

Helle Sofie Wentzer

Fremtidens speciallæge i Region Hovedstadens Psykiatri

En fokusgruppeinterview-undersøgelse



*Fremtidens speciallæge i
Region Hovedstadens Psykiatri – En fokusgruppeinterview-undersøgelse* kan hentes fra hjemmesiden www.kora.dk

© KORA og forfatterne, 2016

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til KORA.

© Omslag: Mega Design og Monokrom

Udgiver: KORA
ISBN: 978-87-7509-973-3
Projekt: 11065

KORA
Det Nationale Institut for
Kommuners og Regioners Analyse og Forskning

KORA er en uafhængig statslig institution, hvis formål er at fremme kvalitetsudvikling samt bedre ressourceanvendelse og styring i den offentlige sektor.



Det Nationale Institut
for Kommuners og Regioners
Analyse og Forskning

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00

Forord

Jeg har et ønske om, at psykiatrien bliver et sted, hvor det er rart at være, og hvor der er tid nok til at tale med patienterne og få nogle ordentlige møder og måske kunne hjælpe dem videre. (Speciallæges vision for fremtiden)

Speciallæger i psykiatri spiller en vigtig rolle i samfundet med henblik på at beskytte, skærme og behandle borgere, der ikke trives, eller som er farlige for sig selv eller andre. Psykiatrien i Region Hovedstaden (RHP) er udfordret af mange patienter til et begrænset antal læger.

RHP har finansieret en eksplorativ fokusgruppeundersøgelse hos KORA med henblik på at få mere viden om lægernes forslag til løsninger.

Rapporten spørger ind til lægernes forventninger og ønsker til fremtiden med henblik på at varetage de speciallægefaglige opgaver samt delegerede opgaver til andre faggrupper. Ovenstående citat peger på, at psykiatriens patienters problemer ikke løses kurativt med en pille eller en operation men snarere er en proces, båret af tid til samtale og den gode relation mellem patient og behandler(e), til et bedre liv.

Et afsluttende fokusgruppeinterview med sygeplejersker og specialpsykologer giver deres respons på lægernes forslag til opgavedelegering. De samlede svar er præsenteret i rapporten med henblik på at støtte RHP's fortsatte proces med at inddrage personalet i beslutningsgrundlaget for bestemmelse af fremtidens speciallægers kerneopgaver.

Interview og analyse er gennemført af Helle Sofie Wentzer med hjælp fra studentermedhjælp Jonas Makram Benzarti. Tak til Christina Holm-Petersen, Anne Petersen og Jakob Kjellberg for intern sparring i KORA.

KORA takker interviewdeltagerne for deres tillid og RHP, særligt Birgitte Dahl Pedersen, der har bistået med oplysninger og rekruttering af deltagere til fokusgrupperne.

KORA er alene ansvarlig for rapportens indhold.

Helle Sofie Wentzer
Maj 2016

Indhold

Resumé	6
1 Introduktion	10
1.1 Speciallæger i RHP	11
1.1.1 Ansættelses- og behandlingssteder i RHP	11
1.1.2 It-sundhedsplatformen, Epic.....	13
2 Undersøgellesdesign og metode	14
2.1 Analysen som en del af dialogdesignet	15
2.2 Systemisk, virksomhedsteoretisk analyse	17
2.3 Validitet	17
3 Lægernes perspektiv	19
3.1 Speciallægenes fremtidsforventninger mellem håb og afmagt	20
3.1.1 Perspektivering af visionerne i den lægefaglige gruppe	20
3.2 Tema 1: kvalitet	22
3.2.1 Udredning og diagnostik: "tid til samtale"	22
3.2.2 Mangfoldighed i behandlingstilbud	24
3.2.3 "Ærlig psykiatri": markedsmekanismer og Janus-behandling	27
3.2.4 Opsamling: udviklingszoner for fremadrettet kvalitetsindsatser	31
3.3 Tema 2: registrering og dokumentation	32
3.3.1 Digitalisering af den kliniske praksis	32
3.3.2 Digitalisering af et "talespeciale"	33
3.3.3 Registreringsparadokser	35
3.3.4 "Det absolut gode"	38
3.3.5 Opsamling: Uklare formål for fremtidig digitalisering af praksis	41
3.4 Tema 3: ledelse og indflydelse	41
3.4.1 Specialets image	42
3.4.2 Fremtidens ledelsesrum	42
3.4.3 En strukturel opgave	44
3.4.4 Delegering af patientansvaret: den hybride lægeleder	45
3.4.5 Kvalitetsudvikling – en nødvendig præmis for den fremtidige speciallæge	47
3.5 Tema 4: klarlægning af opgaver.....	47
3.5.1 Speciallægefaglige kerneopgaver	47
3.5.2 Delegering af opgaver	48
3.5.3 Specialpsykologen som samarbejdspartner	49
4 De andre faggruppers perspektiv	54
4.1 Sygeplejerskernes refleksioner over de fire temaer	54
4.1.1 Kvalitet	54
4.1.2 Dokumentation og registrering.....	55
4.1.3 Opgaveflyt og ikke opgaveglidning	55
4.1.4 Lægefaglig ledelse	56

4.2	Specialpsykologernes svar til de fire temaer	57
4.2.1	Specialpsykologernes formål, opgaver og fordeling	57
4.2.2	Dokumentation, registrering og patientansvar	58
4.2.3	Ledelse	58
4.2.4	Kvalitet i patientforløb – et paradigmeskift i socialpsykiatrien	60
4.3	Tværfaglig opsamling	61
4.3.1	Dilemmaer i det tværfaglige perspektiv for fremtidens speciallæger ...	62
5	Delkonklusion A: udviklingszoner for tværfagligt samarbejde	64
5.1	Delegering til specialpsykologer	64
5.1.1	Tværfaglige udviklingszoner for lægernes relation til specialpsykologen	65
5.2	Delegering til sygeplejersker	66
5.2.1	Tværfaglige udviklingsrelationer for speciallægen og sygeplejersken ..	67
5.3	Rollefordeling mellem lægerne	68
5.3.1	Fælles interesser og forskelle i lægeperspektivet	68
6	Delkonklusion B: lægespecialiets fremtid	72
6.1	Kvalitet i patientbehandlingen fastholder og tiltrækker speciallæger	73
6.2	Fremtidig registrering og dokumentation	73
6.2.1	Forventninger til it-sundhedsplatformen	73
6.3	Ledelse: idealer, ønsker og lederfigurer	74
6.3.1	Den hybride, tværfaglige lægeleder	75
6.4	Klarlægning og delegation af opgaver	76
6.4.1	Uriasposten: akutvagter	76
6.4.2	Specialpsykologer: 'Trojansk hest' eller 'Fugl Fønix'	77
7	Anbefalinger til videre dialog i RHP	78
7.1	Forslag til fastholdelse og rekruttering af speciallæger i RHP	78
7.1.1	Andre incitamenter til fastholdelse af speciallæger	80
7.2	Fremtidsscenarier for RHP-centre	80
7.2.1	Scenarie A: paradigmeskift til 'patienten i centrum'	81
7.2.2	Scenarie B: komplementær udvikling af centre i specialpsykiatri og ambulante socialpsykiatricentre	82
7.3	It-sundhedsplatformen	83
7.3.1	Digitalisering af scenarie A: patientinddragende, tværfaglig kommunikation	83
	Litteratur	84
	Bilagsoversigt	87

Resumé

Baggrund

Mangel på speciallæger frem til år 2025 har gjort, at Region Hovedstadens Psykiatri (RHP) har nedsat en arbejdsgruppe til at tegne et billede af speciallægenes fremtidige arbejdsopgaver. RHP er ud over det store antal patienter, der henvises til udredning og behandling på psykiatrisk hospitals ti centre, også udfordret af andre opgaver, såsom den forestående implementering af it-sundhedsplatformen Epic. Tillige har Danske Regioner uddannet specialpsykologer til at indgå i hospitalets arbejde. Der er således et behov i RHP for både at fastholde og rekruttere speciallæger, såvel som en afstemning med lægegruppen om, hvorledes man bedst løser opgavefordelingen i fremtiden. RHP afholder derfor en stor workshop for læger og andre personaler med henblik på at inddrage disse i beslutningsgrundlaget.

Rapportens formål

Rapporten formål er at give input til både arbejdsgruppen og til RHP's workshop til fremtidens speciallæge. Rapporten giver gennem fem fokusgruppeinterview indblik i særligt speciallægenes forestillinger om fremtiden, samt H-lægenes og klinikchefernes respons herpå. Endelig giver lægegruppens italesættelser af opgaverne i fremtidens patientbehandling og ønsker til delegation af opgaver til andre faggrupper også input til kommentarer fra sygeplejersker og specialpsykologer som to faggrupper med henholdsvis stor og lille erfaring med at samarbejde med lægerne.

Resultater

Speciallægenes vision handler grundlæggende om: *mere tid til diagnostisk udredning og etablering af en god patientkontakt med mindst mulig tvang og korrekt medicinering inden for en mangfoldighed af mulige behandlingstilbud, der samlet går ud på at afhjælpe patientens problem.*

Deltagerne i fokusgruppeinterviewene uddyber samlet i fokusgruppeinterviewene følgende perspektiver og indsatser med henblik på at styrke lægens rolle og den tværfaglige delegering af opgaver i RHP's patientbehandling.

Faggruppernes perspektiv

Lægerne udfolder fire temaer, der tager deres tid og opmærksomhed, men med mulighed for forbedringer med henblik på at fastholde og rekruttere speciallæger. Disse fire temaer er:

- A. Kvaliteten af patientbehandlingen
- B. Omfanget af registrering og dokumentation
- C. Ledelsesmæssig indflydelse
- D. Klarlægning af opgaver.

Ad. A. Kvaliteten af patientbehandlingen hænger sammen med visitationen, afgrænsningen af psykiatrien, samarbejdet med primærsektoren, overgange mellem indlæggelse og udskrivelse, samspil med pakketilbud og sociale tilbud. Forskellige uhensigtsmæssigheder i organisering af patientforløbene identificeres såsom 'Janus-garantien', der beskriver bagsiden af behandlingsgarantien for nogle patientgrupper, særligt børn og 'psykiatriens ladeport', der udtrykker, at psykiatrien fungerer på markedslignende vilkår, hvor den stadige vækst i gratis tilbud øger patienttilstrømning, samtidig med at behandlingspakkernes indhold udhules.

Ad. B. Omfanget af registrering og dokumentation: Lægernes tid og opmærksomhed er også forstyrret af mængden af retningslinjer, screeningsværktøjer og krav til registrering uden tilstrækkelig støtte til egen dokumentationspraksis, herunder besværliggjort af uharmonisk samspil mellem it-systemer, juridiske dagsordner, afregningslogikker og effektviseringspres. Et bedre og motiverende samspil mellem administration og klinik, herunder reduktion af dokumenter og rum for inddragelse og kreative løsninger efterspørges. Lægerne vil også hellere styres på patientbehandlingseffekten og antal genindlæggelser end på ydelsesproduktivitet. Det er uvist for deltagerne generelt, om it-sundhedsplatformen øger et kvantitativt registreringsblik på klinisk praksis, eller åbner for mere meningsfuld og tidsbesparende dokumentation. Der er dog bekymring for, at implementeringen vil resultere i mindre sekretærstøtte, og at ældre speciallæger forlader RHP ved udsigt til digitalisering af deres dokumentationspraksis.

Ad. C. Ledelse og indflydelse: Lægerne har patientansvaret, og tværfaglig ledelse af patientbehandlingen er en del af den kliniske praksis. Lægerne beskriver forskellige ledelsesstile: 'blæksprutten', 'konsulenten', 'husmoren' og 'gartneren' – og finder, at konsulentrollen er uforenelig med både det personlige ansvar over for patienten, samt ansvaret for personalet, som opgaven er delegeret til. De andre roller hænger sammen med graden af kendskab til og fortrolighed med personalets kompetencer samt muligheder for og ønsker til faglig udvikling og oplæring. Denne *hybride* lægeleder er et diskussionspunkt blandt lægerne for, hvor langt man afstandsmæssigt kan gå i delegation af lægeopgaver til andre faggrupper og opretholde en etisk forsvarlig løsning for alle parter: patienten, lægen selv og hjælpepersonalet.

Ad. D. Klarlægning af opgaver handler dels om de kerneopgaver, speciallægerne ønsker at fastholde, bl.a. udredningsret, medicinering og tovholderfunktionen, dels de opgaver, de kan forestille sig at delegere til andre faggrupper. Speciallægerne nævner en række fagfaggrupper, der bidrager konstruktivt til kvaliteten af medicinering og den somatiske udredning, herunder farmakologer, almen medicinere og special- og behandlingssygeplejersker. På det psykosomatiske område ser lægerne mulighed for at nedbringe angst og tvang ved at opkvalificere plejepersonalet til at kunne berolige patienter med samtale. Specialpsykologer ville kunne varetage en rolle ved at opkvalificere plejepersonalet til at forebygge tvang og ved med interviewteknikker at fremskynde den diagnostiske udredningsproces. Endvidere overvejes muligheder for at inddrage specialpsykologer i brede vagttag i akutmodtagelser med henblik på at nedbringe tvang, eventuelt også i forhold til at kunne ophæve eller fastholde frihedsberøvelse.

I det afsluttende fokusgruppeinterview med sygeplejersker og specialpsykologer bekræfter disse de fire tematikker og uddyber dem i forhold til deres egne respektive roller:

- Sygeplejersker overtager gerne opgaver, de er opkvalificerede til. Også nye, fx i relation til forskning.
- Specialpsykologer vil gerne indgå i vagttag og i ledelse med henblik på øget ansvar for inddragelse af patienten og pårørende.
- Akutvagter er en uriaspost, som ingen af dem er direkte interesseret i at varetage.

Udviklingszoner for tværfagligt samarbejde

Patientbehandlingen i psykiatri er udpræget tværfaglig, og lægerne, såvel som sygeplejersker og specialpsykologer, kan indbyrdes have sammenfald og forskelle i deres interesser for at udvikle deres samarbejdsrelationer i fremtiden. Sygeplejersker finder fx, at der kan være for mange faggrupper ind over patientbehandlingsforløbene, herunder at der delvis er kompetence- og opgavesammenfald mellem dem og psykologerne. Lægerne er i tvivl om, hvordan de skal bruge specialpsykologerne, særligt så de ikke selv mister kerneopgaver, der

motiverer dem, nemlig patientsamtalerne i forbindelse med psykopatologisk udredning og behandling. Specialpsykologerne vil gerne have flere opgaver og muligheden for at vise, hvad de kan.

Delegering til sygeplejersker

Af analysen af relationen mellem speciallægen, sygeplejersken og lægegruppen i øvrigt (klinikchefer og H-læger) fremgår det bl.a., at læger og sygeplejersker har en lang tradition for at samarbejde, og at tilliden imellem dem beror på, at sygeplejerskerne ikke overtager opgaver, de ikke er kvalificeret og oplært til. Sygeplejerskerne oplever dog at befinde sig i et krydspres af at påtage sig opgaver for at opretholde deres stillinger, samtidig med at de har vanskeligheder med at få ledelsesopbakning til at videreudanne sig. Samlet set indvirker presset negativt på tillidsrelationen mellem sygeplejersker og speciallægen, når kvalificeringen til mere eller nyt ansvar ikke følger med.

Delegering til specialpsykologer

Specialpsykologerne er nye i psykiatrien. Af analysen af relationen mellem speciallægen, specialpsykologen og lægegruppen fremgår det, at speciallægen har mindst erfaring med specialpsykologen. Samlet fremgår det, at specialpsykologerne har en række teknikker og kompetencer i forhold til samtaler, patient- og pårørendeinddragelse og psykoedukation, som bidrager til klinisk praksis men også med risici, idet de ingen somatiske kvalifikationer har. Endvidere vil de ikke kunne aflaste speciallægerne med de medicinske opgaver, men med de opgaver speciallægerne overvejende selv foretrækker at udføre, altså patientsamtalerne. Klinikchefer og H-læger har en forventning om, at specialpsykologerne kan afprøves i brede vagtlag og bidrage til oplæring af H-læger. Samlet set fra lægernes perspektiv er det ikke entydigt, hvorvidt specialpsykologerne vil kunne bidrage positivt eller negativt til H-lægernes læringsmiljø og til at løfte speciallægernes arbejdsbyrde.

Relationer i lægegruppen

Relationen mellem speciallæger, klinikchefer og H-læger kan forbedres ved at gøre klinikchefstillinger mere attraktive i forhold til faglig anerkendelse og indflydelse i de øvrige, overliggende ledelseslag i RHP. Stærke klinikchefer virker som fyrtårne i fastholdelse og rekruttering af nye læger, der søger centre med stærke faglige læringsmiljøer.

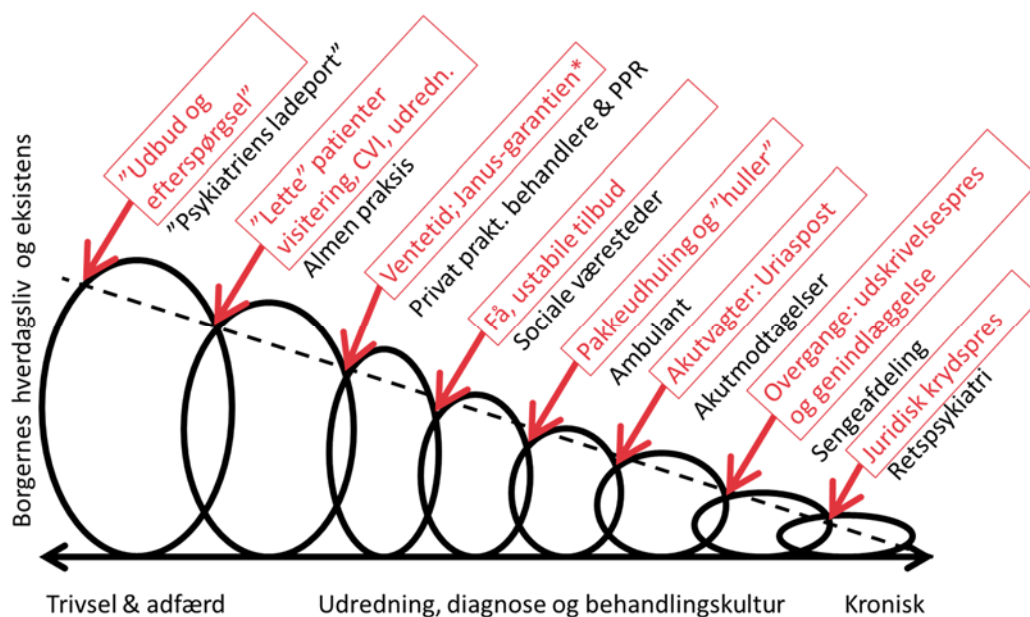
Lægespecialiets fremtid

Fokusgruppeinterviewenes gennemgående fire temaer er indbyrdes relateret og peger samlet på nogle organisatoriske dilemmaer, men også på muligheder for at styrke den fremtidige fastholdelse og rekruttering af speciallæger. Det drejer sig bl.a. om at anerkende det lægefaglige perspektiv i form af de kerneopgaver, de ønsker sig, bedre udredning, flere behandlingsmæssige muligheder, stærkere lægefaglig ledelse af centrene med administrative logikker, der spiller bedre sammen med 'patienten i centrum', herunder en digital infrastruktur (inkl. it-sundhedsplatform), der støtter den kliniske praksis' behov for mere meningsfuld og fremadrettet dokumentation. Samlet set efterlyses også en kultur med indbyrdes respekt og kritisk men konstruktiv dialog i og mellem ledelseslagene.

