan patienten forblive på samme afsnit under hele indlæggelsen, uden at skulle skifte behandlende læge og kontaktperson. Dermed skaber integrerede afsnit større kontinuitet i behandlingen for patienten.

### Psykiatrisk Akutmodtagelse (PAM) eller Fælles Akutmodtagelse (FAM)

Psykiatrisk Akutmodtagelse er en fysisk og organisatorisk enhed på en psykiatrisk afdeling. Denne enhed kan have fysisk fællesskab med den somatiske akutmodtagelse (FAM). Det er tilfældet i Aabenraa. I Odense, Esbjerg og Vejle kaldes den psykiatriske akutmodtagelse PAM, og har en beliggenhed med geografisk afstand til FAM.

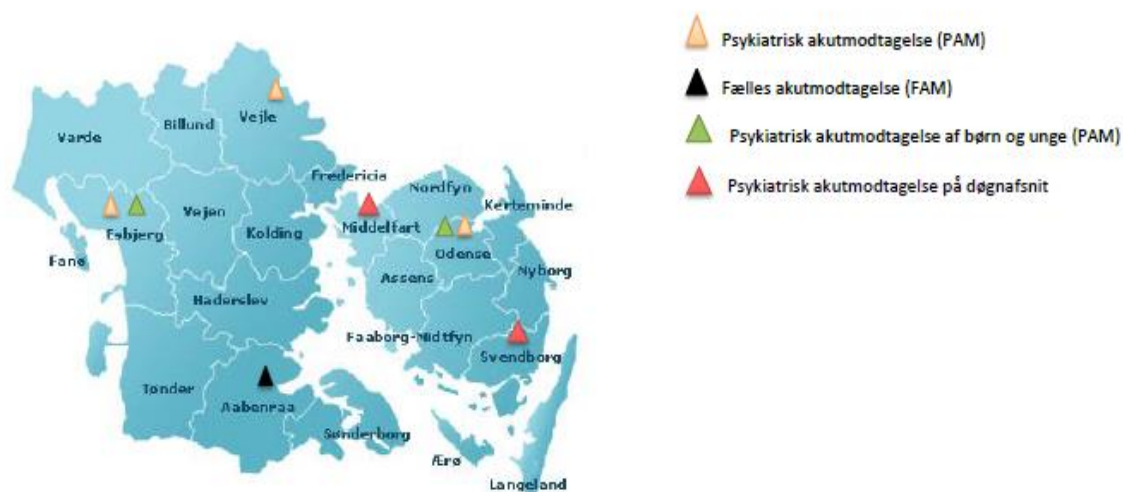
De psykiatriske afdelinger i Svendborg og i Middelfart har ikke etableret en akutmodtagelse i form af en fysisk og organisatorisk selvstændig enhed. I Psykiatrisk Afdeling Middelfart foregår akutmodtagelsen direkte i afsnittene, efter lægelig visitation. I Psykiatrisk Afdeling Svendborg foregår akutmodtagelsen på ét af afdelingens døgnafsnit (P1).

### Akutmodtagelse for børn og unge

Akutte børne- og ungepsykiatriske patienter, dvs. børn og unge under 20 år, modtages i PAM Esbjerg og PAM Odense.

Akutmodtagelse af børn og unge er nærmere beskrevet i særskilt retningslinje [akutmodtagelse for børn og unge under 20 år](#)

Figur 1: Oversigt over FAM og PAM i Region Syddanmark



## Skærmning

"Skærmning" anvendes ofte af fagfolk i sammenhæng med integrerede afsnit, men er ikke veldefineret og anvendes tvetydigt. Oftest henviser begrebet til den fysiske indretning af den lukkede del af et integreret afsnit eller til midlertidig arealbegrænsning i en patients færden i afsnittet.

**Begrebet skærmning forbeholdes fremover til brug i forbindelse med personlig skærmning, som optræder i psykiatriloven.** Fremover anvendes ikke udtryk som "skærmede afsnit", "i skærmen" eller "skærmet på stuen". I stedet benyttes termer som "integrerede afsnit", "i lukket regi" eller "arealbegrænset til stuen".

## Specialer og aldersafgrænsning

Der findes to lægefaglige specialer i det felt, som almindeligvis kendes som "psykiatri". Det er specialet "psykiatri" og specialet "børne- og ungdomspsykiatri". De to specialer rummer hver især en række interesseområder. For eksempel er ældrepsykiatri og retspsykiatri interesseområder under specialet "psykiatri".

De to specialer adskiller sig først og fremmest fra hinanden ved målgruppernes alder. Børne- og ungdomspsykiatriens målgruppe er til og med 19 år. Psykiatri har som målgruppe personer, der er ældre end 19 år. Derudover adskiller specialerne sig ved diagnostiske og behandlingsmæssige forskelle (visse metoder er bedre egnede eller specielt udviklet til børn/unge, andre til voksne).

## Udrednings- og behandlingspakker

I psykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien arbejdes der med udrednings- og behandlingspakker.

Hver pakke består af en standardangivelse af relevante undersøgelser og/eller typer af behandling med mere i forbindelse med en bestemt tilstand eller diagnose.

Udrednings- og behandlingspakker anvendes i ambulante forløb og akutte udredningspakker anvendes i psykiatrisk akutmodtagelse.

## Elektive patienter

Elektive patienter modtages efter lægelig henvisning og modtagelsen er planlagt. Patienten er blevet vurderet til at kunne vente på indlæggelse. Elektive patienter behandles hovedsageligt ambulant, og udgør en minimal andel af personer, der indlægges til behandling.

Når elektive patienter indlægges akut, foregår det gennem en akutmodtagelse, hvis denne findes på afdelingen.

## "Sus-forbi" patienter

Patienter, hvis indlæggelse sker akut, men som modtages direkte i døgnafsnittet. "Sus-forbi" patienter indbefatter tre typer patienter:

- Personer, der tvangsindlægges
- Personer, der indlægges i henhold til retslig foranstaltning
- Indvisiterede patienter med aftale om "åben indlæggelse".

