

Brev fra Peter Møller Andersen i Dagens Medicin



Dato 27-07-2009

Kasper Szöke Skovgaard

Tel. +45 8728 4076

KasperSzoeki.Skovgaard@ps.rm.dk

1-15-0-74-8-09

Peter Møller Andersens brev

22-06-2009

Der skal skæres ned på administration og skrues op for forbedringer af patient- og personaleforhold på . Overlæge på Psykiatrisk Hospital Risskov afdeling N Peter Møller Andersen, opfordrer i et brev regionsrådet i Region Midtjylland til at skære ned på administration og skrue op for forbedringer af patient- og personaleforhold. Læs hele brevet her.

►Tilbage til artiklen 'Overlæge fra Risskov beder regionsrådet om hjælp'

Kære regionsrådsmedlem !

Jeg skriver til dig ud fra den store bekymring over den aktuelle tilstand i almenpsykiatrien på regionens Universitetsafdelinger i Risskov, specielt afd. N, Hvor jeg i 6½ år har været overlæge.

Risskov har gennem årene undergået store omvæltninger. Fra nytår 2002 nedlagde man de 3 almenpsyk. afdelinger A,B og C og dannede derefter afd. N og S samt en afdeling bestående af specialklinikker, der især behandler nydebuterede sindslidende, og i stor grad selv har kunnet definere deres optagelsesområde.

Man nedlagde ligeledes de åbne og lukkede afsnit og dannede hybrid-afdelinger: Åbent afsnit med mulighed for skærmining, i daglig tale: Skærmede afsnit. Det er enhedsafsnit, hvor man er indlagt i samme afsnit under hele indlæggelsen, men også er en virkelighed, hvor en deprimeret, ældre kvinde er indlagt sammen med en kriminel, ung, skizofren mand.

Da jeg startede på Risskov i 1997 havde vi 17 sengeafsnit med 16 senge. Nu er der 8½-9 sengeafsnit med 16 senge.

Det sammenholdt med at vi fra nytår også skal behandle de 18-21 årige

og her fra sommer tillige skal modtage de indlæggelseskrævende patienter fra Silkeborg(85.000 indbyggere) i vores senge.

Samtidig med at man har nedlagt senge, så er distriktspsykiatrierne blevet udbyggede og de har overtaget mange akut funktioner. Men fra 16.00-08.00 er der kun hospitalet.

Skærmede afsnit er en god tanke, hvis ressourcerne følger med. Man sparer indlæggelsesdage ved at en patient har samme behandlere under hele indlæggelsen, men det kræver at der er personale til at udføre skærmnings-ideerne. Afsnittene har rent fysisk døre mellem hver fjerde seng. Dvs af vi kan dele sengeafsnit N6 op i 4 underafsnit. Og derved skærme de mest syge sammen. Men da vores grundnormering hedder 3-3-2 (dag-aften-nat), og der skal være 2 ansatte i hvert underafsnit af sikkerhedsgrunde, så er den mulighed ikke tilstede.

Istedet er hoveddøren næsten altid låst. Enten har man en enkelt flugtfarlig patient eller en retslig patient. Så i realiteten er der 8½ lukkede afsnit på Risskov.

I 2005 var normeringen 22 ansatte + afdelingssygeplejerske. Sidste udmelding hedder 22 ansatte incl. afdelingssygepl. og afsnitssekr. Ved gennemgang af budgettet viser det sig, at der reelt er lønninger til 19-20 ansatte. Mine 2 nabo-afsnit N1 og N8 har iøjeblikket en sag kørende ved arbejdstilsynet. FOA har ikke villet underskrive handlingsplanen, da den ikke indebærer flere ressourcer i vagterne, men kun uddannelse og supervision af personalet, og man ikke skønner at det i sig selv kan give tryghed.

Det virker ydermere svært provokerende, når Direktør Pilgaard i alvor har sagt til en af mine overlægekollegaer, at vi skal ansatte de billigste ansøgere til stillinger istedet for de bedst kvalificerede med lang anciinitet, så vi kan spare penge derved.

Unge nyuddannede giver som regel ikke tryghed i farlige situationer. Det øger som regel udøvelsen af tvang over for patienterne, da psykotiske patienter tit blive angste og udadreagerende selv, når de kan mærke personalets angst og usikkerhed.

Tillige understreger det for mig at sundhedsøkonomiske beslutninger af faglige og menneskelige grunde ikke kun kan træffes af økonomer, men kræver kliniskarbejdende læger og sygeplejersker i topledelsen.