Organisatoriske indsatser i fremtidens psykiatri

Den samlede lægegruppe italesætter også nogle særlige problematikker (skrevet med rød i nedenstående model) i den overordnet organisering af patientbehandlingen, der kan forbedres:

Problematikker i RHP's patientrekruttering, behandlingstilbud og -forløb



*Særligt Børne- og Ungdomspsykiatri: *Vi spilder de børns liv!* Men også patienter, der er henvist fra Jobcentre og er umotiverede for behandling.

Anbefalinger til videre dialog

Rapportens, fokusgruppeinterviewenes udsigelseskraft er ikke udtømmende eller endegyldige men har righoldige nuancer nok til at understøtte videre dialog om speciallægenes fremtid i RHP. To fremtidsscenarier, A og B, trækker forskellige udviklingsdimensioner op, begge centreret om patienten i centrum, inddragelse og nedbringelse af tvang, men med forskellige fordelinger af patientansvaret mellem henholdsvis speciallægen og specialpsykologen.

Finansiering

Undersøgelsen er finansieret af RHP.

1 Introduktion

Mangel på speciallæger er en af de store udfordringer for Region Hovedstadens Psykiatri (RHP) frem til år 2025 (Region Hovedstadens Psykiatri 2014), ligesom ændrede vilkår, nye opgaver og ny teknologi vil påvirke fremtidens lægerolle (Notat Region Hovedstadens Psykiatri 2015). Fastholdelse og rekruttering af speciallæger er derfor centralt for den fortsatte varetagelse af psykiatriens kerneopgave. Endvidere står RHP foran implementeringen af it-sundhedsplatformen Epic i april-maj 2017. På denne baggrund har RHP nedsat en arbejdsgruppe, der har til opgave "at tegne et billede af speciallægers fremtidige arbejdsopgaver" (Bilag 1). Af gruppens kommissorium fremgår det endvidere, at; "målet er at sikre, at speciallægerne bruger tiden på patientkontakt og den nødvendig dokumentation i Epic. Andre opgaver, herunder administrative opgaver, bør begrænses til et minimum".

Direktionen i RHP har ønsket at høre speciallægers forslag til løsning af lægemangel, ønsker til arbejdsdeling og delegation af opgaver, særligt til nyuddannede specialpsykologer. KORA har som uafhængigt, nationalt analyse- og forskningsinstitut til kvalitetsudvikling i regioner og kommuner påtaget sig den eksplorative opgave at gennemføre en fokusgruppeinterviewundersøgelse, der spørger til speciallægerne forventninger og ønsker til fremtiden, herunder ovennævnte tematikker: it-sundhedsplatformen, dokumentation og specialpsykologernes opgaver. Denne rapport er resultatet.

Rapporten har et dobbeltsidet formål:

- At give input til arbejdsgruppens arbejde
- At understøtte RHP's videre proces med at inddrage medarbejdere i beslutninger om fremtidens speciallægerolle.

Rapporten indgår således som baggrundsmateriale for deltagerne i RHP's 'Workshop om fremtidens lægerolle' d. 28. april 2016 (bilag 2).

Læsevejledning

Rapportens to analysekapitler, kapitel 3 og 4 er righoldig på citater, der giver et levende indblik i særligt lægernes verdener og deres forventninger til fremtiden, samt sygeplejerskers og specialpsykologers respons herpå.

De to delkonklusioner i kapitel 5 og 6 henvender sig særligt til arbejdsgruppen og svarer på undersøgelsesspørgsmålet om lægernes ønsker til kerneopgaver og delegation.

Kapitel 7 indeholder anbefalinger til videre dialog og er dels en opsamling på støtteinitiativer, der kan styrke fastholdelse og rekruttering af speciallæger, dels et kreativt indspark i form af to fremtids-scenarier, der kan fremme læsernes forestillinger og holdninger til fremtidens psykiatri.

It-sundhedsplatformen, Epic, er desværre synlig ved sit fravær i rapporten i den forstand, at interviewdeltagerne har meget lidt information, ligesom der er mangel på konkrete informationer fra direktionen om systemets tilpasning til psykiatrien, brugerroller og planer for implementering.

1.1 Speciallæger i RHP

Region Hovedstadens Psykiatri (RHP) er Danmarks største psykiatrihospital og behandlede i 2015 50.000 patienter. En opgørelse over læger ansat i RHP fra juni 2015 viser, at der er 563 læger¹, heraf er der 17 lægelige chefer og 296 speciallæger i overordnede stillinger, (afdelingslæger og overlæger) mens 250 er underordnede læger, fx læger i uddannelsesstillinger til at blive speciallæger i psykiatri, også forkortet H-læger ('H' for hoveduddannelse). Lægerne samarbejder med mange faggrupper men især sygeplejersker (ca. 1.580 ansatte) (Notat, RHP 19. februar 2016).

KORAs undersøgelse tager afsæt i den situation, at der er for få læger til opgaverne. Af en rapport om yngre lægers arbejdsmiljø fremgår det, at der er ca. 50 ubesatte speciallægestillinger (RHP 2014). Det er derfor vigtigt at få lavet rammer, der fremtidssikrer en hensigtsmæssig brug af lægernes kompetencer i RHP, særligt med henblik på at:

- Fastholde og rekruttere læger og sikre en god arbejdsdeling imellem dem.

I undersøgelsen indgår der fokusgruppeinterview med tre lægegrupper: Speciallæger, klinikchefer og H-læger, der alle er aktive i RHP daglige patientbehandling:

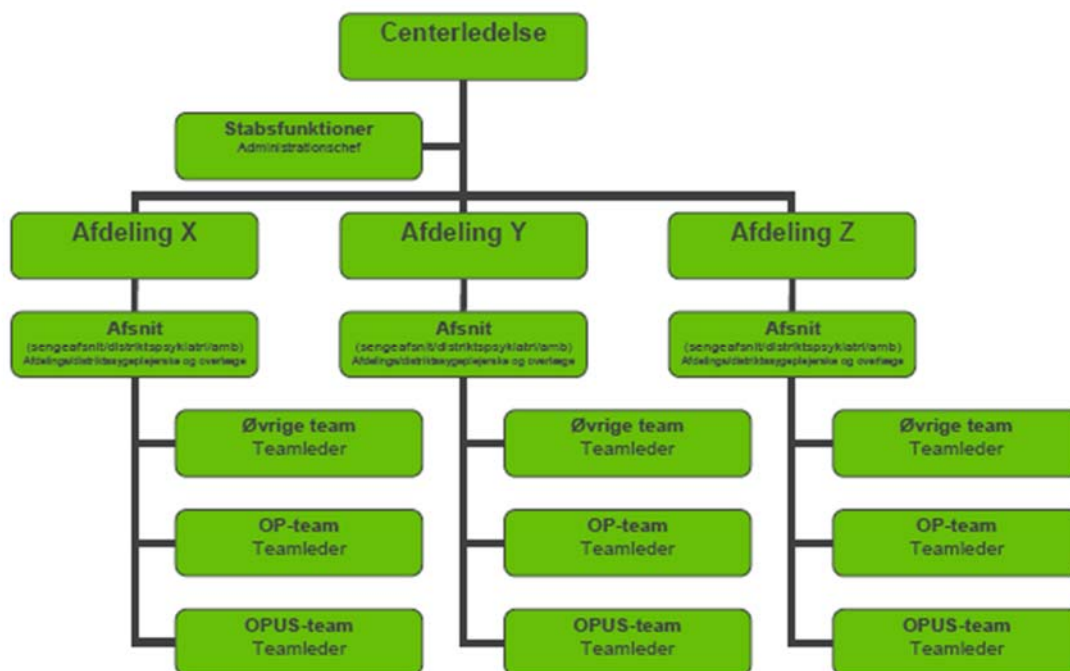
- *De psykiatriske speciallæger er afdelingslæger og overlæger.* De kan lede patientbehandlingerne, afdelinger og afsnit. Med speciallægefunktionen følger også ansvaret for at oplære og vejlede læger under uddannelse. De refererer til klinikchefen.
- *Klinikchefer* er også speciallæger i psykiatri men med ledelsesmæssigt ansvar for det samlede faglige behandlingsmiljø og patientforløb. Klinikchefen refererer til centerchefen.
- *H-læger*, også kaldet 'yngre læger', nogle gange også 'reservelæger', er læger i 'Hoveduddannelse' med henblik på at blive speciallæger. Centralt i forhold til deres overenskomst er, at H-lægerne er i uddannelsesstillinger.

1.1.1 Ansættelses- og behandlingssteder i RHP

Lægerne er ansat på specifikke centre, der er organiseret i afsnit med underliggende sengeafsnit, distriktpspsykiatri og ambulatorie, jf. Figur 1.1. Disse bemannes af sundhedspersonaler, der typisk arbejder i tværfaglige behandlingsteam, herunder også opsøgende behandlingsteam, 'OP-team' og udgående opsøgende behandlingsteam, 'OPUS-team'. Teamene er tværfaglige og ledes af en teamleder eller koordineres af en teamkoordinator.

¹ Det samlede tal for ordinært ansatte i RHP er pr. 31. marts 2016 på 594 læger (beregnet løbende på 12 måneder fra 1. april 2015-31. marts 2016), Region Hovedstaden – Center for Økonomi, HR-teamet i Data Enheden, Kongens Vænge 2, 3400 Hillerød.

Figur 1.1 Ledelsesstrukturer på de store psykiatriske centre (Fig. 3B, RHP 2015)



Et afsnit (ambulatorier, distriktskykiatriske centre og sengeafsnit) ledes som hovedregel af en overlæge og en afdelingssygeplejerske i fællesskab. Andre afsnit ledes alene af en overlæge, eller anden faggruppe indgår sammen med overlægen i ledelsen (ambulatorier). Afsnitslederne refererer til centerledelsen i de mindre centre og til afdelingsledelsen i de store centre. De ti centre er samlet med en direktion med stab i toppen, kaldet RHP hospital (Notat, Region Hovedstadens Psykiatri, april 2015). Den har samlet ca. 4.800 ansatte, heraf er ca. 450-500 administrativt personale (tallet er ikke helt præcist, fordi noget personale, såsom klinikchefer, indgår både i det kliniske personale og i administrationen).

1.1.1.1 En ny samarbejds- og personalegruppe i psykiatrien

Danske Regioner har iværksat en ny specialpsykologuddannelse, der specifikt videreuddanner psykologer til at behandle psykiatriske patienter. Det er en 4-årig specialuddannelse, hvis første kandidater bliver færdig fra 2015 frem til 2018. Specialpsykologerne er karakteriseret ved at skulle kunne:

- udrede, psykopatologisk anamnese, diagnosticere
- varetage patientforløb
- udføre psykoterapi og psykoedukation
- kende til principper for vigtigste biomedicinske behandlinger
- supervisere.

Specialpsykologer refererer behandlingsmæssigt til afsnittets behandlingsansvarlige overlæge. Den daglige administrative ledelse følger de lokale forhold, der er gældende for centerets psykologer. Specialpsykologen er ansvarlig for sin virksomhedsudøvelse i henhold til sin autorisation som psykolog, jf. Psykologloven (Bekendtgørelse 2004). Hvis specialpsykologen skal udføre funktioner inden for områder forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed, sker dette

via den autoriserede sundhedsperson. I praksis vil det sige, at de arbejder under lægefagligt ansvar.

Specialpsykologer er ikke bemyndiget til at udstede attester eller anvende tvang. Delegering beror på samarbejde med speciallægen.

Specialpsykologen er ikke uddannet i somatisk diagnostik men kan arbejde selvstændigt på en lang række områder i forhold til både visitation, udredning, diagnostik, psykologbehandling, kommunikation og supervision (vejledning), gennemføre udskrivningssamtaler, højrisikoydelser (fx selvmordsvurdering), ordinere observationsniveauer samt forskning og ledelse.

RHP forventer i 2018 at have uddannet 38 specialpsykologer fra den ordinære uddannelse. 50 psykologer har frem til 2015 fået merit som specialpsykologer men er langt fra alle ansat i stillinger og funktion som specialpsykologer, idet ca. 10 af dem er ansat som ledende psykologer og chefpsykologer. Derudover er en del ansat som psykologer med andre funktioner. Kun ca. 10 er ansat i funktionen som specialpsykologer. I 2018 forventer RHP samlet at have ca. 60 specialpsykologer ansat (Region Hovedstadens Psykiatri, notat 6. januar 2016).

1.1.2 It-sundhedsplatformen, Epic

RHP er sammen med Region Sjælland under forberedelse til implementering af en It-sundhedsplatform, leveret af Epic. Denne skal give de to regioners sundhedspersonaler et tværfagligt digitalt skrivebord til at dokumentere og udveksle patientinformationer. I psykiatrien forventes implementeringen påbegyndt i maj 2017 (bilag 3). Indholdsmæssigt er platformen under udvikling og tilpasning fra de somatiske specialer til det psykiatriske. Der deltager én speciallæge fra hvert psykiatrisk center i samarbejdet med Epic om tilpasninger til specialet.

Den ny fælles elektroniske patientjournal, også kaldet it-sundhedsplatformen, vil være forbundet med en ny dokumentationspraksis for lægerne i form af mere struktureret form for dokumentation frem for den mere narrative/tekstuelle, som har været den hidtidige praksis. Systemet lægger også op til, at patienter kan få adgang til data og indgive data i et særligt patientmodul. Patientmodulet, også kaldet patientplatformen, giver patienten adgang til at følge bedre med i sine egne data, skrive til den behandlende læge samt levere data før en konsultation.

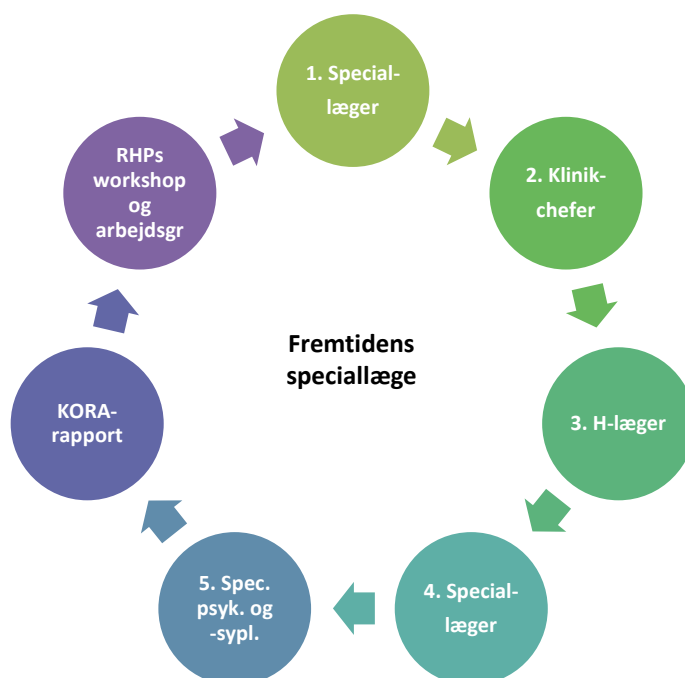
2 Undersøgelsesdesign og metode

Undersøgelsen er gennemført som fem fokusgruppelinterview med centrale aktører i RHP's kliniske praksis². Disse består i den lægefaglige gruppe af speciallæger, klinikchefer og H-læger. Mens fokusgruppelinterview med en tværfaglig gruppe bestod af sygeplejersker og specialpsykologer. Samlet har der i de fem fokusgruppelinterview deltaget henholdsvis:

- 8 speciallæger, 3 klinikchefer, 8 H-læger, 6 speciallæger (heraf 4 gengangere og 2 nye bl.a. en speciallæge i B&U psykiatri), 6 specialpsykologer og 6 sygeplejersker³

Deltagerne blev rekrutteret på foranledning af en arbejdsgruppe i RHP (nedsat af direktionen) og med hjælp fra lokale tillidsmænd på de ti psykiatriske centre. De blev bedt om på hvert center at finde henholdsvis en speciallæge, en klinikchef, en H-læge, en sygeplejerske og en specialpsykolog, der gerne vil give sin mening til kende til emnet: fremtidens speciallæge i RHP. Speciallægerne blev yderligere bedt om at deltage i to fokusgruppelinterview. De i alt fem fokusgruppelinterview varede for den lægefaglige gruppe fra 2,5 time til 3 timer, mens det tværfaglige gruppeinterview fandt sted inden for 4 timer (inklusive frokost). Med henblik på at skabe et organisatorisk neutralt rum for dialogen fandt alle interviewene sted i KORAs lokaler på Købmagergade i København.

Figur 2.1 Dialogproces og undersøgelsesdesign med fokus på fremtidens speciallæge



² RHP-arbejdsgruppen har valgt metoden, altså fokusgruppelinterview samt valg af faggrupper og deltagernes fordeling på alle ti centre.

³ Ikke alle centre stillede med klinikchefer begrundet med andre mødeaktiviteter, såsom LEAN-møder. En speciallæge og specialpsykolog meldte afbud på grund af sygdom. Tre af de seks specialpsykologer deltog kun i fokusgruppelinterviewet og ikke i workshoppen og efterfølgende plenum med sygeplejersker.

De fem fokusgruppeinterview blev afholdt med afsæt i brugerinddragende Dialogdesign (Nielsen et al. 2003, Coto et al. 2009, Wentzer 2015). Alle interview er optaget på lydfil, delvis billedfil og transskriberet. Samlet er der tale om 190 sider transskriberet tekst.

Analysen er foretaget ad flere omgange. Dels parallelt, on-spot i sammenhæng med gennemførelse af de enkelte fokusgruppeinterview, dels som forberedelse mellem de enkelte fokusgruppeinterview. Proceslederen har i rollen som interviewer og facilitator udlagt deltageres udsagn med henblik på at forstå, fastholde og uddybe væsentlige tematikker og synspunkter hos deltagerne i og på tværs af grupperne. Endelig er det samlede transskriberede interviewmateriale analyseret som tekst med:

- henblik på at identificere indre sammenhænge og forskelle i et udviklings- og læringsteoretisk perspektiv (Activity theory)
- fokus på de systemiske rammer for lægernes ønsker til fremtiden.

Med de systemiske rammer sigtes der fx til lovmæssige krav, som sundhedsloven, administrative logikker, sundhedspolitikker og den forestående implementering af it-sundhedsplatformen. De følgende to afsnit giver et overordnet indblik i det analytiske blik i forhold til selve dialogprocessen og designet med de fem fokusgruppeinterview og i forholdet til en samlet tekstanalyse af interview og workshopmaterialet.

2.1 Analysen som en del af dialogdesignet

Interviewguiden er central for selve dialogprocessen og selve analyseresultatet. Af de nedenstående fire spørgsmål refererer det første til litteraturen inden "fremtidsværksted" (Jungk et al. 1984) og de tre sidste til opdraget fra Regions Hovedstaden jf. indledningen i kapitel 1.:

1. Hvem er I, og hvad er dine forhåbninger til fremtiden? – bordet rundt...
2. Kerneopgaver – hvad tænker I her? Med underspørgsmålene:
 - a. Særlig motiverende?
 - b. Andre med juridisk forpligtigelse?
 - c. Rart eller relevant at uddelegere?
3. Kan I som speciallæger arbejdsdele på anden måde internt og på tværs af centre?
4. Hvordan passer it-sundhedsplatformen (Epic) ind i jeres fremtidsforventninger?

Speciallægenes besvarelser blev samlet i gruppen udlagt som fire tematikker, der er centrale for fremtidens speciallæge i psykiatri i Region Hovedstaden, nemlig:

- A. Kvalitet i patientbehandlingen
- B. Meningsfuld registrering/dokumentation
- C. Ledelse og indflydelse
- D. Klarlægning af opgaver.

Disse fire temaer blev dernæst uddybet i en workshop bestående af to grupper med fire speciallæger i hver, hvoraf hver gruppe behandlede to temaer hver. Afslutningsvis præsenterede hver gruppe deres resultater og overvejelser for hinanden i plenum med henblik på kritik og konsensus.