## Psykiatrien i Region Syddanmark

### **Triage**

Måling og/eller vurdering af forudbestemte parametre med henblik på rangering (via farvekoder) af patientens tilstand og dermed behovet for, hvor hurtigt patienten skal ses af en læge. Triagen indeholder en somatisk og en psykiatrisk del. Alle patienter triageres efter ankomst til modtagelsen. Triagen gennemføres af en sygeplejerske.

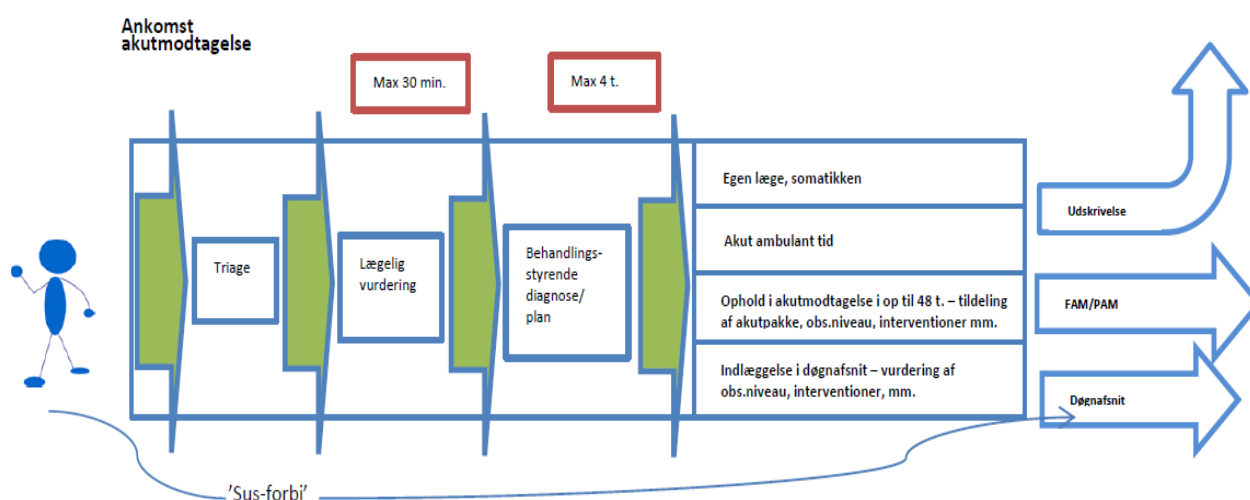
### 3. Fælles for akutmodtagelse og døgnpsykiatri

Konceptet omhandler psykiatrisygehusets akutmodtagelser og døgnafsnit. Først illustreres den akutte del af patients vej gennem sygehuset ved hjælp af et flowdiagram. Dernæst beskrives det behandlingsindhold, der er fælles for akutmodtagelserne og døgnafsnittene. Herefter følger særskilte afsnit, der beskriver henholdsvis det særegne for akutmodtagelserne og psykiatriens døgnafsnit.

#### Flowdiagram

Modtagelsen i akutmodtagelsen er, fraset "Sus-forbi" patienter, psykiatrisygehusets indgang for akutte patienter.

Figur 2: Flowdiagram for psykiatriske patienter i akutmodtagelsen og døgnpsykiatrien



De grundlæggende målsætninger for akutmodtagelsen er at sikre:

- Entydig visitation.
- Let og uhindret adgang til akut behandling.
- Vurdering ved triagerende sygeplejerske ved ankomst.
- Patienten indenfor en halv time efter ankomst ses af en læge, der også vurderer, om der er behov for en speciallægevurdering. Speciallægevurderingen kan gives via telepsykiatrisk tilsyn.
- Akut udredning/behandlingsstyrende diagnose/plan inden for fire timer, speciallæge involveres.
- Fokus på akutte somatiske problemstillinger i samarbejde med somatikken.
- Høj kvalitet i behandlingen gennem tildeling af akutte udredningspakker.
- Optimal overlevering af patienter fra akutmodtagelse til videre forløb/behandling.

I kapitel 4 beskrives principperne for akutmodtagelse nærmere.

#### Risikovurderinger, observations- og interventionsniveauer

Med afsæt i risikovurderingerne og observationerne iværksættes forskellige behandlingsinterventioner tilpasset den enkelte patient. Dermed opnås flere muligheder for individuelt tilpasset pleje og behandling, så indsatsen står i rimeligt forhold til det, som søges opnået. Formålet er med andre ord at kunne yde den mest effektive og skånsomme indsats over for patienten. Det er afgørende, at risikovurderinger, observationer og interventioner sker i interaktion mellem patient og medarbejdere.

### 3.1. Risikovurderinger

Ved en systematisk vurdering af patientens psykiske tilstand er det afgørende at gøre brug af en række hjælpeværktøjer. Som minimum skal selvmordsrisiko og risiko for vold vurderes. For patienter med en retslig foranstaltning skal der tillige risikovurderes for absentering. Vurderingerne skal altid foretages ved patientens indlæggelse og følge sygehusets/afdelingens retningslinjer. Vurderinger vedrørende selvmordsrisiko er beskrevet i en tværgående retningslinje. For de øvrige risikovurderinger skal afdelingerne udarbejde en nærmere beskrivelse af, hvornår vurderingerne skal revurderes med afsæt i tværgående skabelon herfor.

Vurderingerne skal dokumenteres i patientens journal af både læge og plejepersonale.

#### Selvmondsrisiko

Hos alle indlagte samt ambulante patienter i alderen ti år og derover foretages en vurdering af selvmordsrisiko. Patienter under ti år skal risikovurderes hvis relevant.

Ifølge retningslinjen skal risiko for selvmord vurderes ud fra tre niveauer:

- Ingen øget selvmordsrisiko
- Øget selvmordsrisiko
- Akut øget selvmordsrisiko.

Læs nærmere i retningslinjen: [Forebyggelse af selvmord](#)

#### Voldsrisiko

Ved indlæggelse, overflytning og udskrivelse skal der, som en del af den samlede vurdering (en del af triagen) af patientens tilstand, foretages en systematisk vurdering af risikoen for, at patienten udviser voldelig adfærd. Det skal ske ved hjælp af Brøset Violence Checklist (1, 2).

Afdelingerne kan udarbejde deres egne lokale instrukser for voldsrisikovurdering for indlæggelsesperioden.

