

Høringssvar til forslag om tilpasning af sengekapaciteten i Psykiatrien i Region Midtjylland, Afdeling for Psykoser

LMU i Afdeling for Psykoser har afholdt ekstraordinært møde den 18. januar 2024 med deltagelse af afdelingens ledergruppe med henblik på udarbejdelse af indeværende høringssvar, der er endeligt færdiggjort på ordinært LMU-møde den 30. januar 2024. Bag høringssvaret står en fuldstændig samlet og enig Afdeling for Psykoser (AfP).

Ledergruppen og LMU i AfP stiller sig gerne til rådighed i den videre proces.

Fra AfP's side opfordres der til, at processen genåbnes i et forum bestående af ADA, AfP og BUAs ledergrupper.

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 Afdeling for Depression og Angst (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 være oplagt at inddrage dem til de vokse med spiseforstyrrelse.

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 vokse med spiseforstyrrelse 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 lige så nødvendig at have med i betragtning.

MEN:

Dette oplæg om tilpasning af sengekapaciteten giver dog utrolig mange ændringer,

som er til stor gene for behandlingen af psykosepatienter, hvilket vi bekymres meget over.

Forslaget vil påvirke patienter, sengeafsnitspersonale, F-ACT teams, OPUS-teamet, Rets-ambulatoriet, lægegruppen, ledelsesgruppen, pårørende samt alle de eksterne samarbejdspartnere vi har.

Vi er svært bekymrede for, at de erfarne kompetencer der er i Afdeling for Psykoser, ikke alle vil forblive i afdelingen, eller andre steder i psykiatrien efter endnu en forandring. Dette vil ramme behandlingskvaliteten og med det vores sværeste syge psykiatriske patienter, som var den gruppe som skulle opnormeres ifht 10-års planen.

Psykosepatienter og ændring i sengekapaciteten:

Helt grundlæggende er vi meget bekymrede for behandlingen af psykosepatienterne, hvilket ses tydeligt i de medfølgende høringssvar fra alle dele af AfP.

Patienterne 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.

De anslåede tal i høringsmaterialet er ikke genkendelige. Vi havde i 2023 gennemsnitligt overbelægning på 103,3% og tallet fortsætter i 2024 med belægning på 104,5% dags dato, hvilket på ingen måde gavner vores patienters 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.

Vi har svært ved at se, at den beskrevne kapacitet giver samme muligheder for indlæggelse, for vores patienter ved akut forværring og når der er meget pres på sengene, bliver der også iværksat hurtigere udskrivelser, hvilket gør det svært at følge tilstrækkeligt hurtigt op med den ambulante behandling.

Vi forudser at antallet af sengepladser med mulighed for højt flow nedsættes i AfP, når de 11 rehabiliteringssenge flyttes. De vil blive senge med lang indlæggelsestid, for at give de patienter den bedst mulige behandling. Vores bekymring er at konsekvensen heraf vil blive et øget antal genindlæggelser.

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. Dette vil betyde nedsat kvalitet og udfordring af patientsikkerheden i behandlingen. Heri ligger også en øget risiko for selvmord og personfarlig kriminalitet (VIVE rapport for Det kriminalpræventive råd).

Vi undres over hvor det faglige belæg er for, at skære de 5 rehabiliteringspladser i AUH, som er den eneste afdeling i regionen (måske i landet), som har fået det til at fungere godt? Når vi ser ind i tallene fra BI-portalen ses en gennemsnitlig belægningsprocent for De Særlige Pladser i 2023 på 57,34% og 105,37% for De Om-mærkede Pladser.

Ud over dette fremgår det af på Regionens hjemmeside om "De Særlige Pladser" at alle sengepladser er i brug (22.1.24). Samlet set fortæller dette at sengeafsnittets sengekapacitet bruges og derfor vil de 5 sengepladser mangle.

I høringsmaterialet overflyttes de 11 rehabiliteringssenge til S8. Vi mangler faglige overvejelser om hvilke andre patienter, der kan ligge sammen med dem. Og hvordan med den fysiske inddeling af afdelingen?