Sidste torsdag var vi så indkaldt til akut ledelses og LMU-krisemøde. Afd.N stod til at skulle finde akutte besparelser på 8.8 mio(vores samlede budget er på 101mio og der er kun tilført 5,7 % til dette år i forhold til 2008 selvom der har været store lønstigninger for alle ansatte).

Selve sparekataloget er du sikkert blevet præsenteret for i regionsrådet; dette indebærer at de 8 retslige patienter vi har samlet i et særligt underafsnit nu skal fordeles ligeligt efter diagnose mellem de 5 afdeling N sengeafsnit og at den specielle rehabiliteringsindsats overfor disse 8 patienter forsvinder = hoveddørene skal altid være låste - ingen langsigtede rehabiliterings tiltag, hvilket vil medføre kedsomhed og misbrug i afsnittene.

Nedskæringer på 6 personaler i de 2 lokalpsykiatrier. Nedlæggelse af en fysioterapeut og lægeskr. Samt nedlæggelse af vores forskningssygepl., der er igang med at evaluere(både en samfundsøkonomisk og en livskvalitetsmæssig) på om det intensive psykoedukativetilbud til patienter med skizofreni kaldet "Højskolen"også forsvinder.

Sandsynligvis bliver "højskolen" også nedlagt, så vi ikke længere har et intensivt undervisningstilbud til skizofrene i egen sygdom.

Gennem årene er musikterapeuten og skolelæreren forsvundet. Ergoterapeuterne er svært reducerede. Fysioterapien mister en medarbejder. Fra at have en ½ socialrådgiver per sengeafsnit er der nu kun en tilbage til 5 sengeafsnit, selvom antallet af sociale sager vokser. Da man nedlagde amterne, overtog Århus kommune de fleste døgninstitutioner, der lå i kommunen. Herefter har kommunen nedlagt eller forringet tilbudene, så patienterne ligger i vores senge istedet.

Da Randerspsyk. afd. ved regionsdannelsen skulle overtage Djurslandområdet, der tidl. lå under N kunne vi videregive at det kræver 12 senge at overtage Djursland. Der blev ingen senge oprettet og Randers sandede som forudset helt til, så Risskov i en lang periode var akut modtageafdeling for Randers. Efterfølgende er der oprette 4 senge i Randers, men der er hyppigt Randersptt. i vores senge.

Inden for det sidste år har jeg for først gang oplevet at psykiatriske patienter i topbelastningsperioder har måttet flyttes uden for regionen, da alle pladser på regionens psykiatriske afdelinger var optagede.

SATS-puljemidler og øgede ressourcer til retspsykiatrien løser ikke vores problemer i almen psykiatrien. I Afd. vil et ekstra retspsyk. senge afsnit cirka modsvare den mertilførsel vi har haft af 18-21 årige, altså +3-3. Der vil stadigvæk ligge 12-18 retslige patienter i afd. N's 80 senge.

Den åbne skadestue er en anden resourcesluger især af lægernes tid. Enhver snakkelysten kan henvende sig og få psykiatrisk-læge tilgang. Unge med kærlighedssorger eller andre ikke sygelige tilstande sluger lægeressourcerne fra de psykisk syge. Alle andre skadestuer har man lukket - også de psykiatriske i andre regioner, men her har man ikke fulgt trop i vores region.

Risskovs optageområde kan ikke sammenlignes med de øvrige områder i regionen. Opgørelser har vist en lavere personalenormering på Universitetshosp. i Risskov selvom man her har storby-problemerne bl.a med mange dobbeltdiagnoseptt. Mange ledelseslag og ansatte uden patientkontakt giver ikke reele tal, hvis de tæller med i antal hænder til den syge.

"Verdens bedste Psykiatri" er langt fremme i tiden og bliver længere og længere væk. Mine patienter og deres pårørende har ikke altid mange ressourcer til at klage over tilstandene. I følge en kollega skulle Norge bruge 30% af deres sundhedsbudget på psykiatri mens vi i Danmark kun bruger 7%. Hvis de tal er sande og sammelignelige, så er vi langt fra et tilsvarende nordisk land i den måde, politikkerne prioriterer på.

Det er naturligvis mine betragtninger og set fra min vinkel. Jeg synes tilbudene til vores psykisk syge medborgere er ved at være for tarvelige. Skattestoppet gør jo ikke tingene lettere. Jeg står med patienterne i hverdagen og synes at Århus Universitetshospitals almenpsykiatriske afdelinger leverer en rimelig indsats, kun pga af et enestående personale, der tit går meget trætte hjem efter vagt, fordi de løber meget stærkt for at yde den kvalitet, der ikke er afsat ressourcer til.

Med venlig hilsen
Peter Møller Andersen