#### Risiko for absentering

For patienter indlagt i henhold til retslig foranstaltning skal der foretages en vurdering af patientens risiko for absentering (3), det vil sige risiko for rømninger, undvigelse eller udeblivelser. Det gælder både retslige patienter, der er indlagt i retspsykiatrien i Middelfart og retslige patienter indlagt på de almenpsykiatriske døgnafsnit i de øvrige afdelinger.

Link til fælles instruks: [Instruks vedrørende absentering af patienter i retslige foranstaltninger i lukket regi](#)

### 3.2. Observation af patienten

I praksis adskilles elementerne observation og intervention ikke nødvendigvis fra hinanden. Interventioner følger af det observerede, og observationer fortsætter efter interventioner, blandt andet for at kunne justere interventionerne afhængigt af deres effekt, eller mangel på samme. Både observation og intervention sker i relation/interaktion med patienten. Af hensyn til tydeligheden beskrives de to begreber adskilt i de to følgende afsnit.



## Psykiatrien i Region Syddanmark

Det er vigtigt at iværksætte en individuelt tilpasset, skånsom og effektiv intervention over for patienten. Observationerne danner baggrund for en lægelig vurdering af, hvorvidt patienten har behov for rammer svarende til en låst dør eller kan magte at være i den åbne del, evt. på et højere observationsniveau.

Konceptet tager udgangspunkt i tre observationsniveauer. Observationsniveau 1 er det laveste observationsniveau, og observationsniveau 3 er det højeste og mest intensive observationsniveau. Patienter i PAM/FAM kan være patienter med observationsniveau 1 eller i særlige situationer med observationsniveau 2. Vurderes patienten at have behov for observationsniveau 3, flyttes patienten til et døgnafsnit.

Valg af observationsniveau er baseret på en lægefaglig vurdering og sker i dialog med patienten og evt. dennes pårørende samt kontaktpersonen. Risikovurderinger indgår som et væsentligt element i denne beslutning. Lægen dokumenterer observationsniveau ved indlæggelse og ikke først, når patienten kommer til døgnafsnittet.

Observationsniveauet vurderes kontinuerligt ud fra vurderinger af patientens tilstand. Hyppigheden afhænger af patientens tilstand. Hvis den sundhedsfaglige kontaktperson i samarbejde med kolleger vurderer et akut behov for at øge observationsniveauet, kan dette iværksættes og aftales med lægen efterfølgende. Stillingtagen til et lavere observationsniveau skal altid ordineres af en læge. Observationsniveauet dokumenteres kontinuerligt i patientens journal af lægen. Patientens informerede samtykke skal altid søges opnået og dokumenteres.

**Tabel 1: Observations niveauer**

Observation på niveau 1 - lavt	Observation på niveau 2 - Moderat	Observation på niveau 3 – højt
<p>Observation på niveau 1 kan beskrives som observation på almindeligt eller lavt niveau. Alle patienter inden for døgnpsykiatrien i Region Syddanmark vil blive observeret på mindst niveau 1.</p> <p>Observation på almindeligt niveau kendetegner den observation, hvor patienten følges på afstand. Der kan være behov for aftaler om tid og sted for næste kontakt. Observationsniveauet anvendes især til patienter, der er i stand til at indgå aftaler, der rækker over timer/døgn. Det vil typisk være en del af den almindelige relation mellem patient og kontaktperson/kontaktteam. Patienten er ikke i risiko for selvmord, vold eller absentering</p>	<p>Observation på niveau 2 kan også beskrives som observation på moderat niveau eller tæt observation.</p> <p>Observation på moderat niveau kendetegner observationen, hvor der er behov for at følge patienten tættere end ved lav observation. Der er behov for hyppig visuel kontakt, men denne kan brydes inden for aftalte og kontrollerede rammer. Denne type observationsniveau skal aftales og beskrives nærmere for hver patient i hvert tilfælde. <b>Følgende oplysninger skal fremgå: hvor ofte skal patienten observeres, hvad skal specifikt observeres og hvordan</b> (er det tilsyn, målinger af værdier eller andet).</p>	<p>Observation på niveau 3 kan også beskrives som observation på højeste niveau.</p> <p>Observation på højt niveau kendetegner den mest intensive kontakt mellem kontaktperson og patient. <b>Den indebærer, at kontaktpersonen kontinuerligt observerer og har kontakt med patienten i direkte kommunikationsafstand.</b> Der er behov for vedvarende visuel kontakt.</p> <p>Observation på højt niveau beskrives i Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien som begrebet personlig skærmning.</p> <p>Observation på niveau 3 kan også ske med informeret samtykke med patienten. Observation på niveau 3 betyder således ikke, at den kun vil forekomme i forbindelse med tvang.</p>

### 3.3. Interventioner i forhold til patienten

I forbindelse med indlæggelse skal intervention forstås som medarbejderes handlinger på baggrund af patientens funktionsniveau.

På baggrund af det ordinerede observationsniveau, det faglige skøn og samarbejdet med patient og pårørende er det kontaktpersonens ansvar at iværksætte en række individuelle interventioner i forhold til patienten. Psykiatrisygehuset arbejder med fem interventionsniveauer, der tager udgangspunkt i John Gundersons miljøterapeutiske principper (4, 5).

Interventionsniveauer dokumenteres i "Psykiatrisk plejeplan" og skal til enhver tid uddybes med konkrete eksempler på, hvordan interventionsniveauet for denne patient udføres.

I det nedenstående beskrives de 5 interventionsniveauer og eksempler på konkrete interventioner.

