

Til

Regionsformand Bent Hansen

Psykiatriordførere på Christiansborg: Özlem Sara Cekic, Karen J. Klint, Liselott Blixt, Per Ørum Jørgensen, Per Clausen, Anne Marie Geisler Andersen, Vivi Kier,

Oversygeplejerske Valborg Iversen

Overlæge Karsten Haderup

Ledende Sygeplejerske Anette Würtz

Vi er en gruppe psykiatriske Distriktssygeplejersker, som mener, at det er på tide, at der sættes gang i en afbureaukratiseringsproces, hvorefter der kan praktiseres reel effektivitet, og hvor definitionen og administrationen af fagligheden igen bliver lagt tilbage til de professionelle udøvere af faget.

Som vi ser det, er bedømmelsen af, hvad der i den givne og ofte komplekse patientsituation er det fagligt rigtige at gøre, taget ud af de professionelle hænder og bliver defineret af andre.

Vi oplever, at der er et stort behov for, at dette bliver drøftet på et højere niveau og taget med i de sundhedsfaglige debatter, der også handler om danskernes velfærd. Vi har ikke til hensigt at ”tigge” om flere ressourcer, men at få fokus på og debat om de ressourcer, som vi oplever, at vi bruger u hensigtsmæssigt, og ikke altid til borgerens bedste.

Indførelsen af Den Danske Kvalitets Model (DDKM) kommer til udtryk hos os gennem e-dok systemet (elektronisk dokumentstyring).

Vi står overfor en snarlig akkreditering og har i takt med denne standardiserings- og effektiviseringsproces oplevet, at der bliver vendt helt op og ned på, hvad vi som fagpersoner definerer som kvalitet og faglighed.

Vi oplever en tiltagende strøm af instrukser, retningslinjer og procedurer, som skal udføres inden for en given tidsramme.

Samtidig har vi oplevet en kraftig reduktion af sengepladser i det psykiatriske system. Antallet af sengeafdelinger her på stedet er reduceret fra 4 til 2 siden 2002. Dette har betydet, at mulighed for indlæggelse af dårlige patienter er kraftigt reduceret. Disse dårlige patienter behandles nu ambulantly. Vores målgruppe er desuden fra januar 2009 udvidet med gruppen fra 18-21 år. Arbejdsmængden er således forøget betydeligt.

Kravet til dokumentation er støt stigende. Vi anslår, at næsten halvdelen af vores arbejdstid bruges på at dokumentere. Nu dokumenterer vi ikke blot den givne behandling. Der er også krav om, at samtlige henvendelser vedr. patienterne registreres og dokumenteres. Det være sig telefoniske henvendelser, patientens SMS henvendelser, breve m.m. Men ikke nok med det. I takt med, at vi via DDKM påtvinges at udføre givne procedurer/handlinger inden for en given tidsramme, tvinges vi også til at dokumentere, når det på grund af patientens psykisk dårlige tilstand ikke har været muligt

at udføre handlingen inden for tidsrammen. Lad os nævne et eksempel: Via DDKM er vi bl.a. forpligtigede til at udspørge patienterne om allergi/intolerans og beskrive KRAM (kost, rygning, alkohol og motion). Vi skal udarbejde behandlingsplan, vi skal kortlægge patienternes fysiske sundhedstilstand og vi skal både skriftligt og mundtligt informere patienten om, hvilken kontaktperson patienten har. Der skal måles blodtryk, puls, taljemål, vejes og beregnes BMI, og der skal screenes for somatiske sygdomme via blodprøver. Inden behandling indledes skal vi have indhentet informeret samtykke og lave medicinafstemning. Er patienten så psykisk dårlig og skrøbelig (hvilket meget ofte er tilfældet), at de nævnte handlinger er kontraindiceret og må udskydes, skal der bruges arbejdstid på at dokumentere, hvorfor handlingerne *ikke* er udført – for det er jo det, vi bliver målt på, og det er det, som vi via DDKM og e-dok er pålagt at udføre. Med andre ord – det, der for enhver behandler ville være himmelråbende uprofessionelt f. eks at begynde at udspørge en svært psykotisk eller selvmordstruet patient om livsstil – vil ved den følgende journalaudit (kvalitetskontrol) vurderes som en manglende handling. En handling, der skulle have været udført og som ikke er begrundet - og dermed bliver registreret som kvalitetsbrist.