Det samlede indtryk var, at der er stor forskel på de deltagende speciallægers arbejdssteder og dagligdag, men der er stor overensstemmelse mellem, hvad de finder vigtigt for fremtiden.

Tematikkerne gav input til fokusgruppeinterviewet med klinikcheferne. De gav deres mening og betragtninger til de fire temaer, der dernæst i deres uddybende form blev præsenteret for H-lægerne i det 3. fokusgruppeinterview. H-lægerne gav deres besyv med, herunder kritiske kommentarer og nye idéer. Resultaterne af disse tre fokusgruppeinterview blev forelagt speciallægerne igen med henblik på yderlige kommentarer, uddybninger og konsensus. Endelig blev lægernes samlede forslag til delegering af opgaver og visionerne for forbedring af patientbehandlingen i RHP forelagt sygeplejerskerne og specialpsykologerne i det 5. fokusgruppeinterview, og afprøvet i forhold til disse to faggruppers forståelse af muligheden for udvikling og fremtidig samarbejde i RHP.

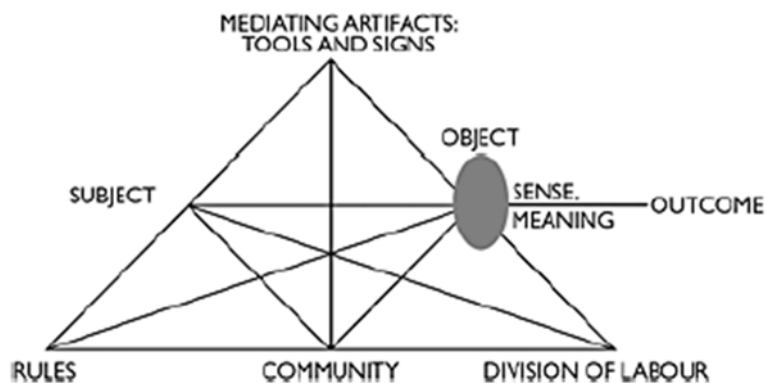
Tabel 2.1 Dialog- og analyseproces fra 1. til 5. fokusgruppeinterview

Speciallægers fremtidsvisioner	Tid til patient-samtale: Forbedret diagnostik	Mindre spildtid på kvantitativ dagsorden	Positive image	Mindre tvang, patientens problem i fokus
Temaer & indsatser	↓	↓	↓	↓
1.interview: Speciallæger	A. Kvalitet i patientbehandling	B. Meningsfuld registrering og dokumentation	C. Ledelse og indflydelse	D. Klarlægning af opgaver
2. interview: Klinikchefer	Behandlingspakker, patientforløb	Guidelines, klagesager, selvmordsscreening	Personaleressourcer, administrative logikker	Vagtplanlægning, lægefagligt ansvar
3. interview: H-læger	Fordeling af patienter i patientbehandlingsforløbene, specialpsykologer kan bidrage til kvalitet	Administrative personalehensyn og interesser styrer digitalisering og efterspørgsel på behandling og er ikke i sig selv befordrende for klinikens udvikling (faktiske patientbehandlinger)	Specialets image, erfaringe speciallæger kan lede, fordele og supervisere tværfagligt personale på flere enheder	Opgaver og ansvar skal følges ad, speciallæger, sygeplejersker og specialpsykologer kan bringes i spil på nye måder i forhold til ansvar og vagtplaner
4. interview: Speciallæger	Pakkebegrebet i forhold til fleksibilitet i at skræddersy behandling til den enkelte patient og risici for udhuling af ressourcerne i pakken/konceptet	Betydning af det kvantitative registreringsblik for kliniske beslutninger i samtalen og interaktion med patienten	Ledelseskompetencer: fire typer og behov for professionalisering	Kompetencen til at sætte/skabe de rette tværfaglige teams
5. interview: Sygeplejersker og specialpsykologer	Enige i problematikker og i at patientforløb kan forberedes	Registrering fylder ulige meget i faggruppernes arbejde	Fagkamp om mulighed for uddannelse og indflydelse	Fleksibilitet og ansvar i opgavefordeling i tværfaglige teams med sammenfaldne personalekompetencer

2.2 Systemisk, virksomhedsteoretisk analyse

Det analytiske afsæt i Activity theory, eller virksomhedsteoriens kulturhistoriske tradition, er med henblik på at klarlægge sammenhænge eller modsætninger mellem aktørernes, 'subject' forventninger til deres opgaver, kaldet mål, 'object' og motiver, 'outcome', og de rammer og muligheder ('rules' og 'division of labour') de har for realisering heraf, samlet forstået som kompetencer, redskaber, sociale ressourcer, arbejdsdeling og værdier/normer ('community').

Figur 2.2 Den systemiske struktur for menneskelig virksomhed



Kilde: Engeström 1987:78

'Subject' er i den forestående analyse henholdsvis den lægefaglige gruppe på samlet 28 personer (med 5 gengangere) og den tværfaglige fokusgruppe på 12 personer, heraf 6 sygeplejersker og 6 specialpsykologer. Deres opfattelser af speciallægens opgaver, herunder arbejdsdeling, regler, normer og medierende redskaber hertil, er analyseret med henblik på at identificere aktiviteter, der er særligt vigtige for de respektive grupper enten at bevare, omfordele eller udvikle i RHP.

It-sundhedsplatformen gives særlig analytisk opmærksomhed som et 'mediating artifact', der ideelt set skal være med til at realisere brugernes forventninger til fremtidens psykiatri. Gennem Epic's design som softwaresystem (uden udvikling og tilpasning til psykiatrien) gives personalet nemlig også forskellige roller for at udføre deres opgaver og for at samarbejde om dem.

Den teoretiske ramme har endvidere et lærings- og organisationsudviklende potentiale (Virkunen & Newnham 2013), idet centrale modsætninger i organisationen og i aktørernes opgaver, kompetencer, artefakter/teknologier, arbejdsdeling og værdier/normer for samarbejde har et særlig proaktivt og fremadrettet potentiale, kaldet 'zonen for nærmeste udvikling' (Engeström 1987, 1996, 1998). Teorien er valgt, fordi psykiatrien syntes særligt udfordret af mange forskelligartede krav, som nævnt i indledningen, der udfordrer praksis og organiseringen heraf.

2.3 Validitet

Undersøgelsen repræsenterer ikke generelle holdninger ud fra kvantitative målestokke men individuelle, anonyme holdninger, der har sin validitet ved, at de er formuleret i et forum

mellem ligesindede (Krogstrup 2003)⁴, og ved at deres forskelle alle sammen er kvaliteter, der bidrager til forståelse og en fælles italesættelse af, hvad der er vigtigt for det fælles 'fænomen', altså fokus for undersøgelsen: fremtidens speciallæge. Deltagerne præsenterer derfor heller ikke det center, de er udvalgt fra, men videst muligt deres personlige og professionelle holdning til deres faglighed og arbejde.

I analysen er der foregået en løbende forenkling og fortolkning af deltagernes udsagn, både i selve interviewprocessen og i formidling og analysen heraf. Den kvalitative, tematiske generalisering er dels valideret ved, at interviewer kontinuerligt har gentaget pointer fra forudgående interview med henblik på konstruktiv kritik, dels gennem en teoretisk fundering af de overordnet analysespørgsmål i den kulturhistoriske virkningsteori, Activity theory. Endelig er analysens troværdighed valideret ved intern og ekstern reviews. Den lægefaglige analyse er sendt til kommentering hos fire deltagere fordelt på henholdsvis speciallægegruppen og H-lægegruppen. Arbejdsgruppen for fremtidens speciallæge i RHP har dernæst haft rapporten til review, såvel som den er reviewet internt i KORA af projektchef Christina Holm-Petersen og professor Jakob Kjellberg og eksternt af to reviewere.

⁴ I den første speciallægegruppe var ligeværdigheden udfordret af stor spredning i alder og erfaring blandt deltagerne. Alt andet lige bidrog det til kvaliteten af fokusgruppeinterviewet, da det afslørede store forskelle i erfaringer og forventninger til fx muligheder for opgaveflyt. I specialpsykologgruppen var spændvidden mellem deltagere under uddannelse og uden fast ansættelse og en enkelt deltager med megen institutionel magt negativ for ligeværdigheden, således at eventuelle forskelligheder i forventninger til speciallægerne og ønsker til opgaveflyt ikke kom frem.

3 Lægernes perspektiv

Deltagerne i den lægefaglige gruppe kommer fra mange forskellige afdelinger/afsnit på ni af RHP's centre og er ansat i forskellige stillinger som henholdsvis speciallæger med fagligt ledelsesansvar, klinikchefer med personale- og driftsansvar og H-læger i oplæring. Der var derfor også stor variation i arbejdsgange og oplevelser af de daglige aktiviteter: Fra læger, der oplevede stor tilfredshed med deres daglige arbejde, med samarbejdet og ledelsen på afsnittet, til læger, der fandt store mangler i deres afsnits organisering. Denne spænding, men også yderpunkter i opfattelser, går som en rød tråd gennem fokusgruppeinterviewene med lægerne.

Forventningerne til speciallægenes rolle og indflydelse på fremtiden i RHP udtrykker dels nogle lidt utopiske forhåbninger, da de ikke er organisatorisk realistiske, dels destopiske forventninger til en ikke-ønskelig, pessimistisk udvikling, hvor speciallægemanglen i regionen blot vil øges.

Figur 3.1 Modsætninger i lægernes fremtidsforventninger



Disse yderpunkter i forventninger og visioner for fremtiden antyder, at der er negative forhold, som RHP er nødt til at forbedre med henblik på at fastholde og tiltrække speciallæger, ligesom der er positive forhold, som organisationen kan styrke, videreudvikle og udbrede med henblik på at gøre arbejdspladsen attraktiv. Konklusionen søger på baggrund af den forestående analyse at tage de forhold op, der kan bidrage – i form af anbefalinger og fremtidsscenarier – til en konstruktiv udvikling med speciallæger i RHP.

I den forestående analyse citeres særligt de lægeudsagn, der er konstruktive for en fremadrettet tilrettelæggelse for RHP, i og med, at formålet er at understøtte realistiske forandringer. Eksempler på en praksis, der opleves som uhensigtsmæssig eksemplificeres i den udstrækning, de understøtter centrale argumenter og pointer for forandringer. For at sætte 'scenen' for de forskellige værdier og logikker, som lægerne har indflydelse på i organisering af patientbehandling, karikeres indledningsvis to ekstremer for udviklingen, henholdsvis et drømmesyn versus et mareridt.

3.1 Speciallægenes fremtidsforventninger mellem håb og afmagt

Lægenes håb handler om at få patienten mere i centrum, således at hele systemet bakker op om at sikre den gode kontakt mellem patient og læge. At de får tid til en ordentlig diagnostisk udredning og til at bygge relationer op for behandlingen, så motivationen skabes og tvang forbygges. På denne måde vil patienten kunne medicineres korrekt, og alle de andre behandlingsformer fra miljøterapi til sociale aktiviteter vil kunne tages i spil, som lægen sammen med patienten og sammen med sit tværfaglige behandlingsteam vurderer som fremmende for patientens helbredelse. Den behandlende speciallæge ser sig selv i centrum for at sikre patienten den rette behandling og organisering heraf. Som behandlingsansvarlig og tovholder for patientens forløb, tager lægen ansvar for, at de tværfaglige forløb mellem afsnit og i sektorovergange er hensigtsmæssige. Deres nærmeste leder, klinikchefen, er i kritisk dialog med speciallægerne og sørger for at skabe de rammer, der samlet optimerer patientbehandlinger og det tværfaglige personales ressourcer med henblik på at sikre kompetenceudvikling og tillid i samarbejdet. Klinikchefen søger at skabe gennemsigtighed omkring personaleresressourcer (herunder at 'varme', kliniske hænder prioriteres over 'kolde', DJØF-hænder) og patientbehandlingseffekter i forhold til patientens mål og genindlæggelsesfrekvenser. De politiske beslutningstagere i regionen og i sundhedsvæsenet prioriterer ifølge stærke lægefaglige vurderinger bl.a. med henblik på at sikre hensigtsmæssige sektorovergange og visiterings- og behandlingsmønstre mellem dem. Den øgede tid, opkvalificering af personalet og de stabile rammer for behandlingsforløbene betyder, at tvang nedbringes, herunder med mindre medicinering og genindlæggelser til følge. Generelt vil det bidrage til at skabe et miljø i centrene med mindre pres, færre patientklager og mindre angst. Takket være psykiatriens patientcentreret indsats oplever patienterne samlet en bedring med henblik på at kunne deltage i samfundets hverdagsliv.

Modbilledet er en voksende afmagt med mindre og mindre lægefaglig indflydelse på fordeling af diagnoser, design af behandlingstilbud, der bare vokser i udbud og tilsvarende skrumper i indhold, en medicineringsdagsorden i krydspres mellem restriktioner, overvågning og stigende efterspørgsel i et presset system med få hænder og lidt tid, der i fortsat acceleration frem for patientkontakt bruges på at taste data ind, der viser, at regler er holdt, så hospitalets juridisk er uskyldig ved patientklager. Patienterne cirkulerer rundt imellem diagnoser, behandlingstilbud og sektorer, og som jo samlet viser en både høj, og hermed "flot" og omkostningslav produktivitet, men spilder reelt set voksne patienters tid og børns liv. En kynisk, topstyrende ledelse lytter kun til de personaler, der spejler glansbilledet af sig selv og organisationen, man gerne vil give til det politiske system. Speciallæger går hurtigst muligt på pension eller siger op og forsætter som privatpraktiserende psykiatere. Færre H-læger rekrutteres i et lægefagligt svagt system og specialet afvikles langsomt. Fremtidens borgere i regionen vil derfor sjældnere og sjældnere møde en speciallæge, der kan se deres psykiske og somatiske symptomer og lidelser i et helhedsperspektiv. Ligesom hverdagslivet i samfundet vil opleves mere utrygt uden psykiatere til at berolige psykotiske patienter, hvis lidelser kan gøre dem farlige for deres medborgere.

3.1.1 Perspektivering af visionerne i den lægefaglige gruppe

Speciallægerne ser deres bærende rolle i relationen til patienten, dennes behov for en ordentlig udredning og hjælp til et bedre liv, men også behandlingsmæssigt: At den psykopatologiske samtale er central for deres specialfaglige identitet, at der er utryghed om dette diagnostiske arbejde i fremtiden kan blive taget fra dem, og om de selv har nok magt på ledelsesniveau til at påvirke rammerne for patientbehandlingen og herunder også kvaliteten

af patientarbejde på sigt. Speciallægerne uddyber og kobler disse betragtninger til fire temaer:

1. Kvalitet:

Jeg vil indføre nogle metoder, så tvangen kan nedbringes, så vi arbejder med mere individuel behandling, og mere imødekommende principper, så patienten føler sig mere velkommen, og også at vi arbejder med alternative metoder til at berolige patienten.

2. Registrering / dokumentation:

Jeg syntes, det handler om kvalitet i stedet for ydelsesantal og pakker. Man glemmer mennesket i det. Jeg har håb om, at man kan højne patienten, så det igen kan være et godt sted at være.

3. Ledelse / indflydelse:

Jeg oplever afmagt og synes, det er vigtigt, at læger engagerer sig i ledelse. Det er vigtigt at have indflydelse for at sikre sig den rette patientbehandling. Jeg har været glad, når direktionen lyttede. Anden læge istemmer: Det skal de have ros for!

Jeg vil gerne flytte interessen væk fra det traditionelle sengebaserede psykiatريفokus på medicin og diagnoser og hen imod problemer og ressourcer. Ligesom dig (anden speciallæge, red.) vil jeg ønske, at man kunne flytte opmærksomheden hen på noget, som man kan have fælles med patienterne, nemlig ønsket om et bedre liv. Og som ikke kun handler om at fokusere, at diagnosticere og at give forskellig slags medicin i en endeløs række af behandlingsforsøg, som ofte ikke fører til nogle hensigtsmæssige resultater, men som en gang i mellem gør det.

4. Klarlægning af opgaver:

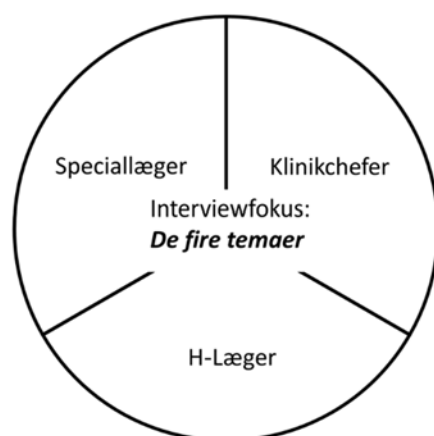
Skal jeg pege på det primære for mig som psykiater, hvad der er det væsentligste, så er det som psykiater x (anden speciallæge, red.) også talte om: det er diagnostisk og udredning. Det er derfor, jeg blev læge og psykiater: den her proces, hvor du har tiden til en tæt kontakt til patienten, hvor du udreder og derefter sætter en relevant behandling i gang. Den proces er afgørende for vores fag, og jeg synes, det er det væsentligste for, at vi kan sikre os, at patienten får den rigtige behandling. Der er for lidt tid. Og vi suser af stedt, og der er virkelig, ja, det går simpelthen for stærkt nogle gange! Vi har brug for tid til den proces. Den kerneopgave kunne jeg godt tænke mig, at jeg fik mere tid til at varetage, og i den forbindelse synes jeg ikke, det er helt tosset, at man så kan uddelegere nogle ting – i hvert tilfælde få det spredt lidt, så man netop kan få plads til den opgave.

Jeg håber for fremtiden, at den der opgaveglidning, som måske kunne ske til specialpsykologer og andre faggrupper, ikke betyder, at man ikke kan forvente at bruge det, man er uddannet til af sundhedsmyndigheder. Jeg arbejder med det psykoterapeutiske, og vi skal selvfølgelig ikke allesammen ud og lave terapi, men det dur ikke, at vi siger til psykiaterne: "Det er slet ikke det, du skal lave. Du skal måle blodsukker og puls, og kigge på de somatiske blodprøver, og se om diagnosen er i orden fra specialpsykologerne" – for så tror jeg simpelthen ikke, at vi gider, for så kan vi ikke rekruttere folk mere, for så kunne jeg ligeså godt være blevet

praktiserende læge. Opgaveglidning er derfor meget farligt for, hvad er det, vi synes, er spændende ved vores fag. Det er faktisk også at lave de diagnostiske samtaler. Nogle af os synes, det er sjovt at lave terapi, andre ikke. Men man skal passe på at forlange noget (i uddannelse) og så ikke give os mulighed for at arbejde med det bagefter.

Disse fire temaer blev fælles fokus i en workshop (bilag 4) og fælles plenumdiskussion med speciallægerne og dernæst fortsat uddybet og udfoldet i de tre efterfølgende fokusgruppeinterview med henholdsvis klinikchefer, H-læger og speciallægerne igen, inkl. en speciallæge fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center (BUC) og efterfølgende interview med selvsamme person.

Figur 3.2 Fokus og uddybning af de fire temaer i dialogprocessen med lægerne



De følgende fire afsnit gengiver lægernes successive uddybninger og diskussioner af de fire temaer.

3.2 Tema 1: kvalitet

Speciallægerne har en række betragtninger til forbedring af kvalitet i patientbehandling, denne drejer sig i det væsentligste om:

- Speciallægens kerneopgave: tid til udredning og diagnostik
- Speciallægens behandlingsansvar: organisering af patienters behandlingsplan i 'behandlingspakker': "at vi ikke sætter de forkerte behandlinger i gang"
- Speciallægens tovholderfunktion, bl.a. overgange i patientforløb
- Kulturen for at indberette, dele og lære af utilsigtede hændelser.