Det er relevant at stille spørgsmål ved, hvilke tal der underbygger, at denne fordeling af sengepladser er den mest optimale?

Angående ældre patienter, patienter med komorbiditet og demens

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

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 komorbid psykiatrisk lidelse og adfærdsforstyrrelser. Denne ekspertise ligger lige nu i S10 og Klinik 1.

S10 har haft demensspecialet 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 den tidligere gerontopsykiatri i Risskov.

Medarbejdere fra den tidligere gerontopsykiatri 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 den store viden og kompetencer, der findes på S10, da det personale, der har opgaven i dag ikke vil flytte med på S4.

Patienterne med demens er gennemsnitligt indlagt 1-2 patienter ad gangen, nu i S10.

Hvad er komorbiditet i denne kontekst? Hvor somatisk syge må patienterne være og er der diagnosebegrænsning? Hvordan stiller man sig, når det er patienter med kronisk skizofreni eller med skizoaffektiv sindslidelse med komorbiditet, skal de indlægges i S4?

Hvordan med patienter med svær delirøs tilstand og deraf psykoselidelse og udadreagerende adfærd, skal de i S4?

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

Vi er fagligt 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.

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

virkelighed, særligt svært blive det uden de rette faglige kompetencer både i sengeafsnittet og ambulanset.

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 også være muligt for AfP's patienter, at få en sådan specialiseret behandling, når det er deres spiseforstyrrelser, der fylder mest.

Angående F-ACT behandling i denne sammenhæng:

Vi har i AfP, lavet en velfungerende organisering af samarbejdet mellem sengeafdelinger, ambulante behandlingsteam og bosteder i kommunen. I de tre teams har vi ca. 900 patienter indskrevet i behandlingsforløb.

F-ACT har givet meget gode patientforløb, hvor der arbejdes med tæt kontakt mellem teams og sengeafdelingerne, når teamets patienter indlægges og med og umiddelbar opfølgning af patienterne, når de udskrives. Dette tætte samarbejde, er unikt i F-ACT sammenhæng og er oparbejdet igennem de sidste 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 behandlingskontinuitet med betydning for patienternes recovery, fordi de mest indlagte har relation til afsnittene, hvilket kan forkorte deres indlæggelsestid. 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.

Vores måde at organisere F-ACT opleves derved truet og med det det sammenhængende stabiliserende patientforløb, som hovedparten af de patienter vi indlægger har markant brug for.

I den nye forløbsbeskrivelse for prævalent skizofreni og i de kommende forløbsbeskrivelser for voksne med psykose, er der begge steder tydeligt lagt op til tæt relations behandling og F-ACT organisering. Vi tænker ikke, at dette er taget med i beslutningsgrundlaget.

Angående rehabiliteringspladser på AUH

Det er afgørende vigtigt, at der fortsat findes velfungerende rehabiliteringspladser til patienter med psykoselidelse og andre med svære psykiske lidelser.

Vi har flere eksempler på vellykkede længerevarende rehabiliteringsforløb på S6 med OPUS patienter med dobbeltdiagnose. Patienter, der er umulige at behandle i ambulant regi, idet det har været nødvendigt med total isolation fra adgang til stoffer og misbrug at kunne opnå reel psykisk stabilisering. Der er her tale om komplekse rehabiliteringsforløb som vi jævnfør lovgivning er forpligtet til at tilbyde i regionalt regi. "Almindelig" rehabilitering foregår i kommunalt regi, men denne indsats rækker slet ikke, når det gælder dobbeltdiagnosepatienter. Det vækker undren at man foreslår at nedlægge et velfungerende rehabiliteringstilbud med alle de tiltag, der kendetegner kvalitetssikret rehabilitering; at processen foregår i en bio-psyko-social kontekst med patienten i centrum, at det er en tidsafgrænset periode og at det kræver en tværfaglig indsats.

