

Hørings svar – Høring vedr. Akutkonceptet for Region Midtjyllands hospitaler



Specialerådet ønsker indledningsvis at kvittere for et ganske fint og tilfredsstillende udkast til akut-konceptet for Region Midtjyllands hospitaler.

Dato: 26.09.2023

Kontaktperson:

Emil Bruhn Bové

Tlf.: +45 20370213

emibov@rm.dk

Side 1 af 3

Specialerådet bemærker dog, at det kan være vanskeligt at se, hvor psykiatrien er placeret i akutkonceptet, samt hvilken funktion specialet har i regionens akutkoncept. Det medgives, at det formentlig skyldes at akutkonceptet forholder sig til AKUT-afdelingerne og de patienter, der ses og modtages i disse, mens man i psykiatrien er opbygget forskelligt fra hospital til hospital, således man nogle steder modtager patienter i vores egen psykiatriske skadestue, andre steder direkte i akutafdelinger, som serviceres af akutafdelingens personale.

Specialerådet anbefaler, at det tydeliggøres (ift. psykiatrien), at alle patienter, der modtages på akutafdeling af akutafdelingens egne læger med psykiatrisk problematik, skal vendes med lokalt psykiatrisk beredskab, men at dette ikke gør sig gældende for patienter, der modtages af psykiatriens egne læger i egen psykiatrisk skadestue.

Vedr. kapacitet

Specialerådet stiller spørgsmålstegn ved, om antallet af senge - og dermed reel mulighed for indlæggelse ved behov - kan opfylde præmisserne. Borgegen/patienten kan nu med dette koncept have en forventning om at blive indlagt, hvis tilstanden er akut, og det kræver indlæggelse. Den enkelte læge kan dermed blive presset af de reelle muligheder/den reelle kapacitet og patienternes forventninger.

Deling af oplysninger

Under 2.10 side 8 er der anført forskellige grupper, hvor det kan være relevant at dele oplysninger. Såfremt patienten har forløb i psykiatrisk speciallægepraksis, er det også relevant at dele oplysninger med speciallægen der.

Afsnit 2.6 "Speciallægen i front"

Der er i specialrådet mange og divergerende holdninger ift. til hhv. udforming, udfordringer og løsninger ift. det beskrevne koncept.

I afsnit 2.6 "Speciallægen i front", er kravet/forventningen, at speciallægen deltager i planlægning af den første kliniske vurdering af patienten – enten ved direkte involvering (selv se patienten) eller gennem supervision af yngre læge (evt. slut vagt eller såfremt YL har spørgsmål eller behov for vejledning efter at have set patienten). Dette er ikke anderledes end hvad der i forvejen praktiseres mange steder i regionen. Under punkt 2.6 defineres speciallægen som "Læge med relevant speciallægeanerkendelse/Læge i sidste år af speciallægeuddannelsen" Da man flere steder i regionen har yngre læger i bagvagtsfunktion, som er tidligere i deres videreuddannelsesforløb end det sidste år af deres speciallægeuddannelse – kunne denne definition med fordel udvides med "Uddannelsessøgende læge med bagvagtsfunktion".

Samtidig skal specialrådet dog påpege, at der i årevis har været problemer med at rekruttere og fastholde læger/speciallæger (og andre personalegrupper) i psykiatrien herunder særligt regionspsykiatrien. Der stilles derfor spørgsmålstejn ved, om psykiatrien er gearret til at opfylde de beskrevne mål – bl.a. med speciallægen i front (2.6) med de præmisser, der er anført. Det vil uden tvivl presse speciallægedækningen i psykiatrien yderligere, hvis den ressource i højere grad skal bruges i vagtsammenhæng.

Drøftelse af løsning på øget ressourcetræk på speciallæger

1. Der har blandt medlemmer af specialrådets forretningsudvalg været stillet forslag om, at der i akutkonceptets endelige udformning – og specifikt inden for subspecialt psykiatri, samt børne- og ungdomspsykiatri - tilføjes den yderligere variant til definitionen på speciallæge, at det kan dreje sig om en *'Specialpsykolog i psykiatri'* eller *'Specialpsykolog i børne- og ungdomspsykiatri'*, foruden *'Specialpsykolog under uddannelse'*. Det vurderes dog at:

- specialpsykologer formentlig er begrænset til forvagt-niveauet og har brug for at kunne konferere med en speciallægeuddannet bagvagt af hensyn til evt. somatiske problemstillinger;
- at Region Midt som konsekvens også må opdatere dens specialpsykologuddannelse - på samme måde som alle de øvrige regioner i Danmark allerede har gjort - så dens SPU'ere (specialpsykologer under uddannelse) forlods modtager træning i at stå i akutvagt; og
- at det kræver en indstilling til opgaveglidning, som kan være svært at acceptere for nogle, men at det samtidigt kan medvirke til at forhindre et tab af kompetente speciallæger i psykiatri, der i stedet kan nyde godt af at få sparring med erfarne specialpsykologer, således at de to faggrupper sammen kan medvirke til robustgørelse af psykiatrien i fremtiden, og en sikring af høj standard for modtagelse, diagnostik og behandling i Region Midtjyllands psykiatri.

På baggrund af ovenstående kunne det overvejes at etablere et pilotprojekt, hvor specialpsykologer inkluderes i vagtfunktion under bestemte betingelser og med klare retningslinjer for derigennem at vurdere fordele og ulemper i praksis og justere tilgangen baseret på erfaringer.

2. Omvendt vurderes i andre dele af specialerådets forretningsudvalg, at anvendelse af specialpsykologer i psykiatri som deltagende i vagtfunktion i regionen, uagtet hvor store deres faglige kompetencer er, vil medføre en øget arbejdsbyrde for det resterende vagtlag af følgende årsager:

- Somatisk vurdering i tilfælde af indlæggelse og eller udskrivelse
- Afstemning af medicin ved indlæggelse / udskrivelse
- Ordination af evt. beroligende medicin
- I tilfælde af indlæggelseskrævende patient som ikke ønsker det, kan specialpsykologen ikke forholde sig til tvang
- Specialpsykolog kan ikke hjælpe til med opgaver af somatisk eller tvangs-karakter på sengeafdeling, hvilket ligeledes vil medføre øget arbejdspress.
- Specialpsykologen vil ikke selvstændigt kunne rekvirere hjælp/assistance fra læge i andet speciale eller vurdere biokemi/EKG på patienter.
- Anvendelse af specialpsykolog i vagt vil medføre et øget antal arbejdsopgaver for vagtlagets øvrige deltagende og vil resultere i, at der gennemsnitslig bruges mere tid pr. patient end man aktuelt gør via. f.eks. ventetid på lægefaglig kollega kan se patienten. En specialpsykolog i vagtfunktion er en mindre brugbar (og dyrere) ressource end en yngre læge.
- Herunder gøres der opmærksom på, at man på hospitaler hvor vagtlaget består af en enkelt person ikke vil kunne have psykologer i vagt.

På trods af ovenstående indvendinger er der dog principielt ikke modstand mod at afprøve forslaget i et pilotprojekt. Vurderingen er, at der til et sådant pilotprojekt bør afsættes økonomiske samt personalemæssige ressourcer svarende til 14 specialpsykologer i voksenpsykiatri (1 til dagvagten og 1 til aften-nattevagten alle ugens 7 dage). Det forudsættes desuden at der identificeres 14 specialpsykologer, der er villige til at indgå i et pilotprojekt om specialpsykologer i vagt.

På vegne af det tværfaglige specialeråd i psykiatri