**Tabel 2: Interventionsniveau 1-5**

	Interventions-niveau	Beskrivelse	Eksempler på intervention
1	<b>Anerkendelse (bekræftelse)</b>	Anerkendende interventioner anvendes især hos patienter, der i høj grad kan varetage egne behov. Anerkendelse er bevidste, planlagte interventioner, der består af handlinger og ytringer i miljøet, der anerkender og bekræfter patientens individualitet og egenart.  <b>Formålet</b> er bl.a. at tillade patienten at udtrykke sin lidelse, hjælpe patienten til bedre at forstå egen utilstrækkelighed og aggression samt give rum til at acceptere afvigelse, tab og ensomhed. En forudsætning for at anerkende patientens individualitet og egenart er, at der i miljøet er en fælles kundskab om og forståelse af patientens livshistorie, aktuelle funktionsniveau og symptombillede.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Udfordre patienten til at udvide sine grænser, at turde mislykkes.</li> <li>- Give symptomerne mening.</li> <li>- Vise respekt for patientens behov for at være alene.</li> </ul>
2	<b>Engagement (deltagelse)</b>	Engagement skabes ved bevidste, planlagte handlinger og ytringer i miljøet, som fører til, at patienten knytter sig aktivt til sit sociale miljø i og uden for afdelingen.  <b>Formålet</b> er bl.a., at patienten kommer ind i en aktivt handlende fase. Dermed modvirkes patientens passivitet og uselvstændighed. Interventionen skal også bidrage til, at patienten føler sig kompetent, respekteret og i stand til at påvirke sine menneskelige relationer. Interventionen engagement lægger vægt på verbalisering og ansvar, at muliggøre samspil og aktiviteter som patienten kan klare.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gruppetræning.</li> <li>- Patientledede grupper.</li> <li>- Deltagelse i aktiviteter i og uden for afdelingen.</li> <li>- Give reelle valgmuligheder.</li> </ul>
3	<b>Struktur</b>	Strukturinterventioner er bevidste, planlagte ytringer og handlinger i miljøet, som skaber rutiner og dermed forudsigelighed over tid (gennem dage og uger). Det skaber forudsigelighed for sted og situation.  <b>Formålet</b> er bl.a. at gøre miljøet mindre "flydende" og mindske kaos for patienten og at få patienten til at føle sig knyttet til omgivelserne, uden at være bange for at blive invaderet eller overladt til sig selv. Interventionen har også til hensigt at fremme forandringer i socialt uheldige symptomer og handlemønstre og hjælpe patienten til at overskue konsekvenser.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Døgnplan, ugeplan, tidsangivelser af opholdets varighed.</li> <li>- Strukturerende aktiviteter.</li> <li>- Møder.</li> <li>- Brug af aftaler og kontrakter</li> <li>- Hjælp til patientens økonomistyring.</li> </ul>
4	<b>Støtte</b>	Støtte er bevidste, planlagte handlinger og ytringer i miljøet, som fører til, at patienten føler sig bedre, er mere tilfreds og får øget selvfølelse.  <b>Formålet</b> er bl.a. at bidrage til, at miljøet opleves som et tilflugtssted og at	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Støtte/følge til aktuelle gøremål</li> <li>- Tilgængelighed.</li> <li>- Opmærksomhed</li> </ul>

	Interventions-niveau	Beskrivelse	Eksempler på intervention
		hjælpe patienten til at udføre gøremå, han eller hun mestrer. Interventionen har også til hensigt at bane vejen for, at patienten gradvis kan tage imod nye "sikre" udfordringer og bidrage til, at følelsen af angst og fortvivlelse aftager.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Råd.</li> <li>- Beroligelse/trøst.</li> <li>- Opmuntring.</li> </ul>
5	Beskyttelse	<p>Beskyttelse er specielt vigtig for patienter med så lavt et funktionsniveau, at de ikke magter at varetage de mest basale behov på en hensigtsmæssig måde. Beskyttelse er bevidst planlagte handlinger og ytringer i miljøet, som sikrer fysisk velvære og letter belastningen ved utilstrækkelig selvkontrol, afmagt- eller almagtfølelser.</p> <p><b>Formålet</b> er at styrke patientens indre følelse af kontrol og fysisk velvære, hindre at patienten skader sig selv eller andre og mindske faren for fysisk forfald.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Begrænse påvirkning og mængde af fysiske og relationelle indtryk og kontakter fra omgivelserne.</li> <li>- Trykke og sikre omgivelser.</li> <li>- Fysisk omsorg (basale behov).</li> <li>- Aktiviteter, der kan dæmpe angst og uro.</li> </ul>

Vurdering af interventionsniveau for patienten sker ved en helhedsvurdering af problemområder. Følgende skal dokumenteres: Kort resumé af patientens tilstand, problemområder samt hvilke konkrete interventioner der iværksættes, hvordan disse udføres og efterfølgende vurdering af effekt.

Se eksempel på dokumentation af interventioner, bilag til retningslinjen [Observations- og interventionsniveau under indlæggelse](#)

### 3.4. Samstilling af observations- og interventionsniveauer

Ofte ses en sammenhæng mellem observations- og interventionsniveauer, som skildret på nedenstående model, figur 3. Det er dog vigtigt at præcisere, at der ikke er en automatisk sammenhæng mellem elementerne. Det er derfor nødvendigt at forholde sig til hver patients tilstand og vilkår, når observationsniveau og interventionsniveau fastlægges.

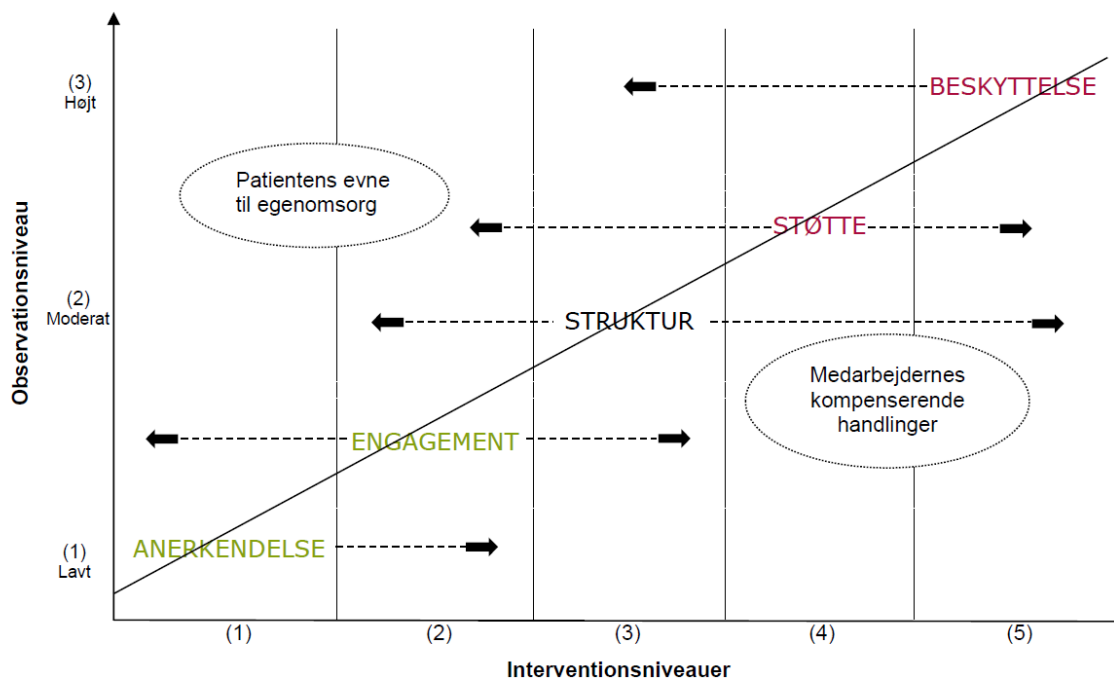
Interventionsniveauer vil ofte have en sammenhæng med patientens funktionsniveau. Jo mere syg patienten er, jo større er behov for personalets kompenserende handlinger. Det vil sige interventioner på et højt niveau.