Det påtænkes, at de rehabiliterende pladser skal placeres sammen med akut sengeafsnit S8. I dag har afsnittet indlagte patienter fra F-ACT team 1 og derforuden en samarbejdsaftale med afdeling R's ambulatorium om at de patienter de skal have indlagt i almenpsykiatrien indlægges i S8. Dette betyder i praksis, at S8 har en overvejende tung målgruppe ift. kriminalitet og misbrug.

Da man startede de rehabiliterende pladser i Risskov, var det på et almenafsnit, med patienter med psykose, både med og uden misbrug/dom – dette viste sig hurtigt ikke at være optimalt for hverken patienter eller medarbejdere fordi:

- tilgangen til de to målgrupper er forskellig – det oplever patienterne og reagere derpå

- forskellen i ro er markant, på nuværende S6 er der ofte stille ved besøg, imens der ofte er vandrende patienter, høj tale, udadreagerende patienter og ikke sjældent alarmkald på S8. Der er markant forskel på de to miljøer og de rehabiliterende forløb påvirkes negativt af den uro, der er i et akut afsnit, det er ødelæggende for miljøet.
- personalets tempo er meget forskelligt, det påvirker samarbejdet kollegialt
- patienterne kan have uhensigtsmæssige kontakter, idet rehabiliteringspatienter som udgangspunkt har fri udgang og er i risiko for fx at blive presset af stærkere medpatienter til fx at bringe stoffer el. lign. ind i afsnittet.
- en fysisk opdeling af S8 vil påvirke miljøet på begge nye afsnit, idet patienterne ikke får samme bevægelsesfrihed. Der kommer mindre miljø og 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.

Opsummerende er det vurderingen, at det ikke vil være fagligt muligt at integrere de to typer af behandling i samme miljø, hvorfor man må beslutte, om man ønsker et akut- eller et rehabiliteringsafsnit.

Angående behandling af patienter med dobbeltdiagnose:

Det er et faktum, at regionen pr. 1. september 2024 overtager det fulde behandlingsansvar for misbrugsbehandlingen af patienter med dobbeltdiagnose.

Målgruppen vil i første omgang være de patienter, der allerede er indlagt, hvilket vil medføre længere indlæggelsesforløb, da der som noget nyt også skal opstartes misbrugsbehandling.

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 misbrugsbehandling under indlæggelse.

I forløbsbeskrivelsen for integreret behandling under indlæggelse skelnes mellem korte og lange indlæggelser. Det er særligt ved de lange indlæggelser, 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. 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. Den foreløbige "Integrerede indlagte patientforløb" vedhæftes.

Angående FLOW - telefonen:

Hvorfor er denne beslutning taget? Hvad er de faglige overvejelser? Flow-funktionen er ikke en del af sengekapaciteten.

Flowtelefonen blev indført i 2016 for at aflaste vagthavende læger i forhold til ledig sengekapacitet.

Flowfunktionen 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 Region Midtjyllands sengekapacitet
- Viden om og forståelse af hvilke patientgrupper der kan blandes ved spidsbelastning
- Fleksibilitet ift. mest optimale fordeling af pladser
- Samarbejde med diverse læger, klinker, modtagelse m.fl.
- Omfattende samarbejde og koordinering med politi, der stort set altid omhandler psykosepatienter

- At kunne være skarp på hvornår patienter kan indlægges ift. frivillig, gul og rød tvang
- Vejledning af vagtlæger mfl. vedr. akutte sager og procedurer

At flytte flow til ADA vil kræve oplæring af mange nye medarbejdere og må formodes at give tilsvarende belastning, som der 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 over tid fået oplært 20 medarbejdere, der kan varetage funktionen, så den kan dækkes i alle vagtlag.

Der er blandt speciallægerne stor tilfredshed med, at AfP har overtaget flowtelefonen helt tilbage fra Risskov-tiden.