Vi oplever derfor nu på grund af standardiseringstendensen, at vi ikke i samme grad som tidligere utvungent og uden mange forklaringer kan gøre brug af vore faglige erfaringer og skøn og dermed foretage det faglige og etisk ”rigtige” valg mellem handlingsalternativer. Konsekvensen af standardiseringstendensen er, at vores specialfaglighed i forhold til at prioritere patientens udviklingsproces, terapien og relationsarbejdet er blevet svækket. Det, der er kernen i psykiatrisk sygepleje drukner i forhold til dokumentationen og - desværre som kravene fra dele af DDKM øges - også i praksis! Paradoksalt nok, da netop relationsarbejdet er den del, som patienter og pårørende i undersøgelser fremhæver som mest vigtig og mest givende i behandlingsforløbet.

Vi vil meget gerne understrege, at vi synes, at det er god klinisk praksis at tale med patienterne eksempelvis om livsstil o. lignende – Men vi vil gerne som fagpersoner have lov til at prioritere indsatsen og i tilfældet med livsstil udføre sundhedsfremme ud fra en pædagogisk betragtning på et tidspunkt, hvor patienten er modtagelig.

Vi ser, at kvalitetssikring jvf. DDKM reelt er en kvalitetssikring af dokumentationen. Det reelle indhold i patientkontakten bliver det sekundære. Her tænker vi, at de ikke så let registrerbare elementer i patientkontakten som at opnå en relation, at give omsorg, at støtte mestring har fået vanskelige kår, for ikke at tale om den forebyggende indsats.

Vi ser, at patienten i højere og højere grad bliver defineret som en biologisk fejlmodel, hvor vi behandler ud fra ”apparatfejlsmodellen”, og hvor behandling ikke er individuel, men standardiseret. Vi ”tvinges” af standarderne til at fortabe os i det på forhånd definerede og møder dermed ikke det enkelte menneske med det, som han eller hun har på hjerte. Ligesom der bruges ressourcer på at prioritere mindre vigtige opgaver frem for de mere vigtige. Eksempelvis er der nu udarbejdet

standarder for hygiejnen og udpeget en hygiejneansvarlig, som skal sikre standarden og kvaliteten. Men vi har ikke nogen fysisk kontakt med patienten bortset fra måling af blodtryk og et håndtryk, når vi hilser på.

Vi oplever, at vores oparbejdede viden bliver gjort til "ikke viden" og risikoen er, at vi efterhånden begynder at tvivle på det, vi ved og har erfaring for, der virker. Dette på trods af, at vi netop er en faggruppe, som er i fronten hos patienterne; skabe relationen og etablere samarbejdet med patienten og dermed bane vej for, at der kan indhentes individuel viden om patientens samlede situation, så der bliver skabt overblik til og grundlag for at give og fastholde den optimale behandling. Desuden er en af vore spidskompetencer at koordinere og justere den samlede indsats omkring patienten, hvilket kræver stor flexibilitet.

Vi er pålagt indenfor det næste år at øge produktiviteten med 4 procent. Vores produktivitet måles i antallet af "face to face" kontakter – Altså jo flere direkte patientkontakter, desto større produktivitet. Denne effektivitetsmåling sætter vi stort spørgsmålstejn ved? Vi mener ikke, at god psykiatrisk pleje og behandling kan måles og sættes på talstørrelser i lighed med eksempelvis ukompliceret kirurgi (eller biler på et samlebånd). Vi har ingen ventelister her på stedet, så det giver ingen mening, at tænke produktion som nedbringelse af ventelister - "Produktion" er patientforløb i en proces, hvor deres helbredelse og bedring ikke kan forceres gennem rationel input - output model.

Mange af vore arbejdsområder kan ikke teknisk registreres, så de kommer til at tælle som aktiviteter (hvilket også vil være totalt umuligt og tidsrøvende), men i og med, at opgaven ikke "tæller" i effektivitetsregnskabet, efterlader det behandleren med en frustreret følelse af at have udført noget mindre vigtigt, selv om det fagligt set har haft stor betydning.

Vi ser en meget uheldig udvikling i, at for at patientarbejdet kan blive registreret og dermed imødekomme kravet om en effektivitetsøgning, "tvinges" vi indirekte til at skabe et måske kunstigt behov ved eksempelvis at etablere flere direkte kontakter, end der reelt er behov for. De mange kontakter kan ud fra et fagligt synspunkt undertiden være direkte skadelige for patienten (patienten kan føle sig overvældet/overgrebet og kan måske ikke magte de mange kontakter eller kontakterne er fagligt set helt unødvendige).

Et par eksempler: Ud fra en faglig vurdering ville vi have set en patient 4 gange på en måned. Hvis vi i stedet øger kontakterne til 6 på en måned, har vi øget produktiviteten med 50 %. Vi kommer til at fremstå mere effektive, men patienten har måske fået en dårligere behandling

Vi kan også øge effektiviteten ved at dele ydelsen op i flere dele: Første dag bliver pt. tilsagt at møde op til somatiske undersøgelser. Næste dag skal han komme til en samtale om den psykiske

tilstand. Hermed to ydelser. Effektiviteten er øget med 100 %. Den skrøbelige patient har fået en dårligere behandling, og kan med rette føle sig "overgrebet".