I figur 3 illustreres en typisk sammenhæng mellem observations- og interventionsniveauer. Et observationsniveau vil medføre en eller anden intervention i relationen mellem patient og den professionelle. Jo færre kompetencer eller lavere funktionsniveau patienten har, jo større behov for personalets kompenserende handlinger.

De 5 interventionsniveauer er samtidig ikke adskilte størrelser, men skal ses som elementer, der glider over i hinanden afhængig af patientens tilstand. Ved tvivl fastlægges det højeste niveau, som patientens tilstand/behov delvist svarer til.

Et eksempel på afvigelse fra den typiske sammenhæng kan være en person indlagt i henhold til retslig foranstaltning. En retslig foranstaltning kan medføre et højt observationsniveau, men interventionsniveauet kan være lavt.

Figur 3: Typisk sammenhæng mellem observations- og interventionsniveauer



### 3.5. Forebyggelse af tvang

Forebyggelse af tvang er en mangefacetteret indsats, der er afhængig af psykiatrisk speciale, kompetencer, rammer, kultur og miljø på den enkelte psykiatriske afdeling.

I psykiatrisygehuset arbejdes der ud fra Huckshorns seks kernestrategier (6, 7, 8):

1) *Ledelse af organisatoriske ændringer*

Kulturændringer er ændringer af vaner, som er oparbejdet gennem mange år. At ændre vaner er svært og tager lang tid. Det er afgørende for successen, at lederne går forrest og er vedholdende.

2) *Anvendelse af data*

Data er vigtige for at vide, om vores praksis ændrer sig i den ønskede retning. Data er blandt andet tal, der skal være aktuelle og vedkommende for det enkelte funktionsområde.

3) *Personaleudvikling*

Nye måder at løse problemer på kræver værktøjer, ny viden og nye kompetencer.

4) *Anvendelse af tvangsforebyggende værktøjer*

Viden i sig selv, ændrer ikke praksis. Det er nødvendigt, at viden afspejler sig i nye handlemåder.

5) *Patientinddragelse*

Det er bevist, at større og reel inddragelse af patienter og pårørende virker forebyggende i forhold til konflikter, vold og tvang.

6) *Læring på baggrund af kvalitativ audit*

Audit med henblik på læring er en måde at se på egen praksis, som udvider fremtidige måder at handle på i lignende situationer.

## 3.6. Safewards

Som en del af Huckshorns seks kernestrategier arbejder alle psykiatriske døgnafsnit i Region Syddanmark ud fra Safewards modellen (9). Safewards modellen er udviklet på baggrund af 20 års forskning i England. Modellen bruges til at identificere, hvor og hvordan, konflikter opstår på et døgnpsykiatrisk afsnit. Konflikter kan opstå på baggrund af aggression, selvskade, selvmordsrisiko, absentering, brug af stoffer/alkohol og medicinnægtelse. Konflikter udgør en potentielt alvorlig risiko for patienter og personale i forhold til tvang og vold.

Safewards modellen illustrerer, hvordan forskellige områder/domæner/adfærd, kan skabe konflikter. Ved implementering af ti interventioner kan personale og patienter i fællesskab danne en kultur, hvor konflikter forebygges. Formålet er at forebygge tvang og vold samt skabe mere tryghed for patienter, pårørende og medarbejdere.

Når en patient identificeres i at være i en risikotilstand (selvmord, vold eller absentering) skal der i den lovpligtige behandlingsplan tages stilling til tiltag fra de seks domæner, som Safewards beskriver som potentielle årsagsdomæner. Herunder er det vigtigt at forholde sig til behovet for (medicinsk) behandling af psykose og/eller misbrug.

Safewards indgår i kernestrategi 4 - Anvendelse af tvangsforebyggende værktøjer.

Yderligere information findes på Region Syddanmarks intranet og [Safewards hjemmeside](#).

## 3.7. Forhåndstilkendegivelser

I forbindelse med indlæggelse er det vigtigt, at patienten har mulighed for at fremsætte sine personlige ønsker til behandlingens indhold og form, hvilket dokumenteres i forhåndstilkendegivelsen.

Forhåndstilkendegivelsen er et dynamisk redskab, der kan udarbejdes på alle tider af et behandlingsforløb, både ambulant og under indlæggelse. Det er væsentligt, at der ved indlæggelsessamtale og senest ved gennemgang høres til patientens ønsker i forhold til behandlingens form og indhold, også i forhold til hvis anvendelse af tvang skulle blive nødvendigt. Patienten skal oplyses om, at der kan opstå situationer, hvor det er nødvendigt at fravige forhåndstilkendegivelsen. Såfremt det efter en lægefaglig vurdering skønnes, at patienten er i en sådan tilstand, at det ikke er muligt at udarbejde en forhåndstilkendegivelse, skal dette gøres snarest muligt herefter.

For patienter, der er tilknyttet ambulant behandling, og som er i risiko for indlæggelse, kan der med fordel udarbejdes forhåndstilkendegivelse, mens patienten endnu ikke er indlagt.