Man skal desuden være opmærksom på, at det **psykosociale beredskab** refererer til flow. Man skal vide hvordan man iværksætter dette ved større ulykker m.m. så som eksempelvis ulykken i Tivoli Friheden, voldsomme trafikulykker m.m. Man skal også kunne vurdere, hvornår det er så omfattende, at beredskabet skal aktiveres og hvornår der skal henvises til akutmodtagelsen og alm krisehjælp.

Store bekymringer for de personalemæssige konsekvenser

Vi risikerer at miste mange medarbejdere med høj kompetence og en sådan varslet omstrukturering vil koste mange penge i såvel ombygninger, opkvalificeringer, fratrædelser mm.

Vi forudser en lang periode med stor psykologisk utryghed, fordi medarbejderne ikke ved, hvor deres fremtidige arbejdsplads skal være.

Mange af de mest erfarne, med høj faglighed, patientkendskab igennem en årrække, de positive kulturbærere – de har været igennem dette 3-4-5 gange før, sidst mistede vi mange, kommer vi til at opleve det igen og hvad vil det betyde for patientsikkerheden?

Hvordan har man tænkt sig at fastholde alt personale? Og hvilket renommé vil man i psykiatrien gerne have som arbejdsplads?

Hvad gør man når og såfremt, psykiatrien skal løfte den samlede problematik omkring dobbeltdiagnoser, og hvor tænkes denne patientgruppe indlagt, hvis de måtte få behov herfor?

Alternative løsningsforslag

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

- Benyt de kommende 5 sengepladser på S6 til de 4 normerede voksne med spiseforstyrrelse. Dette ville være det mindst indgribende i forhold til at løfte problematikken omkring Børnekonventionen.
Hvis de 5 senge i S6 bliver nedlagt, så ville det være en mulighed at give ADA mulighed for at overflytte 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.
- 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 voksne med spiseforstyrrelse. Det ville give 12 pladser, som vist er mere end det nuværende behov.

TIDSRAMME for gennemførsel af plan

LMU er enig i, at det af hensyn til de berørte medarbejdere er vigtigt, at processen ikke bliver længere end nødvendigt. Samtidig kan LMU ikke se, at det kan blive før tidligst 1. september set i lyset af ferieafvikling, opbygning af de nye enheder, ombygninger og belysning af rækken af uafklarede spørgsmål.

Processen:

Endeligt vil vi som samlet Afdeling for Psykoser udtrykke at vi er ganske uforstående over for denne proces, hvor ledere, medarbejderrepræsentanter og fagligt ansvarlige ikke opleves inddraget. Hvor er regionens værdi dialog i det?

Adspurgte kunne vi have tilbudt klinisk input i drøftelsen af fagligt mere stabile og langsigtede løsninger, men dette føler vi os nødsaget til at gøre på bagkant.

Vi oplever nu at stå med et høringsmateriale, hvor vi absolut ikke mener, at fagligheden er i orden. Hvor respekten for patienternes tarv, medarbejdernes trivsel og organisationens funktion ikke ses. Vi har en dyb bekymring for de økonomiske konsekvenser for så stor en omorganisering.

Vi ville gerne have haft, at ledergruppen og medarbejderne havde været inddraget, det havde givet mere følgeskab i den kommende proces.

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, det ville have været ordentlighed.

Vi vil gerne en ny drøftelse i løsningen af den fælles opgave som vi står overfor, men det er for os nødvendigt at det sker på baggrund af et solidt fagligt grundlag, til gavn for patienterne, personalet og den samlede organisation.

Som supplement til dette medsendes høringssvar fra alle dele af afdelingen, som vi meget håber alle vil medlæse.

Høringssvar medsendes fra:

S8, TR S8, speciallægegruppen, S10, S7, Klinik 1, Bente og Jette, psykologgruppen, ergoterapeuterne i AFP, yngre læger, socialpædagogerne, FOA i Århus, dobbeltdiagnoser v. Sanne Wissing, sygeplejerskerne i AFP, Peter Møller Andersen, Christian Bjerre Høyer, pårørende S6, Social-Rusmiddel-og Udviklingsområdet S6, sundhedspersonale S6, E-sport.