Omvendt kan det også være direkte kontraindiceret at ses for ofte "face to face". Hvis en patient f.eks. er i en proces, hvor relationen langsomt skal afvikles - Da kan det være mere hensigtsmæssigt, at patient og behandler i en periode kun har telefonisk kontakt (der jo ikke "tæller" som en kontakt).

I vores forståelse handler det om faglig frihed til at foretage en vurdering af, hvor ofte det er relevant og etisk korrekt at se patienten. Hermed ydes faglig vurderet og dermed mest effektiv behandling.

En meget væsentlig del af psykiatrisk behandling er tværfagligt samarbejde indenfor organisationen og samarbejde med og inddragelse af pårørende/kommunalt netværk/praktiserende læge m.m. udenfor organisationen. Dette er imidlertid tidsrøvende i det daglige arbejde. Vi er ofte ude for at skulle henvende os gentagne gange for at opnå kontakt til eksempelvis praktiserende læge/hjemmepleje eller kommunal sagsbehandler. Vi er meget ofte ude for, at pt. ikke ved, hvem, der er hans sagsbehandler, og vi bruger lang tid på at opspore den rette person i det kommunale system. Men telefoniske kontakter "tæller" ikke i effektivitetsmålinger og registrering af behandlernes indsats. Imidlertid kan dette arbejde have betydelig og afgørende indflydelse på patientens samlede situation og i sidste ende være af betydning for helbredelse. Hvis ikke patientens støttebehov videregives til varetagelse af andre instanser, end det behandlende system, bliver patienten "hængende" i behandler-systemet og tager plads fra andre med behov for behandling. Hvis måling af kvalitet og effektivitet gik mere på indhold og proces/relation, ville vi kunne have mange flere patienter i "åbne forløb". Dette har vi hidtil i udstrakt grad benyttet os af og haft gode erfaringer med. Det er jo videnskabeligt bevist, at de lange forløb med patienter med Skizofreni giver bedre resultater. Derfor er man netop gået over til at forsøge at følge OPUS patienter (unge skizofrenipatienter) nu i fem år frem for tidligere to år. Men fremtiden peger i retningen af generelt større flow i effektivitetens navn, som man ser det i eksempelvis accelererede kirurgiske forløb.

Samtidig med, at vi skal se patienterne oftere for at være effektive, er vi her i Regionen pålagt, at kontakten i videst muligt omfang skal finde sted i Lokalpsykiatriens lokaler for at spare både transport og tid. Dette er i mange situationer både ineffektivt og fagligt ukorrekt og bør i stedet bero på en faglig vurdering (der ligger en betydelig information i ved selvsyn at observere, hvordan patienten mestrer dagligdagen i egen bolig). Det hører desuden ofte med til en psykisk sygdom at have problemer med at overskue og huske. Patienterne glemmer eksempelvis aftalerne, men er aftalen i deres hjem, er de ofte alligevel hjemme, når vi kommer. Ofte ser vi også, at det er et stort

problem for patienterne blot at overskue at skulle hjemmefra, tage et offentligt transportmiddel, have råd til transport m.m. Vi har således mange afbud, udskydelser af aftaler og udeblivelser. Afbud og udeblivelser ”tæller” dog i registreringsøjemed som en kontakt. - Altså bliver det (med effektivitets øjne) taktisk klogt for behandleren at træffe flest mulige aftaler med patienten med risiko for, at patienten bliver forsømt og ydmyget ved at skulle udeblive eller melde afbud. Som behandlere kan vi til gengæld ”vinge en ydelse af ” og vise ”effektivitet”. Patientforløbet bliver dog i sidste instans forlænget i tid, når der ofte skal fire aftaler til, før en enkelt ”face to face” kontakt bliver til noget.

Vi har hermed forsøgt at beskrive nogle problematikker fra vores dagligdag, som vi oplever, er med til at give vores borgere et dårligere tilbud om behandling i stedet for det modsatte.

Med venlig hilsen

Annette Laursen

Christel Sieborg

Hanne Vejrum

Sinna Jensen

Jane Simonsen

Marianne Mahler

Jane Nielsen

Eva hovedskou

Birgitte Jeberg

Birte Johannesen

Pia Hansen

Karen Bak

Karna Stilling

Distriktssygeplejersker i psykiatrien i Randers

**Respons modtages på [kareba@rm.dk](mailto:kareba@rm.dk) eller [karsti@rm.dk](mailto:karsti@rm.dk)**