3.2.1 Udredning og diagnostik: "tid til samtale"

Udredning og diagnostik er et kerneelement i patientbehandling. Det er det af patientetiske, lægeetiske og samfundsøkonomiske grunde med henblik på ikke at give en forkert diagnose og dernæst forkert, evt. skadelig behandling. Speciallæger i psykiatri adskiller sig dog fra

andre lægefaglige, somatiske specialer, idet der ikke er biomarkører på den psykiske lidelse, sådan som det kendes fra somatikken. Det betyder, at speciallægens diagnosehypotese ikke kan afgøres af fx et prøvesvar fra laboratoriet. I stedet er speciallægen helt afhængig af samtale med patienten, altså patientens egen sygdomsbeskrivelse, som en mere eller mindre vedvarende del af den diagnostiske proces. Udredning gennem samtale kræver tid, tillid og ord. Tid til at opbygge patientens tillid til speciallægen op, tid til at sætte ord på (eller andre meningsfulde udtryk for) patientens lidelser og erkende/diagnosticere deres problem.

Udredning gennem ord

Det kan være en proces i sig selv for patienten at sætte ord på sit problem. Den udredende diagnostik i psykiatrien er derfor særlig betinget af, at der er nok tillid og tid til samtale. Prioritering af denne tid er derfor vigtig, da den fremadrettet sikrer en relevant behandlingsplan og styrker samarbejde med patienten om gennemførelse af behandlingen.

Udredningstiden kan forkortes gennem forskellige psykometriske test og screeningsværktøjer fx for suicidalitet (selvmordsscreening), der hjælper behandleren til at afgøre, hvor akut og alvorlig syg patienten er. Andre teknikker kan handle om at berolige, herunder også medicin, og gøre patienten tryk nok til, at ord og samtale er mulig. Disse test og teknikker er vigtige værktøjer, som dels kvalificerer lægens samtale med patienten og beslutninger, dels fremskynder en mere målrettet behandling. Afgørende for, hvordan speciallægen sætter ind i mødet med patienten, altså med beroligende samtale, test, medicin eller en eller anden form for tvangsanvendelser, er dog, hvilke ressourcer og rammer der er til rådighed i den pågældende situation.

Opkvalificering af samtaleressourcer frem for medicin

Speciallægerne gav her udtryk for, at de gerne så:

at udredning kunne være en funktion, der lå i selve psykiaterrollen frem for at medicinere så meget. Og at der er: tid til samtaler, få talt folk til ro. I stedet for at give dem medicin. Fokus har været i rigtig lang tid på medicin.

De gav også forskellige forslag til, hvordan medicinering og tvang kunne forebygges ved at opkvalificere plejepersonalet, fx til at berolige en patient med angstanfald, underforstået at angstanfald ikke er farlige i betydning af, at de per se skal behandles medicinsk, men at der er andre teknikker, "psykoedukation" og udviklede metoder, "safe ward" og "miljøterapi" til at skabe ro i og omkring patienten/erne. Følgende beretning fra en akutmodtagelse og ambulatorie giver indblik i nogle uhensigtsmæssige mekanismer, der styrker den medicineringsdagsorden, som speciallægerne gerne vil have brudt, men som forudsætter kompetencer og tilstrækkelig personale:

Det kan være, der kommer syv patienter ind samtidig, som smider med møblementet! Så er der ikke fred og ro inde i sygeplejerskens hoved til at tale med patienten om noget som helst, vel. Der skal tid og ordentlige forhold til. Anden speciallæge istemmer: Ja, og akutsygeplejersken er også fuldstændig udmærket. Så skal man fx lære sygeplejerskerne at berolige patienterne, og psykoedukativt, hvordan taler man med psykotiske patienter, hvordan samtaler man. Det er de daglige samtaler, når patienten har angst om natten. Når jeg ser dem, så siger de, at de har været dårlige om natten, så har de været inde på en eller anden skadestue og fået proppet afhængighedsskabende benzodiazepiner i munden og sendt hjem igen. Og hvor jeg bare ved, at hvis der var nogen, der havde talt med dem. Hvis der var nogen, der kunne metoden til at få reduceret angst: Få lært dem om, at det er ikke farligt at have et angstanfald, så var det nok. Men det er 'poing':

pille i munden – og så kommer de til mig og siger: Det var simpelthen så godt, det her medicin.

Historien fortæller, at det er både patienter og personale, der kan se medicin som en hurtig og effektiv løsning i pressede situationer. Ligesom presset for at behandle stadig flere patienter med begrænsede ressourcer bidrager til selvsamme logik: *"Det tager tid, men det er skide hurtigt bare lige at give en pille. Den virker med det samme. Det er da et rent tids-spørgsmål. Men der mangler også kompetencer. Det må der gøre".*

Tidspresset er med til at understøtte en medicineringsdagsorden, dvs. mindre medicin forudsætter mere tid. Ligesom kvaliteten i patientbehandlingen, herunder at bryde medicineringsdagsorden, også forudsætter ressourcer og kompetencer hos personalet omkring patienterne til at skabe ro/tryghed.

Psykologer som udviklere af personalets samtaleteknikker

Speciallægerne fandt, at psykologerne og specialpsykologerne som faggruppe er særlig velegnet til at give det plejepersonale, der er omkring patienterne, viden og kompetencer til at berolige patienter via samtale frem for medicin og tvang. Dette blev bekræftet af klinikchefer og af H-lægerne.

Psykologtest til at fremme udredningsprocessen

De psykologuddannede personaler har endvidere en vigtig kompetence til at fremskynde udredningsprocessen ved at gennemføre forskelligartede test, såsom WAIS-test, intelligens-test, neurotest, neuropsykologisk test, vurdering af tvang. Testresultaterne giver input til udredningssamtalen med henblik på at afdække og indkredse patientens problem(-er). H-lægerne påpegede også, at specialpsykologerne bidrog til kvaliteten af udredningen, fx under akutte sengeindlæggelser gennem særlige spørgeteknikker til familiehistorie og socialpatologi, der gjorde det lettere for patienten at åbne op.

3.2.2 Mangfoldighed i behandlingstilbud

Speciallægerne ser generelt, at kvaliteten i RHP skabes gennem en stor variation af behandlingstilbud til patienterne. Disse er til dels bestemt gennem de faktiske, individuelle interesser og kompetencer hos speciallægerne men også de kompetencer, som andre faggrupper bidrager med. Denne mangfoldighed i behandlingstilbud ses som en kvalitet og ikke en mangel ved specialet og vedkender herved, som uddybet af klinikcheferne, at psykiatriske diagnoser *ikke* er objektive uforanderlige størrelser, men kan variere – også for samme patient – afhængig af, hvilke speciallæger der udreder dem, såvel som patientens tilstand også forandrer sig over tid.

Kvalitet i diagnose og behandling via stabile relationer

Psykiatriske diagnoser er derfor øjeblikksbilleder, relative til de relationer og rammer patienterne indgår i. Stabile relationer og trygge rammer er derfor generelt vigtige for gode behandlingsforløb i RHP. Karakteristika for stabile relationer og befordrende rammer blev beskrevet af både lægegruppen, såvel som af sygeplejerskerne og specialpsykologerne. Disse vedrørte samlet visiteringsprocessen fra kommuner og primærsektoren, organisering af handlingerne i pakker, og samarbejde mellem afsnit og sektorer i gennemførelsen af behandlingsplanerne.

Visiteringsprocessen

Visitationen i RHP er blevet omlagt fra lokal visitering i de lokale centre til en centralvisitation, CVI. Denne styrer fordelingen af henviste patienter til de forskellige behandlingscentre, afhængig af centrenes kapacitet og behandlingstilbud. Visitationen gennemføres ifølge workshop-deltagerne af primært sygeplejersker. Sygeplejerskerne bemander også en akuttelefon.

Psykiatriske behandlingspakker i ambulatorier

Pakkebegrebet blev udfoldet i flere omgange. Speciallægerne udlagde indledningsvis begrebets historie, som et 'greb' fra Danske Regioner med henblik på at sikre en mere ensartet kvalitet i patienternes behandlingstilbud på nationalt niveau, fordi der var store, uacceptable kvalitetsforskelle i regionernes tilbud til borgerne. Pakkerne skulle således sikre et gennemsnitligt, standardbehandlingstilbud.

Terapeutisk lagde man ud over medicin og diverse psykometriske test overvejende vægt på behandlingsformer baseret på kognitiv terapi frem for dynamisk terapi, fordi resultater af førstnævnte var bedre dokumenteret og krævede færre ressourcer i forhold til konsultationstimer. I klinikchefernes udlægning indgik der også overvejelser til at normsætte og herudfra prissætte, hvilke behandlinger, der fx grundet behandlingsgarantien⁵, skulle udføres af privatpraktiserende psykiatere og psykologer, samt effektivisere patientbehandlinger med henblik på at nedbringe ventetider i psykiatrien generelt.

Et pakkeforløb kan fx beskrives som følgende behandlingspakke for voksne med angst og social fobi (Danske Regioner 2014): basispakke på 11 timer eller udvidet pakke på 15 timer, alt efter sygdommens sværhedsgrad. Behandlingsindholdet er følgende:

- Første samtale (diagnostik, vurdering af behov for psykofarmakologisk behandling, psykometrisk undersøgelse + eventuel anden relevant udredning).
- Løbende lægekonsultation indbefattende psykofarmakologi (medicinopfølgning med henblik på eventuel justering, monitorering af bivirkninger, herunder ernæringsscreening og metabolisk syndrom), monitorering af tilstand og behandlingen generelt, behandlingskoordinering.
- Kognitiv adfærdsterapi i gruppe – evt. individuel terapi – inkl. adfærdstræning.
- Samtale med socialrådgiver om social rehabiliteringsplan og netværksmøder.
- Psykoedukation med inddragelse af pårørende.
- Tilbagefaldsforebyggelse.

Kvalitet via tilpasninger af 'standardpakken' til patienten

Speciallægerne taler dog om at:

Pakker er ikke lig med kvalitet, for 'det samme' kan betyde, at kvalitet forsvinder fuldstændig. Ja, det kan det, men vi kan også afvige fra dem. Og det er også sådan, at vi bruger dem de facto, for der er jo ingen, der kan passe ind i en pakke. Anden speciallæge: Jeg individualiserer altid pakkerne. Klinikcheferne er bekendt med dette men tilføjer også: 80 % passer jo ind i et standardforløb.

I praksis søger speciallægerne at tilpasse og fordele deres 'patienters timer' til disses individuelle behov, nogle kan nøjes med mindre, nogle har behov for mere, og for andre passer

⁵ Politisk er der fastsat en behandlingsgaranti i sundhedsvæsenet på først to måneder og siden 1. oktober 2015 en måned. Overholdes denne ikke, skal den behandlingsansvarlige region betale for patientens behandling i privat regi. Regionerne har således en interesse i at behandle flest mulige patienter og hurtigst muligt, såvel som regionen har brug for kontrol med udgifterne til patienterne i privatbehandling, fx at de ikke strækker sig unødvendigt længe.

pakkens timer. Det er et 'regnskab', der i en eller anden grad skal gå op med centerets ressourceudløsende ydelsestal. Denne afstemning og ansvaret for, at regnskabet passer mellem antallet af patienter og bevilligede timer, oplever speciallægerne forskellige og praktiseres også ifølge klinikcheferne forskelligt af centrene.

Patienter, der er forkert henvist

Kvalitetsmæssigt finder speciallægerne pakkeforløbene særligt vanskelige, når patienten fx er forkert henvist:

Vi har eksempler ude fra Y-centeret, hvor jeg er nu, med folk, der har været indlagt på et depressionsafsnit i fem til seks uger, og så finder de ud af, at det vist ikke er en deprimeret, så sender de dem videre til en nødhjælpsspakke. (Speciallæge)

De forkert henviste patienter er både et kvalitetsmæssigt problem og ressourceudtømt, fordi det generer en omstændelig administration hos speciallægerne at henvise patienten tilbage igen. Den lokale visitation var i den henseende mere effektiv. Specialsygeplejersker og specialpsykologer kunne bidrage til en bedre visitation, ligesom de administrative rammer omkring forkert henviste patienter fra CVI kunne gøres mere smidige.

Knopskydning af pakker og patienter "i hullerne" mellem tilbuddene

Speciallægerne beskriver, at presset efter både behandling og at blive diagnosticeret til den rigtige pakke er så stort, at pakkerne hurtigt bliver "fyldt op" med patienter, såvel som forskellige typer og varianter af nye pakker opstår.

Man kunne lave 20 pakker til, og de vil lynhurtigt blive fyldt. Det er i hvert tilfælde min påstand. På center X, hvis man bare tænker på det pakkeforløb for personlighedsforstyrrelser, og det flow vi havde igennem. Jeg kan ikke huske, om det var mellem 10 eller 15 år, det vil tage, hvis vi bare skulle tage de intensive igennem. [...] Så jeg tror mere, at man skulle gå ind for en ærlig psykiatri. Jeg tror, at patienterne vil blive gladere for at få en ærlig udmelding, at det her det er, hvad der er i vores tilbud. (Speciallæge)

Behandlingspresset har også konsekvenser for de patienter, der er uheldige ved ikke at passe ind i visitationskriterierne for at blive indlagt på et sengeafsnit, og i stedet bliver forvisiteret til et pakketilbud, men hvor ventetiden er så lang, at patienten er et helt andet sted, og ikke har lyst "til at stå det igennem en gang til". Speciallægen beskriver:

Jeg har mellem en til fem patienter gående med den problemstilling, at de er for svære at afsætte af den ene eller anden grund: de er for syge, de er ikke syge nok, de kan ikke passes et eller andet sted, de venter på et eller andet, og det er ret ironisk, når man tænker på, hvor mange ambulante tilbud der er.

Disse patienter falder mellem ambulante pakker, sengeafdelinger og distriktpsychiatrien og betyder, at der er nogle "huller" eller "gaps".

Er pakkevækst "kit" eller udhuling af behandlingstilbuddene?

Speciallægerne er dog ikke enige om, at udviklingen af de psykiatriske tilbud bliver bedre og bedre til at "kitte hullerne ud", eller om disse netop opstår som resultat af vedvarende at ville løse behandlingspresset med at standardisere og effektivisere. Også nye varianter af OP-teams lukker ikke hullerne. Ligesom andre former for sociale tilbud og væresteder, fx de tidligere dagafsnit, har vist sig at være en for ustabil organisatorisk størrelse at planlægge

patientforløbene med. En speciallæge i Børne- og Ungdomspsykiatrisk center, BUC fremhæver dog, at pakkerne har været med til at synliggøre, hvad der skal gøres, og hvem der gør hvad i børne- og ungepsykiatrien. Det er således også blevet tydeligere, hvilke opgaver der hører til i den specialiserede psykiatri, og hvilke opgaver kommunerne har ansvar for.

En speciallæge i et ambulans afsnit oplever, at de oprindelige pakker er blevet udhulet fra at være standarder med faste ressourcer som fx personale, antal behandlingstimer og form, til at der er færre behandlere, færre timer, og individuel terapi er blevet erstattet med gruppesessioner. Dette skaber en usikkerhed i den kliniske praksis om rammerne, ressourcerne, kvaliteten og ansvaret for, hvad man egentlig tilbyder patienten.

Pakkernes fremtid mellem standardisering og opløsning

Pakkebegrebet er derfor gradvist i opløsning og kræver på den ene side en særlig opmærksomhed og indsats mod de "20 %", der ikke passer ind, og de "80 %", der passer ind (eller får lavet et nyt tilbud), men kæmper om de samme ressourcer, og hermed også udhuler pakkernes indhold. Der mangler ifølge lægerne en 'kattelerm' med legitime ressourcer for patienter, der har brug for psykiatrisk hjælp, men ikke passer ind i standardforløbene, fx dagafsnit o.a. Og der mangler stabile rammer for, hvilke ressourcer der er til rådighed for hvor mange patienter.

3.2.3 "Ærlig psykiatri": markedsmekanismer og Janus-behandling

Talen om en mere åben og "ærlig psykiatri" i forhold til at synliggøre, at ressourcer, behandlingsbehov og organisering ikke altid følges ad eller går op i en højere enhed – var et gennemgående tema og affødte en diskussion på tværs af interviewene:

Det er jo et befolkningspres, at der kommer flere og flere patienter ind i psykiatrien. Jeg syntes ikke, det er udtryk for "psykiatri-minor", efter jeg er begyndt at arbejde med de ikke-psykotiske lidelser, hvor ofte dem med angstlidelser har nerver, der er skåret. De kan jo ingenting. Jeg tror, at en del af problemet er, at befolkningen vil have behandling, og det kan vi også være glade for. Det er en afstigmatisering af at have psykisk lidelse. De drikker sig ikke fra angst mere, de æder ikke benzoer osv., osv. Det er jo positivt. Problemet er, at de fleste mennesker ikke har råd til den terapeutiske behandling, de kunne få i primær regi. Så hvis man skulle kunne lukke døren lidt til den hospitalsbaserede psykiatri, så kunne man gøre det gratis at gå til psykolog. Det syntes jeg, politikerne skal gøre, for så er der mange, der ikke vil komme hos mig, og som de vil kunne klare ved egen læge og af psykologer, og så kunne jeg tage mig af de rigtig syge. Og så har vi allerede lukket ladeporten rigtig meget. (Speciallæge)

Citatet peger på den positive udvikling i samfundet, ved at psykiske lidelser er mindre stigmatiserende end tidligere, at egenomsorgen også er mere hensigtsmæssig i forhold til alkohol og medicinforbrug, men også at der er opstået et nyt behandlingspres fra patienter, som er syge men ikke svært syge, og hvis behandling kunne foregå i primærsektoren, hvis de økonomiske ressourcer findes (hos villige politikere). Dette vil aflaste behandlingspresset på psykiatrien, "lukke ladeporten" rigtig meget.

Psykiatriens ladeport

En klinikchef ser dog ikke gratis psykologbehandling som en løsning men som noget, der kan accelerere et utømmeligt behov efter samtaleterapi "for det kan alle lide. Så er ens tante død..". Det vil alt andet lige ikke være en ressourcemæssig holdbar løsning i forhold til belastning af både alment praktiserende læger, såvel som øget offentlige udgifter til privat

praktiserende psykologer og psykiatere. Underforstået, at livet kan være, eller så at sige er, fuld af lidelser, hvor spørgsmålet handler om, hvor skæringspunktet er for, hvornår det er en opgave for civilsamfundet og privatsfæren at drage omsorg for hinanden, og hvor det retteligt er en fælles, offentlig og professionel opgave at yde hjælp, og hermed hvorledes primær og sekundær sektorerne fordeler opgaverne i mellem sig.

Markedsmekanismer i offentlig psykiatri

Befolkningens efterspørgsel efter mere psykiatrisk behandling ser en klinikchef og H-læge som en *"udbud og efterspørgselseffekt"*, hvor særligt internettet og de psykiatripakker, borgerne ser beskrevet på regionens hjemmeside, øger borgernes ønsker og krav til behandling. Denne efterspørgsel efter fx gratis samtaleterapi kunne i princippet være uudtømmelig, mens de økonomiske og faglige ressourcer er begrænset. Speciallægerne gør sig forskellige overvejelser om, hvordan 'kagen kan skæres' i psykiatrien, så flest muligt for mest mulig hensigtsmæssig hjælp.

Andre organiseringer af gratis og "lette" patientforløb

En speciallæge mener, at der kan være en samfundsøkonomisk interesse i at tilbyde netop gratis hjælp i primærsektoren, da det kan forebygge, at patienterne bliver rigtig syge (udgifter til sygedagpenge) og dermed risikere at ryge ud af arbejdsmarkedet (dvs. færre skatteindtægter).