Forhåndstilkendegivelsen udarbejdes med udgangspunkt i dialogguide og dokumenteres i patientens journal under "patientens forventninger til forløbet", link til [Dialogguide](#).

### 3.8. Overlevering

Når patienter skal videre fra akutmodtagelsen til døgnfunktion, ambulantspsykiatri, eget hjem eller en somatisk afdeling skal det sikres, at overleveringen sker på en god måde.

Ved lægelig beslutning om indlæggelse i døgnfunktion skal patienten hurtigst muligt overflyttes til denne.

De væsentlige elementer i at skabe en god overflytning/udskrivelse er:

- At patienten og evt. pårørende er informeret om forløbet
- At procedurer ved overflytning/udskrivelse er enkle og så nemme som muligt
- At alle informationer er opdaterede og tidstro
- At der ikke blot gøres status ved overflytningen/udskrivelsen, men at der er lagt en plan for det videre forløb eller der er angivet et formål med overflytningen
- At patienten principielt ikke slippes, før man ved, at modtageren har fat (stafetmetoden).

Retningslinjer for god overflytning/udskrivelse videre fra akutmodtagelsen fremgår af retningslinjen for [Udskrivningsplanlægning og information til primærsektor](#) og se evt. også linket [ISBAR](#).

### 3.9 Dokumentation

Konceptets væsentligste vurderinger og elementer skal dokumenteres i forhold til den enkelte patient i den elektroniske patientjournal, jf. gældende vejledning.

## 4. Akutmodtagelse – FAM/PAM

For at akutte patienter oplever samme høje kvalitet på tværs af regionen har Region Syddanmark samlet den akutte indsats i fælles akutmodtagelser (FAM) på akutsygehusene. "Rapport om fælles akutmodtagelser i Region Syddanmark" danner rammerne for den akutte indsats i regionen og beskriver en fælles model for arbejdet med at etablere FAM. Dette koncept er psykiatriens tillæg med fokus på de psykiatrispecifikke elementer i FAM. Psykiatrisygehuset indgår i FAM sammen med de somatiske specialer på de matrikler, hvor somatik og psykiatri ligger side om side. På psykiatriens øvrige matrikler arbejdes der ud fra de samme principper som i FAM og der samarbejdes med det somatiske sygehus om den somatiske udredning. De regionale servicemål for de fælles akutmodtagelser gælder også for psykiatrisygehuset.

Psykiatrisygehuset indgår sammen med somatikken i et tværregionalt forum omkring akutmodtagelse.

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

Som beskrevet i kapitel 3 er de grundlæggende målsætninger for akutmodtagelsen at sikre:

- Entydig visitation.
- Let og uhindret adgang til akut behandling.
- Vurdering ved triagerende sygeplejeske ved ankomst.
- Patienten indenfor en halv time efter ankomst ses af en læge, der også vurderer, om der er behov for en speciallægevurdering. Speciallægevurderingen kan gives via telepsykiatrisk tilsyn.
- Akut udredning/behandlingsstyrende diagnose/plan inden for fire timer, speciallæge involveres.
- Fokus på akutte somatiske problemstillinger i samarbejde med somatikken.
- Høj kvalitet i behandlingen gennem tildeling af akutte udredningspakker.
- Optimal overlevering af patienter fra akutmodtagelse til videre forløb/behandling.

Kravet om lægelig vurdering inden for en halv time samt akut udredning/behandlingsstyrende diagnose inden for fire timer sikrer fremdrift i patientforløbet, og at ingen patienter sættes unødigt sent i behandling efter ankomst til akutmodtagelsen. Involvering af speciallæge understøtter målet om høj kvalitet.

Fokus på et entydigt samarbejde mellem somatikken og psykiatrien støtter den generelle samarbejdsaftale mellem psykiatri og somatik i Region Syddanmark. Målsætningen er at sikre, at akutte patienter oplever sammenlignelige og sammenhængende forløb, uanset hvilken akutmodtagelse de ankommer til i regionen.

### 4.1. Ankomst til akutmodtagelsen

Ankomst til PAM/FAM sker på alle tidspunkter af døgnet. De psykiatriske akutmodtagelser er uvisiterede. Alle borgere med behov for en akut psykiatrisk vurdering kan henvende sig. Det anbefales, at patienter i ambulans forløb først kontakter den ambulantspsykiatri, som de er tilknyttet, hvis det er muligt.

Vagtlægen/praktiserende læge/politi kontakter akutmodtagelsen, som kan tilbyde patienten en akut vurdering i akutmodtagelsen og/eller en tid i ambulantspsykiatrien senest næstkommende hverdag.

## Psykiatrien i Region Syddanmark

Nogle akutte patienter kan allerede før ankomst til sygehuset være visiteret til at være "sus forbi" patienter. "Sus forbi" patienter, er personer som indlægges på grund af en retslig foranstaltning (visiteres af bagvagten i Middelfart) og personer, der tvangsindlægges (på alle døgnfunktioner). Disse køres direkte til relevant psykiatrisk afdeling, hvor formalia kontrolleres, inden patienten indlægges. Retspsykiatriske patienter indlægges i udgangspunktet i retspsykiatrien, Psykiatrisk Afdeling Middelfart.

Elektive patienter, der skal indlægges, og som er kendt i egen ambulantspsykiatri, overgår til døgnafsnittet efter registrering og triagering i akutmodtagelsen (medmindre triagen giver anledning til andet).

Alle øvrige patienter forbliver i akutmodtagelsen, hvor de afventer lægevurdering og udarbejdelse af foreløbig behandlingsplan. Patienten får tildelt en sundhedsfaglig kontaktperson.

### 4.2. Ophold i akutmodtagelsen

Ved ankomsten til akutmodtagelsen modtages patienten af triagerende sygeplejerske. Der skal være mulighed for, at børn og unge kan opholde sig adskilt fra voksne patienter. Funktionen varetages af en kyndig sygeplejerske, der kan triagere alle patienter, uanset patientens alder. Sygeplejersken videregiver triagefarven til lægen med henblik på, at denne kan prioritere, hvilke patienter der ses først.