Andre speciallæger nævner ligeledes, at de oplever patienter, der er for "lette"⁶ for dem, i betydning af, at de også kan hjælpes af andre faggrupper. En H-læge oplever også, at der henvender sig mange i akutmodtagelsen, fordi *"kæresten har slået op"*. Mens en anden H-læge grundlæggende syntes, at psykiatrien er behæftet med forskelligartede organisatoriske problemer, hvor en anden organisering og arbejdsdeling kunne aflaste speciallægerne, såvel som skabe effektive patientbehandlinger og brugbare oplæringsmiljøer for de fremtidige speciallæger. Afgørende er dog, hvorledes man afgrænser psykiatri fra ikke-psykiatri, og hermed opgavefordelinger mellem sektorer men også faggrupper.

Afgrænsninger af specialet: psykiatri

Overvejelserne går på, at tilgangen af patienter til RHP måske ikke kan mindskes ved gratis terapi i primærsektoren, men at specialet generelt har brug for en afgrænsning af, hvad der hører til i psykiatrien, og hvad der ikke gør. Behandlingsansvaret for patienter uden medicinske problemstillinger kunne helt overdrages til specialpsykologer, der så vil kunne både påbegynde og afslutte denne "patientgruppe" – og hermed samlet set aflaste speciallægerne. En speciallæge finder problematikken absurd, både fordi det vil være svært at afgrænse før udredningen, at en patient ikke har brug for medicin såvel som udelukke, at medicinsk behandling kan blive aktuelt senere i behandlingsforløbet. *"En psykiatri uden medicin er ikke psykiatri"*.

Sektorskabte patientforløb med ringe og negativ effekt / hjælp for patienterne

Speciallægerne har andre forslag til at nedsætte behandlingspresset, bl.a. ved at gøre en indsats imod uhensigtsmæssige patienthenvisninger, idet de tager ressourcer og har ringe effekt for patienterne. Det drejer sig om socialforvaltninger, der vil have borgere ressourcevurderet hos en psykiater med henblik på at få dem aktiveret, men man kan ikke behandle

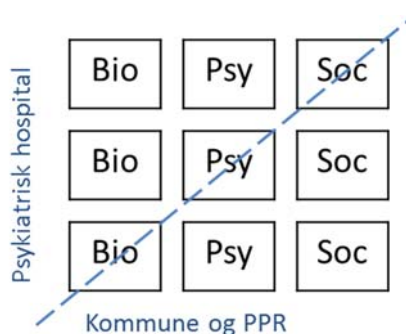
⁶ 'Let' defineres ved de patienter, der har et højt funktionsniveau, og som normalt behandles i primærsektoren. RHP skal behandle de patienter, som har brug for noget tværfagligt, og som fungerer dårligt på mange planer af deres liv.

patienterne, når de ikke er motiveret: *"men man skal tage dem i behandling. Det vil socialforvaltningen. Dem har vi rigtig mange af, og man kan ikke hjælpe dem en bønne, når de ikke selv vil, altså – og det er også sådan lidt spildt af tid".* (Speciallæge)

En anden gruppe af patienter bliver henvist fra kommunerne, selv om deres behandling for fx depression *"kan klares i primærsektoren, men det kan gøres hurtigere hos os, og så bliver de henvist til os, fordi de kommer til relativt hurtigt. Og så kommer de ind i vores system i stedet for og stå i kø hos os, for der er ikke plads. Dem kommer der rigtig mange af hos os.* (Speciallæge).

En tredje gruppe af patienter er i børne- og ungdomspsykiatri. De udreder børnene ud fra en bio-psykosocial behandlingsmodel, se Figur 3.3.

Figur 3.3 Ansvars- og opgavefordeling mellem Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, BUC og kommune ud fra barnets diagnose og problemområde



Falder børnenes symptomer uden for det bio-patologiske område, (eller er færdigbehandlet herfor) men har lidelser i de psykosociale områder, så skal de (videre-)behandles i primærsektoren og sendes derfor tilbage til kommunerne og Pædagogisk Psykologisk Rådgivning, PPR. Problemet er, at børnene/de unge senere henvises til BUC igen. Forklaringen er, at kommunerne ikke efterlever deres behandlingsansvar over for børnene. De, deres familier og skole gives derfor ikke de psykosociale behandlingstilbud, som børnene er udredt til i BUC, men henvises igen til BUC med samme eller forværrede symptomer, og som speciallæge udtrykker det *"vi spilder de børns liv!"*.

Sektorlovgivning

Alle tre patientforløbsproblematikker peger på en uheldig dynamik mellem sektorerne, hvor sekundærsektorens behandlingsgaranti og ventetiderne i primærsektoren accelererer presset på sekundærsektoren. Endog med negativ behandlingseffekt på patienter i forløb, de enten ikke er motiveret for at deltage i, eller som ikke bliver gennemført, fordi de også afhænger af effektiviteten i kommunerne og primærsektoren.

En af de andre speciallæger med en nylig fortid i BUC bekræfter den ulykkelige problematik for børn og unge, men mener det forudsætter en lovændring med henblik på at fastholde behandlingsansvaret i kommunerne.

..hvis man kommer som barn eller ung på hospitalet, så har de en forpligtigelse til at tage kontakt til forvaltningen, og det er heller ikke altid, at det sker. Jeg tror, de kan pege på hinanden fra begge sider. Det er for nogen til en vis grad bindende aftaler. Min påstand er, at grunden, til at det for alvor ikke fungerer, er, at der ikke er lovgivet nok. Så sidder psykiatrien og siger: 'I skal betale', og forvaltningen

siger: 'Den løsning skal vi have gratis hos jer'. Det er ikke manglende god vilje eller ildsjæle: Der mangler simpelthen noget lovgivning, der tvinger de to sektorer til at tale sammen. (Speciallæge)

Problematikken genkendes i voksenpsykiatri og et uheldigt sammenspil mellem, at behandlingsgarantien i det offentlige og ventetiderne (til dyrere behandlinger) i det private og kommunale får henvisninger og dermed presset på psykiatrien til at stige:

Det er fuldstændig rigtigt, at samarbejdet mellem primær- og sekundærsektoren jo er afgørende for, hvis man nedsætter ventetiden, og der er en behandlingsret til det offentlige, mens man har stadig halve eller hele år (s ventetider, red.) til privatpraktiserende psykiater, så vil det altid komme et tiltagende pres. ... Vi får masser af henvendelser, for de kan ikke vente i otte måneder hos en privatpraktiserende, og så bliver det hospitalsopgaver (alle: ja, ja, ja). (Speciallæge)

Forslaget, der tilsluttes og udfoldes af de øvrige deltagere, går på, at primærsektoren skal have samme behandlingsgaranti som sekundærsektoren.

Patient- og ressourceventil: behandlingsgaranti i primærsektoren

En sådan behandlingsgaranti i primærsektoren vil forhindre, at patienter gentagende gange henvises til udredning og behandling i psykiatrien. Dette vil både kunne presse kommuner og primærsektoren til at lave behandlingstilbud, der kan hjælpe børn og unge til en sundere psykosocial udvikling, nedbringe sundhedsvæsenets ressourceforbrug på borgere, der ikke er interesseret i behandling (selv om kommunen evt. er) og mindske presset på RHP ved ikke (gentagende) at behandle patienter med en udsigtsløs behandlingsplan og resultat. En sådan "ventil" kunne bidrage til at fastholde patienter og ressourcer i den af de to sektorer, der er mest hensigtsmæssig i forhold til patientens problem og behandling.

Janus-garantien i accelererede forløb

Behandlingsgarantien spiller en Janus-rolle i psykiatrien, altså har to ansigter ved at øge presset på produktivitet med risikoen for, at patienter for hurtigt gives en diagnose og sættes i en forkert pakke. Den positive side af disse accelererede patientforløb er, at den har øget produktiviteten og nedbragt ventetider, dog med en smertegrænse for:

- kvaliteten i udredning, herunder risikoen for, at patienten får en forhastet diagnose/fejlbehandling
- om patienter kommer i klemme mellem visiteringskrav, fyldte pakker og distriktspsykiatriens opsøgende teams
- at patienter sendes til behandling i hospitalspsykiatrien, fordi primærsektoren selv har ventetider og ingen behandlingsgarantier
- hensigtsmæssigheden af garantien for alle patienter, herunder travle børnefamilier.

De tre førstnævnte uhensigtsmæssigheder i accelererede patientforløb er behandlet i de foregående afsnit. Det sidstnævnte punkt vedrører børne- og ungepsykiatri.

Familievenlig behandlingsgaranti til børn og unge

BUC oplever, at forældre til børn og unge i stigende grad, fx omkring højtider eller mærkedage som fastelavn, henvender sig "grædende i telefonen" for at rykke – i sagens natur – nøje planlagte behandlingsaftaler, eller i ugen med Roskilde Festival simpelthen at udeblive fra aftaler. Dette vidner, ifølge speciallægen, om, at disse børn og unge "ikke er så syge, at deres behandling er vigtigere" end andre sociale aftaler.

Rent praktisk er det ikke muligt at efterkomme forældrenes ønsker uden at bryde behandlingsgarantien. Denne tjener i disse tilfælde hverken BUC eller forældrene, men gør det faktisk vanskeligt for begge parter at planlægge fx et udredningsforløb, der netop også kræver en del fleksibilitet af travle børnefamilier.

Graduering af behandlingsgaranti

Det vil ikke udgøre en risiko for børn og BUCs behandlingskvalitet at blødgøre behandlingsgarantien i BUC til halvdelen måned, idet speciallægen allerede som en del af sin professionelle faglighed risikonivellerer behandlinger, idet fx et barn med psykotisk træk eller en ung med ansatser til svær depressiv: *"ikke kan vente en måned men skal have behandling straks"* (Speciallæge). Speciallægen er derfor udmærket i stand til sammen med forældrene at tilrettelægge behandlingsforløb, hvis 'hastighed' er sundhedsfagligt forsvarligt og hensynsfuldt over for familierne.

3.2.4 Opsamling: udviklingszoner for fremadrettet kvalitetsindsatser

Den lægefaglige gruppe beskriver samlet, at kvalitet er afgørende for deres kerneopgaver, udredning og behandling og at denne pt. er udfordret af for lidt tid og ressourcer grundet:

- Antallet af patienter, der henvises til behandling i både ambulatorier og sengeafsnit
- Behandlingsgarantien, der har en bagside i forhold til behandlinger i primærsektoren
- Uklar afgrænsning af psykiatriens genstandsfelt og opgave over for "lette patienter".

Dette betyder, at lægerne vurderer, at psykiatriens kvalitet er udfordret på tid og ressourcer, således at:

- Der anvendes medicin og tvang, hvor beroligende samtale og andre terapeutiske løsninger er mulige
- Patienter risikerer at få en diagnose for hurtigt, hvilket øger risiko for fejlbehandling og øger administrativt koordineringsarbejde
- Pakketilbud knopskyder, mens indhold udvandes
- Patienter, hvis problemer/lidelser ikke passer ind i visiterings- og indlæggelseskriterier, mangler hjælp.

Fremtidige indsatser til kvalitetsforbedringer, finder lægerne, kan ske via:

- Speciallægen får mere tid til udredning, herunder udredningsret.
- Specialpsykologer kan bidrage til at effektivisere udredningsprocessen.
- Mindre medicin, og i stedet beroligende samtaleteknikker via videreuddannelse og oplæring af plejepersonaler. Psykologer og specialpsykologer vil kunne varetage oplæringsopgaven.
- Bedre behandlingstilbud med mulighed for miljøterapi og andre former for terapi.
- Bedre støtte til patienter, der ikke passer ind i visiteringskriterier og til støtte af patienter, der fx udskrives fra sengeafsnit til distriktspsykiatri.
- Afklaring af ressourcer og principper for pakkebegrebet.
- Nedbring behandlingspres via lovarbejde med henblik på at skabe rammer for en mere hensigtsmæssig finansiering mellem sektorerne, særligt med henblik på ikke at cirkulere patienter. Det drejer sig særligt om børn og unge men også voksne uden motivation og voksne uden penge til hjælp i primærsektoren.

- Særlige behandlingsgarantier i begge sektorer kan være et værktøj til at bremse efterspørgslen på sekundærsektoren, samt de kan risiko-nivelleres for børn og unge.

3.3 Tema 2: registrering og dokumentation

Speciallægerne og H-lægerne finder, at der er tid at spare i forhold til en mere hensigtsmæssig registrering og klinisk rationel dokumentation. Det drejer sig dels om samspillet med it-system i dagligdagen og forventninger til it-sundhedsplatformen, dels om mangeartede registreringer, som har en uklar klinisk relevans.

Udflydende begrebsforskelle

Sondringen mellem dokumentation og registrering kan være uklar. Mens dokumentation primært refererer til den informationspraksis sundhedsprofessionelle er forpligtet på via deres autorisation, og som er nødvendig for selve kontinuiteten i patientbehandlingen, så henviser 'registreringer' til aktiviteter, som er forbundet til administrative og ledelsesmæssige krav. Disse kan opleves mindre væsentlige i den direkte patientrettede aktivitet, men opfylder i stedet indirekte mål, der kan være væsentlige af administrative, forskningsmæssige, og organisatoriske grunde. I lægernes tale er disse forskelle dog udflydende. Endog i en sådan grad, at den klassiske lægefaglige dokumentation (til selv at huske ens patient) fortoner sig i de andre gruppers databehov.

3.3.1 Digitalisering af den kliniske praksis

De følgende citater giver et indblik i, hvorledes lægerne oplever registreringsarbejde i den kliniske praksis. Citaterne vidner om en digitalisering af den kliniske praksis men også nogle logikker herfor, som kunne være anderledes, og hvor lægerne også har nogle bud på, hvordan de gerne vil måles. Digitaliseringen handler dels om en masse forskellige systemer, som lægerne skal ind og registrere i. Det er tidskrævende og forudsætter softwarekompetencer, de ikke nødvendigvis har, og som ikke nødvendigvis sikrer dem den dokumentation, de selv har brug for til deres fremadrettede arbejde med patienten. Følgende, lange citat gengiver en H-læges oplevelse af dokumentation og registrering af en forholdsvis simpel beslutning, nemlig ændring af en patients dosis og det arbejde, det generer. Citat er for læsevenligheds skyld inddelt i tre afsnit:

1. Dokumentation i sammenhæng med patientkontakten

Det største problem er jo, at tingene ikke spiller sammen. Hvis jeg skal snakke i telefon med en patient for at høre om, hvordan det lige går med deres antidepressive, om vi skal gå lidt op eller ned i dosis, som jeg formodentlig kan snakke med dem om i fem minutter, så skal jeg slå op i det elektroniske medicinsystem, FMK, og så skal jeg opdatere justeringen,

2. Samspillet mellem systemerne, når der registreres

og så skal jeg overføre det til EPM, som også er et medicinsystem, men som er vores, for at det kan downloades til epikrise, og så skal jeg så ind og lave recept, også i det her elektroniske system, og så skal jeg skrive i hånden mit notat inde i journalsystemet OPUS, og så skal jeg gå ind og kigge i det grønne system, som er sådan et gammelt oldnordisk DOS-system, som jeg lige er blevet oplært i, for at se, hvornår jeg har en ledig tid, fordi det kan man ikke længere se i min Outlook-kalender, og så skal jeg for en sikkerheds skyld, fordi jeg kan ikke finde ud af det

der GS, så skal jeg ind og skrive det i mit eget Outlook-system, og så skal jeg også skrive det på et stykke papir, sådan så sekretæren kan booke det inde i det der DOS-system. Vi er gået over til grønt system på grund af den der platform.

3. Dokumentations nytteværdi for brugeren, den behandlende læge

Forvis'en⁷ har jeg fået lov til at diktere, problemet er, at der ikke er sekretærressourcer til det, så lige nu er der ikke skrevet forviser fra starten af december (i 2 måneder), så hvis jeg har tiden, så skriver jeg det i hånden, for ellers kan jeg ikke se, hvad der er lavet. Men alt det andet skriver jeg i hånden. Det er okay, for mig er det egentlig ikke det, der tager tiden at skrive dem i hånden. Det tager næsten lige så lang tid lige at logge ind på det der MIRS, når det er sådan nogle korte notater. Men når så det er blodprøver og EKG, så skal jeg ind og afklikke, at de er håndteret, samtidig med at jeg skal ind i et andet billede og lave et notat om, at jeg har set dem, og hvad de viser og sådan noget. ...[...].. og derfor ender jeg med at bruge en halv time på en telefonsamtale, der skulle tage fem minutter. (H-læge)

H-lægen beskriver et omstændeligt dokumentationsforløb, som tager op imod seks gange så lang tid som selve patientkontakten og ikke understøtter hendes egen behandlingsopgave og samarbejde, fx med sekretæren. Det betyder, at H-lægen "af sikkerhedsgrunde", med henblik på sit 'work flow' og patientens forløb, må skrive sedler i hånden til sig selv og sekretæren. Dette dræner ressourcer, er demotiverende og skaber en kløft mellem klinisk praksis og de administrative systemer, der skal understøtte og sikre hensigtsmæssige forløb af selvsamme. I stedet efterlyser brugerne fremadrettet registrering, der proaktivt kan hjælpe dem og styrke deres patientbehandling, fx med henblik på at skabe motivation hos patienten:

Det hele går bare ud på registrering. Der er intet i det her, der så hedder: 'Patient motivation dag 1, 2, 3, 4'. Der er intet af det, der har med motivation at gøre, til at få patienten til at tage medicin. Der er ingen, der monitorerer på, om man har talt ordentligt med patienten, hvordan har man inddraget dem. Det er simpelthen en mølle at få dikteret præcis det rigtige i journalen, der kommer i fokus. (H-læge)

Ovenstående problematik med flere systemer, der ikke taler sammen, er omstændelige, langsomme, og paradoksalt nok ikke understøtter deres eget behov for dokumentation, er i bedste fald fortid, når it-sundhedsplatformen implementeres. Samtidig åbner en positiv forventning til, hvad platformen kan gøre for at understøtte lægernes patientrettede arbejde, sig også, samt hvad denne vil kræve af nye kompetencer hos brugerne. Som en H-læge udtrykker det: "Jeg har ikke lært at skrive tífingersystem". Underforstået, at lægerne ikke forventer, at det direkte bidrager til deres egen effektivitet.

3.3.2 Digitalisering af et "talespeciale"

Det er vanskeligt for alle lægerne at forholde sig til it-sundhedsplatformen. Det skyldes både sparsomme informationer, at de endnu ikke har kunnet se og afprøve systemet, og fordi der øjensynligt kun inddrages én lægebruger fra hvert center i tilpasning af platformen til specialet. Et særligt forhold for specialet er dog, at psykiatri er et talefag. Udredning og behandling af patienten er betinget og indlejret i en sproglig, verbal fortolkningsverden, inklusive patientens egen. Dette adskiller psykopatologi og behandling fra mange somatiske specialer, fx ortopædkirurgi, og også de it-designs og brugerflader somatikken har givet anledning til i

⁷ "Forvis'en" er slang for forvisitationen, det vil sige den indledende vurderende samtale mellem behandler og patienten med henblik på at afgøre, hvilke problemer og diagnoser der er på spil, om patienten er egnet til forløb i behandlerteamet, som patienten er henvist til, samt hvilken indsats der skal planlægges.

forhold til standardiseret dokumentation, som kan klikkes på eller vinges af. Det er derfor spændende, hvorledes speciallægenes overvejende verbale, auditive kommunikation skal udfolde sig ved implementering af it-sundhedsplatformen og en anden standardisering af dokumentation. Platformene indeholder som noget nyt i elektroniske journalsystemer et patientmodul, hvor patienten selv skal have mulighed for at skrive eller afgive data. En yngre speciallæge nævnte, at det kunne give mening på hendes centre, hvor de forsøger at dokumentere ud blandt og med patienterne. En ældre speciallæge refererer til, at dette ideal havde været praksis engang i 70'erne. Patientens adgang til sine data i journalen betyder også, at systemet har en funktionalitet, hvor lægen kan sløre eller lave 'sikkerhedsglas' for eventuelle data.

Bekymring for digital eksklusion af speciallæger

Hovedparten af lægerne, der deltog, var vant til at skrive selv og ikke kun diktere, "*men det tager tid*" (*Speciallæge*). Klinikcheferne udtrykte bekymring for, at it-sundhedsplatformen, grundet dens manglende dikteringsmuligheder, fx i form af talegenkendelse eller sekretærbistand, kunne tilskynde speciallæger til at gå tidligere på pension i forhold til ellers at blive i arbejde. Der er derfor brug for en særlig fastholdelsespolitik i forhold til ældre speciallæger i forbindelse med implementering af it-sundhedsplatformen. En sådan kunne udmærket afstemmes med den tiårige periode en fuld implementering alligevel vil tage⁸. Oplæring, ind- og udfasning af personaler kunne således tage hensyn til at fastholde fleste mulig speciallæger.

Digitalisering af speciallægers dokumentation

Grundlæggende er det dog ukendt, hvilken form for skrift- og dokumentationsændring af specialet der er tale om. Overvejelser til "tifiersystem" kan være en forældet forestilling om, hvad det vil sige at dokumentere i Epic-platformen. Studeres skærbilleder fra en somatisk version af platformen til demonstration på RHP's intranet (<https://intranet.regioh.dk/regi/It/sundhedsplatformen/indhold/Sider/Film.aspx>) fremgår det, at systemet lægger op til en standardiseret dokumentation, der forgår via dropdown-menuer, med felter til afkrydsning⁹. Der er således tilsyneladende ikke tale om dokumentation i fritekstfelter, hvor en lægesekretær kan transskribere fra lægens lydfile til egentlige skrevne sætninger, men om afkrydsninger, der alt andet lige ikke kræver tiferfærdigheder. Udfordringerne må derfor forventes at ligge et andet sted.

3.3.2.1 En blog-dialog blandt Epic-brugere i psykiatri

Googler man 'Epic psychiatry', kommer det amerikanske leverandørfirma Epic's hjemmeside frem. Her kan man i menuen på www.epic.com klikke på 'software'/'specialities', hvoraf det fremgår, at software er under udvikling til 'Behavioral health', andet fremgår ikke (bilag 6).

Et andet resultat af samme søgning er <http://psychiatrist-blog.blogspot.dk/2013/06/my-epic-meltdown.html>. Bloggen på samlet ni indlæg er skrevet af fem brugere (bilag 7). 'Tråden', altså brugernes skrevne dialog tager afsæt i, at 'Dinah' bekender, at hun efter to dages oplæring i Epic har "mailet sin opsigelse". Hun har været psykiater i mange år og blot manglet anledningen til at sige op: nemlig udsigten til at skrive sine patientnotater i Epic. Oplevelsen i kurset af "endeløse skærbilleder" og erkendelse af, at hun skulle starte hver patientkontakt med at bekræfte allergier og udfylde templates, får hende til at udbryde og spørge: "*This*

⁸ Oplysning om den forventede tiårige periode for fuld implementering stammer fra en læge, der i samarbejde med it-leverandøren er implementeringsansvarlig for sit center.

⁹ I 13 film til 'Fremtidens patientforløb med Sundhedsplatformen' vises der, hvordan en række fagpersoner i den somatiske, kliniske praksis forventes at komme til at opleve arbejdet, dokumentationen og arbejdsgangene med it-sundhedsplatformen.

is psychiatry? What happened to listening to the patient? Is there a screen for that?" Og konkluderer: *"This is not the psychiatrist I want to be"*.

Ordination, afregning og sikkerhed

De andre indlæg på bloggen beskriver erfaringer med Epic i psykiatri. Positive udmeldinger er, at blandt de medicinmodeller, der findes i forskellige leverandørers patientjournaler, er Epic blandt de bedre. Men som klinisk dokumentations- og udredningsværktøj er kritikken hård. Den beskrives som en 'klik-fest', hvor *"99 % of the documentation is clinically worthless and there for billing requirements"*. En psykiater er derfor vendt tilbage til at skrive sin patientnotater i hånden. En anden bruger skriver sine patientnotater i Epic's fritekstfelt, men forstyrres af dobbeltarbejdet ved stadig at skulle afkrydse standardiserede svarfelter med de samme informationer (der også står skrevet i fritekstfeltet). En bruger savner forud for stuegang (med flere patienter på sengeafsnit) en mere effektiv måde at trække patientnoter ud i Epic. Endnu et tema er datasikkerhed. Da behandlernes data generelt bliver gjort mere tilgængelig for hinanden i en digital platformen, oplever en bruger, at tilliden mellem patient og behandler bliver svækket. Dette er et grundlæggende problem for relationen mellem lægen og patienten og behandlingsresultat, da: *"Therapy is built on trust"*. En anden bruger oplever, at der opstår en ny arbejdsopgave blandt behandlerne, således at én skal kontrollere om datafortroligheden bliver brudt.

Algoritmisk oplæring i diagnostisk interview

En H-læge gennemgår i sit blog-indlæg sine mange erfaringer med elektroniske patientjournaler i sin studie- og oplæringstid. En særlig interessant beskrivelse er H-lægens oplevelse af kompetence-oplæring til det diagnostiske interview, som et "algoritmisk interview" med en lang, lang checkliste og længslen efter en mere "organisk" interview- og læringsproces med patienten: *"I felt I was going through an algorithm rather than talking to a real person with real problems"*. Erfaringerne med systemet qua en *"depersonalisering that transcends medical knowledge and experience"* vil H-lægen bruge fremadrettet til at (fra)vælge ansættelsessted ud fra.

Disse brugeroplevelser med Epic, som et overvejende afregningssystem, er taget ud af en anden sundhedskontekst end det danske og må derfor tages med forbehold. Vigtigt er dog brugernes oplevelse af systemets og skærmens rolle og mellemkomst i dokumentationsforløbet, oplæring, patientkontakten, tilliden og selve samtalen med patienten. Epic er også kendt for designmæssigt at tillade store grader af lokal tilpasning, derfor må graden af dets funktionalitet til afregning, dets standardiserende indvirkning på patientkontakt og oplæring af de grundlæggende kliniske kompetencer også forventes at blive afgjort af systemets køber, herunder RHP's forventninger til og tilpasninger af dets indvirkning på praksis.

3.3.3 Registreringsparadokser

Lægerne oplever, som beskrevet i det lange citat i kapitel 3.3, at registreringsarbejdet fylder meget i den kliniske dagligdag på forskellige niveauer og af forskellige grunde. Der er registreringer, der forstyrrer direkte i patientkontakten, fx et screeningsværktøj, hvor man skal spørge en patient, der netop lige har vist sig motiveret for behandling, om de er selvmords-truede, og hvilken behandling de vil have! Eller en indlagt patient, der kunne have brug for besøg fra sin kontaktperson i distriktskykiatrien med henblik på at lette overgangen ved udskrivelsen. Men da besøget ikke kan registreres som en ressourceudløsende (og hermed en organisatorisk legitim) ydelse i BAM (behandlerens ydelsesregistrering via regional bruger-id og kodeord) på hverken sengeafsnittet eller i distriktskykiatrien, så understøttes den tværsektorielle overgang ikke, også selv om besøget både kan forebygge genindlæggelse af patienten og gøre det lettere for den behandlingsansvarlige læge på sengeafsnittet at

”prikke”, altså udvælge, en patient til udskrivelse, når lægen ved, hvis varetagelse de udskriver patienten til. En H-læge opremsede nogle af målene de registrer på:

Og grunden til, at det også kan komme til at tage sig sådan lidt fjollet ud, det er i hvert fald det, at de mål, som vi bliver målt på, det er nedbringelse af tvang, nedbringelse af indlæggelsestid, nedbringelse af genindlæggelse og nedbringelse af medicin. Det er jo modsatrettet, ikke? Fordi, jo hurtigere du udskriver folk, jo hurtigere bliver de genindlagt. (H-læge)

Lægerne oplever sig således omgivet af nogle forskellige modsatrettede logikker, der dels skal gøre det mere sikkert for patienten, jf. screeningsværktøjet, dels skal sikre effektivitet i patientbehandlingen, BAM, men som i praksis kan opleves netop omvendt. De kan gøre det mere utrygt for patienten og destabilisere overgange og relationen til behandleren/-erne.

Forskelligrettede logikker

VIP-dokumenterne med kliniske retningslinjer, vejledninger og instrukser bliver opfattet som en broget masse for ’evidens’ i praksis. Omfanget af dokumenter er så stort (tusinder), at speciallæger siger, at det ikke muligt rent kognitivt at bruge og huske så mange ’regler’. Tillige har retningslinjerne udviklet sig fra at være skrevet i et klinisk sprog til også i et juridisk sprog, hvilke gør dem endnu sværere at applicere på de konkrete patientcases. Lægerne skal så først udlede, hvad der er kliniske relevant, og hvad der ikke er. Speciallægerne anbefaler, at skal vejledningerne være funktionelle og kvalificerende for den individuelle speciallæge, skal man ned på ”max. 10 VIP-dokumenter”¹⁰ og ”drop KISO – det er fuldstændig overflødigt”¹¹.

Brugerdifferentieret VIP-dokumenter

Klinikcheferne differentierer VIP-dokumenternes relevans og berettigelse i forhold til lægernes erfaringsbaggrund, således at H-læger har mere brug for støtte fra VIP-dokumenter end erfarne speciallæger. H-lægerne finder tilgangen vanskelig, både fordi den app-løsning, der skulle gøre støtten mere mobilt tilgængelig, ikke virker effektivt, og fordi det, som skulle tjene blot som kliniske vejledninger og retningslinjer i organisationen, bliver udlagt som instrukser, man er juridisk ansvarlig for at overholde. Det vil sige, at de gives mere autoritativ styrke, end der reelt set er hjemmel til. VIP-dokumenterne får således en normativ funktion frem for en støttefunktion.

Mange dagsordner for patientansvaret

Speciallægerne og H-lægerne finder derfor, at omfanget af VIP-dokumenterne handler om at placere et sikkerhedsmæssigt ansvar. Et ansvar, som klinikkerne allerede har ifølge lægeløftet og deres autorisation, men som i praksis kan blive sværere at forvalte i ”skoven” af mere eller mindre ugenomsigtige regler. Selv medicinering, som må antages at være et specifikt lægefagligt domæne, oplever H-lægerne som infiltreret af mange dagsordner, der gør deres kliniske handlerum og individuel patientansvar vanskelig:

Jeg glemmer aldrig min første vagt, efter jeg kom tilbage fra forskningsorlov, hvor en ældre bagvagtskollega sagde til mig: ”jamen, du skal jo beslutte, hvad for et middel, og hvilken dosis du vil mene, er det rigtige at give i den her akutte situation” - hvor der var en patient, der lå i bælte og råbte og skreg. ”Og så skal du finde ud af, om det politisk kan lade sig gøre at give det”. Altså om der er givet lov fra centralt hold. (H-læge)

¹⁰ Antallet af VIP-dokumenter er et område, som kvalitets- og udviklingsafdeling arbejder med at nedbringe.

¹¹ KISO, klinisk inddateringsskemaer og oversigter til understøttelse af forskellige arbejds gange i plejen.

Opgave- og ansvarsfordelingen, oplæring og ledelsesstrukturen lyder således diffus og er et område, der kan klarlægges og udvikles med henblik på at fastholde speciallæger. Særligt medicineringsansvaret, såsom middel og dosis savner eksplicitering og begrundelse af ansvaret.

Proaktiv psykiatri

Speciallægerne efterlyste således en mere proaktiv psykiatri i fremtiden frem for den overståede "defensive psykiatri". Klinikcheferne har forståelse for den defensive, idet de behandler mange klagesager af forskellig slags. I det hele taget er den administrative byrde steget. Klinikchefer mener, det hænger sammen med, at patienterne er blevet mere oplyste om behandlings- og klagemuligheder.

Usikkert samspil mellem jura, sikkerhed og patientbehandlingen

I klinikchefernes praksis fylder lovarbejdet i klageprocesserne en del:

Det er problemet med love: Det står sjældent penslet ud i ti forskellige muligheder, så skal nogle lave en konsensus om, hvad det er, det betyder. Og i øjeblikket er der en hel del patienter, der kommer til at gå i rigtig lang tid, før de bliver behandlet, og bliver meget syge, fordi klagesystemet (tager tid, red.). Altså helt typisk står der, for jeg læser dem igennem: "Patienten er rigtig meget syg og skal have medicin, men fordi lægen er kommet til at skrive 0-dut i stedet for 0-prut – kan pt. desværre ikke komme i behandling". Anden klinikchef fuldfører sætningen: "... så kan patienten ikke starte en tvangsbehandling, og så går der en uge, hvor du igen skal motivere pt. for 0-komma-dut i stedet for 0-komma-prut, og så kan man indsende en ny sag, og patienten går bare og venter, ikke". (Klinikchef)

Det er et lovarbejde, som H-lægerne også ønsker juridisk hjælp til i klinikken, "en juridisk-klinisk hotline" med det formål at komme de patienter til undsætning, som behandlingsmæssigt er kommet i klemme i den tid, sagsbehandlingen tager:

Patientklagenævnet dræner arbejdsglæden, fordi vi ser nogle patienter på de intensive afsnit, som simpelthen ikke bliver behandlet på baggrund af manglende kommatering, eller at der er skrevet '50 mg' i stedet for '25 mg gange 2', hvilket gør at behandlingen simpelthen bliver udskudt i måneder. Og de her patienter får det dårligere og dårligere, og helt konkret kunne man sige: "Hvis den her patient var kommet i gang med den her tvangsbehandling tidligere, så var patienten formentlig været så god, at de kunne komme hjem og fejre jul og nytår hjemme, i stedet for at være mega-psykotisk på en lukket afdeling". (H-læge)

Der er behov for et bedre samspil mellem de organisatoriske sikkerhedsforanstaltninger, den kliniske praksis og lægens handlerum for at varetage patientansvaret. Klinikcheferne foreslår at:

Den her selvmordsscreening. Den burde forsimples. Dokumentationen af det. (Klinikchef)

Screeningsprocedurer for selvmordstruede patienter er for omstændelige til at virke kvalificerende på den viden, der allerede er i klinisk praksis. I stedet kommer den til at virke som mistillid til, at de læger, man har ansat, kan deres arbejde.

Defensiv nulfejlskultur versus progressiv tillidskultur

Speciallægerne beskriver en defensiv nulfejlskultur implicit i de administrative systemer og styringslogikker, de møder. Denne virker blind for den kliniske virkelighed, både fordi virkeligheden i sig selv, herunder selvmord, ikke er fuldt forudsigelig, planbar og styrbar, og at kontrollen u hensigtsmæssigt medvirker til at demoralisere og de kvalificere lægefaglige kompetencer. Et eksempel på demoralisering er, når personalet ånder lettet op over, at selvmordsscreening af en patient er "vinget af" i systemet for en patient, der har begået selvmord, frem for at interessere sig for patienten, dennes case, herunder ønsket om fremadrettet at lære heraf. Dette tilskynder behandleren til at lægge ansvaret fra sig og over på, at det 'ser rigtigt ud' i systemet, og ikke at ansvaret er noget, man konkret hele tiden varetager som del af sin lægefaglighed.

Speciallægerne ønsker således et bedre samspil mellem klinik og de administrative systemer, så sidstnævnte understøtter patientansvaret og den kliniske dømmekraft i praksis. De ser gerne den megen kontrol erstattet af en tillidskultur, hvor man støtter og bakker op om medarbejderne med henblik på at øge motivationen og udvikle den faglige dømmekraft.

3.3.4 "Det absolut gode"

Lægerne giver på tværs af grupperne en række eksempler på uhensigtsmæssigheder, særligt i forhold til en kvantitativ dagsorden, der dels udgik fra forskellige former for produktivitetmålinger og forbedringsinitiativer herfor, refereret til som henholdsvis BAM og LEAN (en systematisk metode til at eliminere spil i et produktionssystem).

LEAN

LEAN bliver opfattet som ret tidskrævende, med en underlæggende kvantitativ dagsorden, som er svær at oversætte til faglige goder:

Altså, der er mange af de ting, vi laver i psykiatrien, som LEAN ikke er særlig godt til. Fx hvis man har et mål om at nedbringe anvendelsen af benzodiazepin med 20 procent, så kan det godt være, man kan følge sådan en proces på en LEAN-tavle, men om den har en eller anden sundhedsmæssig relevans, forsvinder ud af det, LEAN, det står der ikke noget om. Der står bare, at før var det dét og nu er det dét. Og så tænker man, er det så godt eller skidt? Giver vi for lidt nu? Patienterne ligger i sengene og stirrer angste op i loftet, men på LEAN-tavlen står der, at vi har nedbragt anvendelsen. Nedbringelsen, udgifter, det er et absolut gode, men det er mange af de ting, vi laver i psykiatrien, der er det ikke så enkelt, hvad det absolut gode er! Og når man så applicerer LEAN på de projekter, så får du det der absurde teater, hvor fagpersoner føler sig koblet af. (H-læge)

Men på den anden side, så tænkte jeg også, det jeg i hvert fald har haft med LEAN-tavler at gøre, dét der lander på dem, oftest, fordi der er et krav om, at det skal være noget, der kan måles og vejes, det er typisk de standarder, der er blevet stukket ud fra højere sted af. (H-læge)

En speciallæge gav eksempler på, hvorledes hun også oplevede "sin LEAN-konsulent" som en god støtte og hjælp til at analysere og organisere praktiske ændringer i den daglige drift. Men H-lægen udtrykker en reel oplevelse af en fremmedgørelse over for de styringssystemer, de møder i praksis. Speciallægerne ironiserede over, at hvis man fulgte nogle af de rationaler og forestillinger om det "absolut gode" til dørs, så er døde patienter de billigste, patienter man hurtigt udskriver og genindlægger giver de højeste produktivitetstal i sengeafsnit og andre eksempler.

BAM – ydelsesregistrering via regional bruger-id og kodeord

”At BAM’e” foregår særligt i ambulatorier og er knyttet til, at lægerne skal logge sig på regionens it-portal for at registrere deres daglige ydelser, fx fire patientkontakter og en telefonkontakt, som de skal producere, og som de bliver målt på:

At 'BAM'e, det er at registrere min ydelse, så de kan måle på, om jeg lever op til de krav, der er om, at jeg skal se fire patienter plus have en telefonsamtale om dagen, og de ting, der tæller som ydelser, er kun fremmøde. Så på sådan en dag, hvor hele dagen er blokeret af, at jeg skal sidde og lave indledende vurderinger på patienter, som udebliver, så har jeg ingen ydelser på den dag. Og jeg tæller i øvrigt også som et fuldt årsværk, selvom jeg har vagt en gang om ugen, og jeg har afspadsering en gang om ugen, så jeg har kun tre dage på arbejde. Det vil sige, så skal jeg i princippet lave 20 ydelser på tre dage, plus at jeg skal regne med ca. 20 procents udeblivelse, så det er 25 ydelser, som skal bookes på tre dage. Samtidig med behandlingskonferencer og 'fanden og hans pumpestok'. Altså, det hænger ikke sammen! (H-læge)

Igen er det en historie, eller rettere en opstilling af elementer, som er fremmedgørende på H-lægen, demotiverende og efterlader et indtryk af, at der ingen reel kobling er mellem patienter og arbejdstid i systemets verden og ambulatoriets hverdag. H-lægen efterlades i et uheldigt krydspres og organisatorisk signalværdi i forhold til, at personalepleje bliver forringet.

En engageret, men pensionsmoden speciallæge, vil egentlig gerne fortsætte med at arbejde på nedsat tid, men tror ikke, han orker det af administrative grunde.

Hvem tjener patienterne: ydelsessystemet eller lægerne?