Målet er, at patienten er vurderet af en læge senest en halv time efter ankomst. Den læge, der tilser patienten vil oftest være en yngre læge/forvagt, som herefter konsulterer speciallæge/bagvagt. Det kan ske via telepsykiatri. Målet er, at der foreligger en akut udredning/behandlingsstyrende diagnose inden for fire timer. Somatiske akutpakker eller psykiatrisk udredningspakker er styrende for patientforløbet.

Hvis patienten forbliver i akutmodtagelsen skal der dagen efter ankomsten foretages der lægelig gennemgang. Gennemgangen skal ske ved en speciallæge.

Akutpakker beskriver rammerne for patientens ophold i den somatiske del af FAM ud fra de symptomer, patienten er ankommet med. De sikrer en hurtig udredning på tværs af specialer med målet om, at patienten hurtigst muligt bliver udredt og sendt til den rigtige afdeling. De somatiske akutpakker kan ligeledes anvendes i PAM ved somatiske symptomer.

Patienter, som indlægges i PAM, er fra ankomsten "specialebestemt". Derfor er særlig opmærksomhed påkrævet i forhold til den somatiske del af triagen og nærmere udredning via akutpakker. Vurderes der behov for mere avanceret somatisk udredning eller behandling, foretages dette ud fra gældende samarbejdsaftaler.

I psykiatrien baseres udredningen på samtale, observationer samt supplerende undersøgelse ud fra flere diagnostiske redskaber og med en relation til patienten som et bærende element. Den diagnostiske proces er tidskrævende og afhængig af patientens evne til at samtale og indgå i relationer. Psykiatriske sygdomme starter ofte med uspecifikke symptomer, hvor der er behov for en længere observationsperiode, end de somatiske patienter har brug for.

Akutte udredningspakker for patientens ophold i PAM sikrer en systematisk, formaliseret og kompetent akut udredning, behandling og hjemsendelse/overflytning af patienten.

De akutte udredningspakker styrker patientsikkerheden og giver samtidigt patienten og pårørende mulighed for at forholde sig aktivt og kritisk til eget forløb.

Der findes flere muligheder for at hjælpe patienten i det videre forløb:



## Psykatrien i Region Syddanmark

- Kontakt til egen læge med speciallægeanbefalinger
- Rådgivning i krisesituationer
- Rådgivning vedrørende mulighederne for misbrugsbehandling
- Ambulant subakut tid (senest næstkommende hverdag)
- Tilbud om kortere ophold i akutmodtagelsen (op til 48 timer)
- Tilbud om indlæggelse i sengeafsnit
- Overflytning til somatikken ved akut behov.

## 5. Døgnpsykiatri

I det følgende beskrives de elementer, der særligt gælder for døgnpsykiatrien.

### 5.1 Bæltefri tilgang

I Region Syddanmark er der på hver psykiatrisk afdeling mindst et afsnit, der arbejder ud fra en bæltefri tilgang. En bæltefri tilgang karakteriseres ved at anvende et minimum af tvang. Foretages der bæltefikseringer eller indgivelse af beroligende medicin med tvang, skal der udarbejdes en hændelsesanalyse umiddelbart efter hændelsen.

Der er særlig fokus på kompetenceudvikling af personalet i forhold til anvendelsen af tvangsforebyggende værktøjer og særligt fokus på miljøterapi. Yderligere understøtter behandlingen og miljøet i døgnafsnittet patientsamarbejdet, således at det forebygges, at patienten udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare. Sikkerhed for personale og patient vægtes højt, og såfremt en patient frembyder en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre, kan der anvendes den nødvendige tvang.

Nationale erfaringer fra en række pilotprojekter viser, at følgende indsatser er særlig effektfulde i forhold til at forebygge anvendelse af bæltefiksering og beroligende medicin med tvang:

- Tidlig og systematisk indsats (indenfor 24 timer) med henblik på identifikation af særlige indsattpatienter for at forebygge bæltefikseringer. Herunder brug af modtageprocedurer, sikkerhedsbriefing, særlige interventionsteams, samarbejde med somatiske afdelinger, Safewards interventioner og brug af forhåndstilkendegivelser.
- Strukturerede og faste daglige aktiviteter for patienterne ved fysiske aktivitetskonsulenter, fysio- og ergoterapeuter og plejepersonale.
- Kompetenceudvikling af alle faggrupper.
- Plejepersonale til stede i miljøet sammen med patienterne med henblik på miljøterapeutiske tiltag og mulighed for kontakt.
- Udarbejdelse af hændelsesanalyser af både fikseringer og nær-ved-hændelser<sup>1</sup>. Systematiske analyser er en refleksionsmetode på nær-ved-hændelser og tvang. Analyserne danner grundlag for læring og nye tiltag. Hændelserne gennemgås ud fra en objektiv og undersøgende metode med det formål at generere læring af alle hændelser.

### 5.2 Eftersamtaler

Ifølge psykiatrilovens § 4, stk. 5 skal patienten efter ophør med enhver tvangsforanstaltning tilbydes en eller flere samtaler. På psykiatrisygehuset kaldes disse for eftersamtaler.

Formålet med eftersamtaler, er, at patienten skal have mulighed for at beskrive og drøfte sine oplevelser i forbindelse med iværksættelse og gennemførelse af tvangsforanstaltningen. Derved kan sundhedspersonen, der gennemfører eftersamtalen, blive bekendt med patientens opfattelse af den anvendte tvang og opnå en bedre forståelse af patientens reaktionsmønstre.

Referat af samtalen skal journalføres, så afsnittet som helhed kan blive bekendt med patientens opfattelse af tvangsforanstaltningen og dennes gennemførelse. Formålet er at forebygge eller reducere

---

<sup>1</sup> En nær-ved-hændelse kan defineres som: En tilspidset situation med en truende og farlig patient, hvor en bæltefiksering undgås ved personalets aktive og målrettede intervention.

## Psykiatrien i Region Syddanmark

tvangsanvendelse overfor den pågældende patient i eventuelle fremtidige situationer, eller eventuelt at gennemføre tvangen på en mere hensigtsmæssig og mindre traumatisk måde for patienten. Desuden er formålet at forklare patienten baggrunden for iværksættelse af den aktuelle tvangsforanstaltning. Det kan medvirke til, at patienten får en bedre forståelse for årsagen til, at personalet i situationen fandt det nødvendigt at anvende tvang. Ligeledes medinddrages patienten i den videre behandling.