Både speciallæger, klinikchefer og H-læger beskriver nogle negative konsekvenser af den meget fokus på tal. En speciallæge i BUC beskriver, at den kvantitative dagsorden over tid har givet en dårlig faglighed, fordi den overstimulerer og forstyrrer deres opmærksomhed i patientmødet. Personalet tænker i at opnå deres ydelsestal og kvoter, mens fx andre vigtige faglige fokuspunkter ryger ud i periferien af deres opmærksomhed. Det gælder i forhold til at vurdere patientens egentlige problem og behov for hjælp frem for en hurtig diagnose og behandlingsplan. Og i forhold til fortsat at fordybe sig i faglige artikler (der ikke tæller i BAM). Begge er grundlæggende aktiviteter for en speciallæge.

Den kvantitative dagsorden påvirker og transformerer hermed lægens og personalets opmærksomhed, så de i stigende grad er fokuseret på tal frem for faglighed. Eller som en speciallæge udtrykte det: *”Alle kan arbejde 38 timer om ugen, men er det det man ønsker?”*. Underforstået at speciallæger traditionelt er motiveret af andre forhold, end dem der ligger i den industrielle produktions- og lønarbejderkultur, som systemet lægger op til.

Ønsker om en motiverende feedback og målekultur

Speciallæger efterlyste ligeledes, at faglighed, og ikke tal, bestemte indhold på deres konferencer, ligesom H-læger efterlyste anden faglig feedback fra deres ledelser end talopgørelser. Speciallæge i BUC oplevede dog, at der fra centralt hold var blevet talt mindre om tal i de sidste seks måneder, og at dette kunne mærkes på møder. Klinikchefer syntes ikke, produktionstal fyldte meget i den daglig klinik, men oplevede også selv, at mange målinger var demotiverende i praksis. Demotivationen fra klinikchefernes perspektiv handler om, at deres aktiviteter bliver opgjort ud fra 100 %-målinger i betydningen af, at: *”har der forpuppet sig et patientbrev i en bunke, så det ikke er blevet sendt med ud, så har vi røde tal resten af året”*. (Klinikchef)

I praksis vil det sige, at hospitalsafsnittet hele tiden bliver målt på at skulle præstere 100 %, hvilket er urealistisk og har den negative konsekvens, at klinikken altid har en pisk af negative 'røde tal' og et uopnåeligt mål hængende over sig, i systemerne og mentalt. Det er en forestilling i systemerne om absolut målopfyldelse, der spiller vanskeligt sammen med virkelighedens uforudsigelighed. Ligeså finder speciallægerne heller ikke nødvendigvis de valgte målparametre klinisk og tidsressourcemæssigt relevante at måle på.

Ønsker til benchmarking af behandlingseffekter og genindlæggelser

Speciallæger i det ambulante vil i stedet hellere måles på behandlingseffekten for patienten, fx om de har fået hjælp til deres problem. Ligeså efterlyste H-lægerne hellere måleaktiviteter, der støtter op om patientinddragelser. En speciallæge arbejdede direkte med at flytte registrerings- og dokumentationsaktiviteter fra kontorerne ud blandt patienterne, herunder med øget mulighed for, at patienterne bliver inddraget. Speciallæger og H-læger på sengeafsnitene vil gerne måles på genindlæggelse som parameter for effekt af behandlingen. Klinikcheferne forklarede, at der er mange behandlinger, det vil være svært at mål effekten af. Underforstået, at det eksisterende styringssystem for produktivitet og ydelser ikke bare lader sig erstatte af et system, der i stedet måler effektivitet på udbyttet for patienten. Men alt andet lige efterlyste lægerne en økonomisk og ledelsesmæssig styringslogik, der er mere motiverende og støttende for kvalitet, hensigtsmæssigt patientforløb og behandling og i praksis.

Det kreative rum for kvalitet i patientkontakten

En speciallæge understregede vigtigheden af det "*kreative rum*", altså pladsen til at tænke nye tanker og løsninger som helt afgørende for den kliniske kvalitet i selve mødet med patienten:

Hvis man bygger systemer op i sådan et nul-sumsystem, så tænker man, at man har alt viden i system. Men hermed forestiller man sig ikke, at man har nye problemer, som kræver nye løsninger. Men vidne om sygdom er ikke nok i sig selv. Der er også patienten. Patienter er forskellige, som du og jeg. Så du kan godt se, at der går noget tabt, og nu er vi inde i det der igen: Hvad sker der i det kreative rum? Der sker alt det, du ikke, altså der sker det tredje, altså der sker de dér ekstra dimensioner, hvor der er plads til det kreative. (Speciallæge)

Kvalitet er i dette citat forbundet til kreativitet, "det tredje", der gerne skulle opstå i mødet mellem patient og lægen, som gør, at den for patienten (og måske også for speciallægen) unikke situation bliver set, forstået og kommunikeret rigtigt videre af lægen. Dette vigtige kreative rum af opmærksomhed mellem patienten og speciallægen sikrer, at lægens generelle viden kommer rigtig i spil i forhold til patientens situation og behov, samtidig med at det åbner for nye løsninger og vidensmæssig udvikling. Ifølge speciallægen er dette kreative rum helt afgørende for speciallægens motivation og kompetenceudvikling.

Behandlingsstrukturer og kreative rum

Samme speciallæge oplever både, at behandlingspakkerne i BUC giver nok "kreativt rum" i 80-90 % af tilfældene til at lave fornuftige løsninger, og at de kliniske guidelines er en værdifuld vidensressource for speciallægen i børne- og ungepsykiatri (så længe det juridiske overlades til andre faggrupper; socialrådgivere og jurister). Afgørende er, at man ikke detailstyrer og i stedet muliggør et mentalt, "kreativt rum", der altså gør det muligt for lægen at koble og tilpasse sin viden til patientens situation og behov.

3.3.5 Opsamling: Uklare formål for fremtidig digitalisering af praksis

Samlet set er der en spænding i lægernes forventning til organisering af deres arbejde i fremtiden. Alt andet lige tegner der sig et krydsfelt eller brændpunkt i udviklingen mellem to komplementære logikker: *kontrol og kreativitet*; af at blive holdt fast på specifikke ydelser og tal, frem for at skabe (nye) løsninger, der passer til situationen og patientens problem. Reflekteres dette brændpunkt op imod it-sundhedsplatformen, så er udformning af denne til psykiatrien ukendt, således at forventninger er svære at udlede og begrunde: Vil lægerne opleve mere kontrol, mere registrering og mindre tid til den direkte patientkontakt? Eller vil eksisterende, besværlige dokumentationspraksisser og arbejdsgange, (demonstreret i kap. 3.3.1) blive effektive, således at lægen faktisk kan vinde mere tid til den direkte kontakt med patienten?

Tankeeksperiment

Inddrages brugererfaringerne fra dialogen om Epic i psykiatri på internettet, er der tale om et system, der vil kræve data hele tiden og brede registreringsarbejdet ind direkte i selve patient-behandler-relationen og det diagnostiske interview (kap. 3.3.2.1). Skærbilleder med templates og bokse, der skal afkrydses, vil være det filter, fx H-lægen skal lære at tænke den enkelte patients problem igennem. Hvorvidt lægerne oplever dette som støttende for oplæring i et "tale-speciale" og kvalitetssikrende fx gennem direkte kobling og integration af VIP-tjeklister direkte ind i brugerfladen, står åbent hen. Lægerne understreger vigtigheden af det kreative rum og fremadrettet motivations- og tillidsskabende relation til konkrete patienter, hvorvidt it-sundhedsplatformen evner og designes hertil kan have afgørende effekt på RHP's fastholdelse af ikke kun af ældre, ikke it-vante, speciallæger, men også speciallæger generelt, såvel som rekruttering af H-læger. Det handler om, hvor attraktivt et klinisk miljø it-sundhedsplatformen er med til at skabe som del af infrastrukturen for lægernes arbejde, herunder patientkontakten og samarbejde med personalet i øvrigt.

3.4 Tema 3: ledelse og indflydelse

Det kan også komme til at lyde sådan, at vi bare vil have lov til at gøre, lige som det passer os, og vi vil have lov til at have patienter liggende så længe, som vi synes osv. Altså, man må vedkende sig, at der er en økonomisk ramme, og der skal køres nogle patienter gennem systemet. Det tror jeg, alle har en forståelse for. Men nogle gange så fantaserer man om en verden, hvor der fra politisk side kunne blive fremlagt, at de forventer, at man behandler så og så mange patienter, punktum. Altså sådan som: "Jeres genindlæggelsesprocent er nu sådan, vi forventer, at den bliver nedbragt", et eller andet, enkelt, overordnet mål. Og så strøg alt det andet. (H-læge)

Fremtidens psykiatri handler også om at rekruttere nye dygtige medarbejdere i stedet for, at de går på pension, eller til en anden region eller i privat regi. Det syntes jeg, der har været en del, der gør i disse tider. Det er jo en ejendommelig udvikling, når man tænker på, at vi sidder her, fordi der er speciallægemangel. Det handler jo om, at vi får rammer til at gøre specialet lækkert for nye, yngre kollegaer. Overordnet set, at vi får skabt nogle rammer: Det er både noget med økonomi, at man kan servere nogle spændende arbejdspladser til de læger, der er der i forvejen. Og, forsætter anden speciallæge: at vi har behandlingsansvaret med afdelingslæge og overlæge, og det kræver jo indflydelse på et ambulatories eller et sengeafsnits drift, og der hører derfor også noget om ledelse". (Speciallæger)

H-lægen er fremtidens speciallæge i RHP, hvis han eller hun altså ikke har valgt en anden arbejdsplads. Speciallæger og H-læger giver udtryk for en høj grad af entydighed i, at samspillet med det administrative system, herunder mindre standardisering og topstyring, er afgørende for, hvor attraktiv regionen er for speciallægerne i fremtiden. De vurderer, at specialet er blevet mere populært blandt de medicinstuderende, men også at det er vigtigt at forbedre psykiaterens image.

3.4.1 Specialets image

Specialets image har per tradition lidt under at ligge lavere i det lægefaglige hierarki og dennes evidenskultur end fx hjertelæger¹², men specialet har også nogle særlige betingelser og muligheder for udvikling.

Betingelser handler om, at opgaven 'Patientbehandling' er gennemgribende tværfaglig i psykiatrien, at den forudsætter, at patienten er motiveret og som i mangel herpå og konsekvenser her af, psykiatrilovgivningen, at speciallægen har lov at frihedsberøve og tvangsbehandle patienten.

Mulighederne kan siges at ligge i speciallægenes adfærd, der ifølge speciallæge ikke ligner andre lægefaglige specialers adfærd, fx anæstesiologer der siger: *"HOLD kæft, det skal I overhovedet ikke blande jer i!"* til krav, der kommer oppefra. I stedet opfatter de sig dels som "de pæne mænd og kvinder i klassen", men også som nogle, der netop er i stand til at indgå i dialog, vise forståelse, perspektivere ting og udarbejde løsninger på komplekse problemstillinger.

De er, som speciale generelt set, rummelige over for meget forskelligrettede, dømmende blikke og udsagn:

- Fra andre faggrupper og pårørende, der gerne vil reducere dem til biomedicinere og "the bad cop" i modsætning til psykologer, der er "the good cop", som tilbyder samtaleterapi.
- Fra pressen, der hænger specialet ud i offentligheden, til psykiateren som den interessante bordpartner til middagsselskaber.
- Fra den psykotiske patient, der indledningsvis hader én, men siden takker selvsamme læge.

Således notorisk placeret i et problemfelt, hvor der er mange følelser og mange fordomme, er psykiaterrollen meget udfordrende. Det betyder også, at specialet har brug for opbakning til dels beskyttelse, men særlig ledelsesmæssigt anerkendelse af, at det er godt, de er der, at de gør et vigtigt arbejde for RHP og for patienterne – og at de gerne, hvis mulighederne gives til det, vil gøre det bedre.

3.4.2 Fremtidens ledelsesrum

Speciallægerne finder selv, at vejen hertil er mere indflydelse, herunder at de selv tager mere ledelsesansvar og gives mulighed for mere uddannelse i specialiseret ledelse. Det ledelsesrum, som de efterspørger, er mere plads og administrativ tillid i den daglige klinik til at løse veldefinerede opgaver¹³:

¹² Andre begrundelser er historisk set opfattelsen af, at der mangler virksomme behandlingsmetoder, at patienterne er svære at arbejde med, at det har været for nemt for læger at få stilling, herunder manglende selvjustits over for læger, der ikke efterlever deres behandlingsansvar (Holm-Petersen et al. 2006).

¹³ Denne problematik genkendes som en klassisk fagprofessionel reaktion, når professioner oplever styringstiltag, som de opfatter som indgriben i deres professionelle autonomi (Holm-Petersen et al. 2015)

Giv lægerne nogle veldefinerede opgaver med de ressourcer, der er til rådighed, så skal de nok løse opgaven. Det er det, læger er gode til. Der er rigtig mange ting, jeg synes, der er rigtig godt. Så jeg klynker slet ikke. Der mangler bare noget, hvor jeg gerne vil have opgaven. Problemet er, at hvis ikke du giver lægerne opgaven, så mister de interessen. Du skal ikke tage ledelsen fra læger og så sætte den på en Djøf'er, fordi alt den her kreativitet her, vi nu har stået og lavet, den går tabt, hvis jeg bare får at vide: "at du skal dut, dut, dut". (Speciallæge)

Klinikchefer finder dog, at speciallægerne har indflydelse:

Hver eneste dag, når de (speciallægerne, red.) går på arbejde, leder de personalet. Det gør de hele tiden. De leder både deres yngre kollegaer og medarbejdere i den enhed, hvor de arbejder". (Klinikchef)

Og, uddyber en anden klinikchef:

De (speciallægerne, red.) taler med mange patienter og pårørende og i det tværsektorielle arbejde. Man må bare ikke kalde det ledelse, men klinisk arbejde og kontakter". (Klinikchef)

Speciallægerne refererer selv til indflydelse som noget, der vedrører kontakten til nærmeste leder med henblik på at blive hørt og være sikker på, at denne bakker sit personale op og kommunikerer det videre til ledelseslaget ovenover. Men også at der er mange ledelseslag, "mindst 7", mellem patientkontakten og toppen, og at ledelseslag bliver sprunget over, når der træffes beslutninger øverst oppe uden at afstemme og kommunikere dem ned trinvis. Dette undergraver troværdigheden og tilliden til, at man har en fælles opgave i RHP. Speciallægerne er dog klar over, at organisationen også er udsat for meget politisk pres. Et pres, som lægerne oplever som uhensigtsmæssige krav, som ledelsen viderefører til personalet.

Lederidealet og visioner for speciallægen

At kommunikationen flyder begge veje, op og ned, og at klinikken bliver hørt, at deres nærmeste leder kan lytte, gå i dialog, kommunikere det videre og evt. sige fra og beskytte sine personaler, er ifølge de interviewede læger vigtigt for at skabe et velfungerende ledelsesrum og samarbejde i den kliniske hverdag.

De administrative ledelseslag i organisationen fylder en del i den kliniske hverdag og kunne organiseres anderledes med henblik på at skabe mere kvalitet:

- i det direkte møde med patienten
- i det diagnostiske udredningsarbejde
- i organisering af patientforløbene, både mellem sengeafsnit, det ambulante og distriktspsykiatrien, og mellem sektorerne.

Både speciallæger, H-læger og klinikchefer påpeger således, at der er patientløsninger, der kan gøres bedre fremover. Det er en lægefaglig opgave at tage teten, men der skal være ledelsesmæssig opbakning og organisatorisk legitimitet. Det drejer sig ifølge lægerne om:

- ikke at have ydelsestal til at spænde ben for bedre overgange, fx udskrivelser af patienter til distriktspsykiatrien
- politisk at skabe nogle stabile sociale væresteder og aktiviteter at udskrive patienter til
- tydeligere afgrænsninger af, hvad der er psykiatrihospitalsopgaver, og hvad der ikke hører til i psykiatrien

- et lovgrundlag for det kommunale samarbejde, der forhindrer patienter (både børn, unge og voksne) i at blive sendt rundt mellem sektorerne (bl.a. udløst af behandlingsgaranti og gratisbehandling i sekundærsektoren).

Alt andet lige efterlyser de en anden økonomisk styringsform, der ville kunne nedbringe registreringspresset og frigøre ressourcer, både i administration og hos personale, herunder speciallægerne, til at forpligte sig på at løse de konkrete problemer inden for nogle afstukne ressourcerammer, de kan råde over.

3.4.3 En strukturel opgave

Den ulige lægedækning af regionens ni voksencentre er en politisk opgave, der optager RHP's direktion. Der er tale om, at centre, der ligger geografisk spredt, har ubesatte stillinger.

Ifølge både H-læger og speciallæger søger læger stillinger på centre, de forbinder med kvalitet, sparring og god dialog med den nærmeste ledelse.

Jeg har ikke været overlæge ret mange år på ét sted. Når jeg tænker tilbage på, hvorfor jeg egentlig flyttede, så har jeg hele tiden flyttet efter, hvor der var en høj kvalitet, hvor der var chance for, at jeg selv kunne lære noget mere. Speciallægeuddannelsen er ikke afsluttet, fordi man har gået igennem den, der er stadig noget, man kan lære, nogle nye områder. Så jeg har hele tiden flyttet mig efter, hvor den gode kvalitet var, og hvor der var chance for, at jeg kunne lære noget mere. Så jeg flyttede mig gladelig, hvis der var noget, der var mere attraktivt. Og så er der også, at jeg har haft mulighed for deltid og kunne være et sted, hvor der ikke var så mange vagter. (Speciallæge)

H-lægerne beskriver, at "faglige fyrtårne" er med til at tiltrække dem, men at det ikke er givet, at et center har sådanne faglige "koryfæer". Karrieremæssigt er klinikchefstillingen blevet mindre attraktiv.

Rekruttering gennem stærke klinikchefer

At klinikchefstillingen er blevet mindre attraktiv, forklares overvejende med tab af magt og indflydelse på mellemliderniveauet til administrative dagsordner på bekostning af den kvalitet, som lægerne personligt synes, de kan stå inde for¹⁴. En speciallæge fortæller:

Jeg har med vilje sagt, "nej" til alle muligheder for lederstillinger, fordi jeg ikke synes, det er attraktivt at stå i spidsen for noget og skulle validere en behandling, som nogle gange ikke er i orden, og så skulle stå på mål for det og skulle administrere sådan et system, som jeg faktisk ikke kan stå inde for. Det har jeg decideret sagt nej til. (Speciallæge)

En klinikchef fortæller, at rekrutteringsproblematikken ikke løses ved at tvinge speciallæger rundt på forskellige centre. En sådan "konsulent" eller "vikar, der ikke føler ansvar for noget", hænger, ifølge både klinikchef og speciallæge, men også H-læge – ikke sammen med speciallægens daglige ansvar for klinikken, herunder sine patienter, personalet og H-læger. Svaret kræver en synlighed for alle parter.

En klinikchef foreslår at undersøge, hvorfor speciallæger søger ansættelser, hvor de gør. Det er ikke noget, man har viden om. En speciallæge foreslår, at man også kan opbygge viden herom ved på linje med ansættelser at notere i personaleakterne, hvorfor en speciallæge

¹⁴ Dette fænomen betegnes også i organisationslitteraturen som udtryk for en "kolonisering" af en faggruppe (Powell, 2007)

fratræder stillingen. Det vil fremadrettet give de enkelte centre input til fastholdelse af læger på strukturelt niveau.

Alt andet lige er klinikchefposten, dennes faglige styrke og dialogiske kompetencer også opad i systemet, en magnet for at rekruttere flere læger. Dette kan også ses i lyset af, at selvfølgelig H-læger, men også lægerne traditionelt som akademiske gruppe (og også overenskomst-mæssigt), er rettet mod at uddanne sig: At søge de steder hen, hvor der er faglig udvikling.

3.4.4 Delegering af patientansvaret: den hybride lægeleder

Et fælles tyngdepunkt i speciallægenes diskussion af muligheder og ønsker for at delegere opgaver til andre personaler er patientansvaret.