Eftersamtalen gennemføres af en kvalificeret sundhedsperson på det afsnit, hvor tvangsforanstaltningen har fundet sted. Eftersamtalen skal finde sted snarest efter tvangsforanstaltningens ophør og senest i forbindelse med udskrivningssamtalen. Ved vurdering af omfanget, indholdet og tidspunktet for samtalens afholdelse, skal der tages udgangspunkt i en samlet vurdering af patientens situation/tilstand. Efter gennemførelse af eftersamtalen skrives referat, som udleveres til patienten med mulighed for kommentarer: Referat og kommentarer dokumenteres i journalen.

I de tilfælde hvor patienten er under 15 år og dennes forældre har samtykket til behandlingen, skal forældrene tilbydes eftersamtale.

Personalet skal vurdere, om der vil være behov for at afholde flere eftersamtaler, og patienten skal informeres om, at den pågældende kan anmode om en supplerende samtale.

### 5.3. KRAM

Alle patienter over 10 år i psykiatrisk behandling skal have en systematisk sundhedsmæssig risikovurdering med henblik på begrænsning og forebyggelse af livsstilssygdomme. For patienter under 10 år foretages en vurdering hvis relevant.

Den sundhedsfaglige kontaktperson har ansvaret for, at der gennemføres en samlet vurdering af patientens sundhedstilstand.

Ved identificering af risikofaktorer og risikoadfærd skal som minimum følgende indgå:

Område	Vurderingsparameter
Kost	En vurdering af om patientens BMI er under 18,5 eller over 29,9. <a href="#">Ernæringscreening</a> .
Rygning	En vurdering af om patienten ryger daglig.
Alkohol	En vurdering af om patienten drikker over de af Sundhedsstyrelsen anbefalede <a href="#">genstandsgrænser</a> .
Motion	En vurdering af om patienten motionerer mindre end 30 minutter daglig i henhold til <a href="#">Sundhedsstyrelsens anbefalinger</a> .

Der tilbydes en forebyggelsessamtale til patienter, der er i sundhedsmæssig risiko, og som befinder sig i en stabil psykisk tilstand.

Det er en klinisk vurdering, hvorvidt patienten er i en stabil fase. Indlagte patienter, der er klar til udskrivelse, betragtes som værende i stabil fase. Der kan forekomme situationer, hvor patienter efter eget ønske afsluttes, inden de vurderes i stabil psykisk tilstand.

#### **5.4. Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner**

For at mindske risiko for at en særlig gruppe af psykisk syge ubemærket falder ud af behandlingssystemet med risiko for alvorlige tilbagefald, udarbejdes der udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner for disse patienter. Udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner udarbejdes med udgangspunkt i Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien.

Målgruppen er psykisk syge med sammenfald af tunge psykiatriske og sociale problemstillinger. Yderligere er det eksempelvis patienter, der har haft tilbagevendende behandlingssvigt, manglende sygdomserkendelse, social isolation og afvigende adfærd. I psykiatrisygehuset er der særligt fokus på de patienter, der er tvangsindlagt.

Den behandlingsansvarlige overlæge i døgnafsnittet tager initiativ til, at der udfærdiges en skriftlig udskrivningsaftale eller koordinationsplan.

Udskrivningsaftalen er en aftale mellem patient, det udskrivende psykiatriske afsnit og relevante myndigheder. I udskrivningsaftalen beskrives de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten. Der kan være patienter, der ikke magter eller ønsker at samarbejde om en udskrivningsaftale. I så fald har den behandlingsansvarlige overlæge ansvaret for, at det udskrivende afsnit i samarbejde med relevante myndigheder udarbejder en koordinationsplan. En koordinationsplan indeholder en plan for opfølgning, behandling og sociale tilbud, selvom patienten ikke er indforstået med dette.

[Skema til udfærdigelse af udskrivningsaftale eller koordinationsplan](#) kan benyttes.

#### **5.5. Behandling og aktiviteter i øvrigt**

Under indlæggelse foregår der i øvrigt en række andre individuelt tilpassede behandlinger og/eller aktiviteter.

Oftest vil det dreje sig om medicinsk behandling og/eller psykoterapi. Derudover vil der forekomme aktiviteter, der er målgruppebestemt. Eksempler herpå er skoleundervisning for børn og unge, og rehabiliteringsindsats for langtidsindlagte, retspsykiatriske patienter.

## 6. Referencer

1. Woods P., Almvik R.  
"The Brøset violence checklist (BVC)  
Acta psychiatrica Scandinavica  
Supplementum (internet). 2002 Jan [cited 2012 Feb 27]; (412): pp 103-105
2. Hvidhjelm J.  
Forebyggelse af aggression og vold på psykiatriske afsnit via struktureret risikovurdering.  
Evaluering af Brøset Violence Checklist i Danmark. Copenhagen:  
Faculty of Health and Medical Sciences, University of Copenhagen; 2015
3. Bowers L., Alexander J., Gaskell C.  
"A trial of an anti-absconding intervention in acute psychiatric wards"  
Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2003, 10, pp 410 - 416
4. Gunderson John G.  
"Defining the therapeutic process in psychiatric milieus"  
Psychiatry, vol. 41, nov. 1978, 327-335
5. Brathetland O. m.fl.  
"Miljøterapi - en model for tenkning, holdning og handling i en psykiatrisk institusjon"  
Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning  
Stavanger, 1999. ISBN: 82-7786-103-6
6. Huckshorn K.A.  
"Six Core Strategies for Reducing Seclusion and Restraint Use", 2004
7. Putkonen A. m.fl.  
"Cluster-Randomized Controlled Trial of Reducing Seclusion and Restraint in  
Secured Care of Men with Schizophrenia", 2013
8. Wieman D., Camacho-Gonsalves T., Huckshorn K.A., Leffe S.  
"Multisite Study of an Evidence-Based Practice to Reduce Seclusion and Restraint in Psychiatric  
Inpatient Facilities".  
Psychiatric Services, 2014
9. Bowers L.  
"Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards"  
Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2014