Speciallægen har i forhold til sundhedsloven og lægeløftet det overordnede ansvar for 'sin patient'. I praksis kan speciallægen delegere mange af opgaverne i tilknytning til patientudredning og -behandling til andre faggrupper. Disse arbejder så under lægens ansvar.

Personalet, der delegeres til, er lovmæssigt forpligtet til at sige fra og ikke påtage sig opgaver, de ikke har kompetencerne til. Ligesom afdelingsledelsen er forpligtet til at videreudvikle personalet, så de har kompetencerne til de nye opgaver, de skal løse.

Hvor langt kan lægen delegere sit ansvar og forblive ansvarlig: "Hvor meget chokolade ... ?"

Et centralt punkt i diskussionen af, hvor meget af den lægefaglige ekspertise man kan delegere til 1) en anden faggruppe, 2) til tværfaglige teams, 3) mellem afsnit og 4) mellem centre i regionen – og stadig påtage sig patientansvaret, blev billedligt sammenfattet i spørgsmålet: "Hvor meget chokolade skal der være i kagen for, at det stadig kan siges at være en chokoladecake?" (Speciallæge). Altså hvor langt kan man organisatorisk gå i afstanden mellem læge, personalet og patienten og stadig hævde, at det har speciallægefaglig kvalitet, herunder at den lægefaglige kvalitet ikke kun er bundet op på formelle færdigheder men også et individuelt ansvar: over for patient, personalet og sig selv (lægen er juridisk og moralsk ansvarlig for resultatet). Følgende fire 'figurer' præsenterer speciallægen i forskellige mulige organisering og lederroller.

"Konsulenten" – fleksible speciallægekræfter mellem centre

Konsulenten, der er lægefaglig ansvarlig på to centre blev kort skitseret i det foregående afsnit, 3.4.3. En H-læge beskriver erfaringer fra Norge, hvor det lægefaglige behandlingsansvar på ambulante enheder er blevet overtaget af en anden faggruppe, nemlig specialpsykologer, hvilket har gjort lægen til konsulent. En H-læge forestiller sig scenariet:

Og så kan vi læger få lov til at sidde der og netop: Du har en halv time til ligesom at vurdere, om den her patient er psykotisk, eller til lige at give dem noget anti-psykotika. Og det synes jeg er problematisk. (H-læge)

Konsulentrollen har ifølge de interviewede læger den bagside, at det er svært at opretholde kontinuitet i relationer og behandlingen, herunder opbygge et personligt ansvar på afstand. En yngre speciallæge reflekterer, "at det kliniske blik ikke kan uddelegeres" i den målestok i betydningen af, at den lægefaglige dømmekraft forudsætter nærvær og indsigt i, hvad der foregår. En garvet speciallæge uddyber:

Hvis man skal uddelegere, så skal man være tæt nok på til at se til deres (personalets, red.) arbejde, og hvis de ikke kan finde ud af det, så griber man ind. Det

kan man ikke, hvis man kommer for langt væk i sin delegering. Man skal ind og have fornemmelse for dem hele tiden. Det er det, at man har ansvaret i forhold til plejepersonalet, at hvis de ikke kan finde ud af det, så er man der som et søm. Og det kan man ikke gøre på landevejen. (Speciallæge)

Konsulentrollen betyder, at speciallægen både vil skulle delegere væsentlige opgaver og ansvar over til personalerne på de to centre samtidig med, at de i den daglige klinik også kan mangle sparring og støtte til at varetage opgaver og ansvaret. Det er svært at se, hvorfor det skulle være attraktivt for speciallægen, i så fald er det som bibeskæftigelse, men det ændrer ikke på det betænkelige i varetagelsen af det etiske ansvar.

"Blæksprutten" – sammenlægning af hospitalsafsnit under speciallægens ansvar

H-lægerne leger med en tanke, der kendes fra somatikken, at speciallægen: *"skal være blæksprutten bagved"* med større enheder, såsom tre sengeafsnit – og ikke i front på stuegang. Stuegangen varetages i stedet af *"to hoveduddannelseslæger og fire reservelæger og fire specialpsykologer"*. Speciallægen skal ikke se alle patienter eller deltage i alle tre afsnits konferencer, men i stedet deltage i *"nogle rigtig gode forstuegange og efterstuegange"*. Her bliver alle patienterne vendt med overlægen, som også kan gå med ind til patienter, hvor der er et behov.

"Blæksprutten" løfter således ikke det primære arbejde i patientbehandlingen men sikrer kvalitet og oplæring via supervision og ved at gå med ind til særlige patientcases. En H-læge kommenterer, at en sådan organisering i store enheder lægger op til en anden arkitektur med en "førerbunker", hvor alt personalet, der skal gå stuegang gennemgår samtlige patienter. De var dog ikke alle enige om, at det vil være sådan en fremtid, de ønsker sig som kommende speciallæger. Men de foretrak det fremfor "konsulentrollen".

"Husmoren" og "gartneren" – ambulatoriets drift og udvikling

Andre metaforer, som speciallægerne brugte om delegationsopgaven særligt i ambulatorier og distriktspsykiatri, er i rollen som en god og effektiv "husmor" eller en nærende "gartner".

Begge tilgange handler om at få psykiatriens opgaver løst med speciallægen som tovholder og planlægger for at matche patientens behandlingsplan med de personalemæssige ressourcer. Forskellen er, at husmoren har et godt overblik over sin "matrikel", kender den og dens opgaver ned i detaljer og har en mere pragmatisk tilgang til at få opgaverne fordelt ud på de fagspecifikke ressourcer, der er til rådighed.

Gartnerens udgangspunkt er mere udviklingsorienteret henimod, at personalerne alle har nogle særlige kompetencer og interesser, de skal have rum for at bruge og udvikle i arbejdet. Det giver dem mulighed for at blomstre i samarbejdet og relationen til patienterne. Underforstået, at kvalitet er en tosidet størrelse, eller rettere en mange-relationel størrelse, der alt andet lige står for udvikling begge veje i relationen mellem patient og behandlere.

På linje med "husmoren" og "gartneren" opfordrede H-lægerne også til ledelse og udvikling ved at inddrage og sætte folks kompetencer i spil. På direktionsniveau mente de, at det vil skabe udviklingssynergi mellem fx implementering af administrative tiltag som VOV (Ventet og Velkommen) med sundhedsfaglige mål om øget patientinddragelse.

Man kan opsamlende sige, at lægerne er ikke klar til at overdrage patientansvaret for langt væk fra speciallægen, med andre ord: Der skal være "noget chokolade i kagen" og konsulentrollen er ikke tilfredsstillende. På den anden side har lægerne heller ikke det fulde overblik over patientforløbene, hvilket også gør det svært at sige: Her er en kage, der kan undvære

chokolade, og som vi helt kan overlade til en anden faggruppe, en anden organisation, eller endog en anden sektor.

3.4.5 Kvalitetsudvikling – en nødvendig præmis for den fremtidige speciallæge

Speciallægenes udlægning af kvalitet som en mange-relationel størrelse med patienten som omdrejningspunkt udfolder sig inden for forståelsen af 'et helt patientforløb', der skelner mellem de patienter, der ikke er syge, dem der har brug for tværfaglige og tværsektorielle indsatser for at blive raske, og de patienter, som er bange for at forlade behandlingsrammerne. Dialog mellem tre speciallæger:

En væsentlig opgave er også at sortere patienter fra, som ikke skal have et diagnosestempel, men skal have støtte til at være raske. Det er mindre indgribende. Pointen er, at kvalitet er forskellige ting afhængig af, hvem der definerer den: Sagsbehandleren vil definere en form for kvalitet, patienten end anden, og terapeuten en tredje, måske. Hvis man sammenstiller kvalitetskravene og patienten og terapeuten har vidt forskellige, så kommer der aldrig noget godt ud af det, eller hvis sagsbehandlere har – så er det problematisk. Så er der også patienter, som er indlagt til behandling, som ikke vil have det godt, fordi de så bliver skubbet ud i noget andet, som de ikke kan se konsekvenserne af. De er bange, så det er ikke helt enkelt at definere, hvad er kvalitet. (Speciallæge 1)

Det må være tværsektorielt (Speciallæge 2)

Den eneste sikre måde at tage det alvorligt, det er at vide, hvad patienten synes: Hvad er kvalitet for patienten? (Speciallæge 3)

Et væsentligt omdrejningspunkt for kvalitetsudvikling i RHP og sektorsamarbejdet bliver i denne dialog patienten og dennes opfattelse af sit problem som afgørende ledetråde for behandling og tværfagligt samarbejde.

3.5 Tema 4: klarlægning af opgaver

Det fjerde tema med betydning for speciallægenes forventninger til fremtiden omhandler klarlægning af opgaver: *Hvilke opgaver, synes speciallægerne selv, er helt centrale for deres fagidentitet og motivation i arbejdet, og hvilke kan de med fordel forestille sig at delegere til andre (manglen på speciallæger taget in mente)?*

Speciallægerne nævner mange faggrupper, herunder sygeplejersker og psykologer. Specialpsykologernes formodede rolle gives en særlig opmærksomhed, da det er en ny specialgruppe i RHP.

3.5.1 Speciallægefaglige kerneopgaver

Speciallæger fremhæver følgende kerneopgaver som centrale for at fastholde og rekruttere speciallæger i fremtiden:

- Udredningsret
- Indlægge og udskrive/afslutte behandlingen
- Behandlingsansvar

- Psykopatologisk og somatisk udredning
- Medicinering
- Tovholderfunktion/brobygger
- Ledelse: faglig ledelse og herunder personaleansvar
- Personaleledelse
- Ansvar for oplæring af yngre læger
- Brug af særlige kompetencer, fx autoriseret psykoterapi, dynamisk terapi, miljøterapi.

3.5.2 Delegering af opgaver

Speciallægen kan ifølge sundhedsloven delegere til hjælpepersonaler (bilag 8). Speciallægerne, klinikcheferne og H-lægerne nævner i kronologisk rækkefølge følgende faggrupper som personaler, de kunne delegere opgaver til eller på anden vis aflaste dem:

- Farmakologer
- Almen medicinere
- Specialsygeplejersker
- Sygeplejersker
- Social- og sundhedsassistenter
- Psykologer
- Specialpsykologer
- Behandlingssygeplejersker
- Sekretærer
- Jurister
- Socialrådgivere
- Lean-konsulenter
- Rengøringshjælp
- It-supportere.

Disse forskellige faggrupper er alle i en eller anden udstrækning aktive i RHP. De følgende uddybninger af deres mulige opgaver er derfor ingenlunde udtømmende for disse personalegruppers mange kompetencer, men omhandler *kun* de opgaver, som lægerne nævner, der med fordel kan delegeres eller udføres af andre faggrupper end dem selv. Følgende beskrivelser er derfor på ingen måde udtømmende for, hvad disse faggrupper gør eller bidrager med i øvrigt.

Det somatiske "hjelpepersonale"

- De første fem grupper på listen: farmakologer, almen medicinere, specialsygeplejersker og sygeplejersker kan bidrage til at forbedre medicinering og somatisk udredning, behandling og sygdomsforebyggelse. Ligesom Social- og sundhedsassistenter og plejepersonaler generelt gennem videreuddannelse kan hjælpe til at nedbringe medicinering af angste patienter.

Psykologgruppen

Psykologer kan hjælpe i den psykopatologiske udredning med forskellige test, intelligenstag, WAIS og andre, patientsamtaler og psykoedukation.

Specialpsykologen bidrager også med:

- Psykometriske test, men også samtalemetoder, der kan fremskynde den psykopatologiske udredningsproces i akutmodtagelser og sengeafsnit.
- Miljøterapi, pårørendesamtale, psykoedukation for patienter, for pårørende og i grupper
- Videreuddannelse og oplæring af personaler i at berolige og behandle angst uden medicin
- Udrede i centralvisitationen, førstegangssamtaler i udredningen
- Faglig ledelse og supervision af H-læger.

Specialpsykologen forventes også som noget nyt at:

- indgå i dagvagter i fire til fem mand store vagttag på akutmodtagelser
- indgå tredelt afdelingsledelse med afdelingssygeplejerske og afdelingslæge
- være primærbehandlere og kontaktperson i distriktspsykiatrien.

Andre personale- og faggrupper

Lægerne er bekymret for sekretærerne og sekretærhjælp i fremtiden. Sekretæren er central for effektiviteten i den daglige organisering af patientbehandling. De indgår i øvrigt i dokumentations-, registrerings-, og bookingaktiviteter, ligesom de i ambulatorier, når der ikke er en sygeplejerske, kan spare lægens tid ved at tage imod patienter og hente dem til konsultation. De anses også som vigtige for at fastholde ældre speciallæger, når it-sundhedsplatformen implementeres. Bekymringen omhandler, at it-sundhedsplatformen skal finansieres ved at have færre sekretærstillinger.

Juridisk hjælp kan bidrage til afklaring af juridiske spørgsmål i klinikken, herunder patientklagesager, hvor ventetid i sagsbehandlingen er til fare for patienten.

Socialrådgiver vedrører tovholderfunktionen i sektorovergangen og den viden, de bidrager med i forhold til det sociale system og lovgivning.

Et godt samarbejde og sparring med en LEAN-konsulent kan bidrage til organisering af den kliniske praksis.

Rengøringshjælp kan frigive tid fra lægen i ambulatorier, der selv skal forestå opvasken efter patienter.

En it-supporter gør det muligt at løse digitale problemstillinger i klinikken mere effektivt.

3.5.3 Specialpsykologen som samarbejdspartner

Speciallægerne var usikre på, hvordan de skulle inddrage specialpsykologerne, og hvilke opgaver de kunne delegere til dem. Det drejede sig dels om, at et flertal af dem ikke havde erfaringer med at arbejde med specialpsykologer men kun psykologer. Dels at de ikke er interesserede i at delegere deres kerneopgave i forhold til psykopatologisk udredning og samtaler med patienten. Dette er forstærket af, at speciallægen er ansvarlig for 'den hele patient', dvs. også den somatiske udredning, samt medicin. En delegering af de psykopatologiske og -terapeutiske samtaler til specialpsykologer kunne derfor have det demotiverende bagslag, at lægerne skal bruge mere tid på somatiske prøvebestillinger og medicinering, hvilket i praksis vil sige mere dokumentations- og registreringsarbejde. En H-læge beskriver en negativ fremtidsvision for samarbejdet med specialpsykologen:

...det er en udmærket tilføjelse på nogle områder, men de bliver indirekte en trussel, fordi det, der sker, det hører man jo også på stuegang, er, at reservelægerne de render efter specialpsykologerne og skal lægge ting ind i EPM (elektroniske patient medicinmodul, Red.) og skal sidde og registrere og tvangsprotokol og give tvangsmedicin, og specialpsykologerne har tid til at sidde og have en timelang samtale med patienter, diagnosticere dem. Så lærer lægerne ikke noget om psykopatologi, og de får ikke lov til at snakke med patienter, og det er jo det, der er sjovt. Så jo færre læger, der bliver, og jo flere specialpsykologer, man tager ind, jo mere kedeligt bliver det at være læge. (H-læge)

Specialpsykologerne er ikke uddannet til at varetage den somatiske del af 'det kliniske blik', her oplever speciallægen sig derfor bedre stillet med almenmedicinere og special- og behandlingssygeplejersker som samarbejdspartner eller sygeplejersker generelt.

En H-læge fortæller om sine både rigtig gode erfaringer med en specialpsykolog, men også én erfaring, der giver betænkeligheder og udfordrer en hensigtsmæssig brug af specialpsykologen:

Det, jeg synes, er det største problem, i alt det der... men det er måske også, fordi jeg har rigtig gode erfaringer med specialpsykologer også... men jeg har virkelig en dårlig erfaring, som har rystet mig i den grad. Og det var simpelthen... alt det her med somatikken, som vedkommende slet ikke har set, fx havde vedkommende overset, at den her patient faktisk havde en sukkersyge, og var lige ved at dø af det. Jeg tror faktisk, at specialpsykologen troede, at patienten havde taget nogle stoffer eller et eller andet. Og den måde det blev formidlet videre på, der tænkte jeg, at det egentlig havde været bedre, hvis det havde været en sygeplejerske, der havde formidlet det her videre. Fordi vedkommende kunne ligesom sproget. (H-læge)

Både speciallægerne og H-lægerne diskuterede specialpsykologernes kompetencer, der kunne være svære at adskille fra psykologernes. Det fremstod ikke helt klart for dem, hvori psykologernes særlige specialkompetence bestod, også så de reelt set kunne udgøre en trussel eller give anledning til fagkamp. I stedet så de dem som et muligt input til kvalitet i nogle konkrete arbejdsgange og opgaver:

Og jeg tror, hvis vi skal snakke konstruktivt om, hvor vi gerne vil være henne om ti år, så er det jo, for fanden, lad os få dem i de funktioner, hvor de virkelig kan excellere. (H-læge)

Kvalitetsudvikling med specialpsykologer

Særligt H-lægerne havde erfaringer med specialpsykologer og kom med forskellige input til et fremadrettet samarbejde med dem, med fokus på kvalitet. De følgende citater kommer omkring særlige patientgrupper og en effektivisering af udredningsprocessen, i form af "nuanceret tænkning", hvor specialpsykologerne kan bidrage kvalitativt:

Men jeg syntes fx netop sådan nogle komplicerede personlighedsforstyrrede patienter, der har jeg i hvert fald rigtig gode erfaringer med specialpsykologen. Der kommer den her mere terapeutiske tilgang, uden at det bliver et rent terapeutisk forløb, men der er ligesom tid og ressourcer og kompetencer til, at man kan få løsnet op for nogle af de her ting, og opstarte en nuanceret tænkning, og at det ligesom kan blive springbrættet til, at man kan komme i videre terapeutisk forløb på et eller andet tidspunkt. (H-læge)

Ligeså kan specialpsykologen indgå i tredelte ledelsesteam sammen med afdelingslægen, og afdelingssygeplejerske, yde tværfaglig sparring og inddrage familien i en mere systemisk tilgang til behandlingen:

Det er måske lidt meget med tre i ledelse, men der har jeg oplevet, hvad jeg virkelig kan bruge den her psykolog til, det er, fx så holder vi de tværfaglige behandlingsfaglige konferencer sammen, hvor hun kan give en anden vinkel, et andet indspark, også som den, der støtter op med, at "det er ikke nu, at du skal have et intensivt psykologforløb, det kan jeg sige som psykolog". Og så hjælper hun meget med at lave fx psykoedukation, hvor hun også inviterer familien ind til psykoedukation, så jeg ikke skal sidde med sådan en halv time til en times psykoedukation, det er så også, fordi det ikke er min interesse at sidde lige i det. Og hun laver også sådan noget med nogle grupper for patienterne, hvor det er meningen, de skal gøre klar til at kunne indgå i de der terapeutiske tilbud på andre afsnit. (H-læge)

Risiko for, at arbejdspress ikke falder ved delegation

En speciallæge udtrykker bekymring for, om specialpsykologerne i realiteten ville kunne gå ind og tage fra og lette arbejdsbyrden for speciallægen på alle typer af afsnit. Han uddyber med sin erfaring fra lukket intensiv afdeling:

Jeg har en specialpsykolog siddende nede hos mig på et lukket intensivt afsnit, hvor der er medicin stort set over alt, og jeg har haft dage, hvor jeg har knoklet rundt til kl. 6-8 stykker om aftenen, og han er gået kl.11, for der var ligesom ikke mere for ham at lave. Så spørgsmålet er, hvad specialpsykologen kan byde ind med. Han var super dygtig, og jeg var glad for at have ham, men hvor gør man mest nytte henne? Jeg er helt sikker på, at der er nogle steder, hvor specialpsykologer vil gøre meget mere gavn, end jeg ville, så det er også lidt en ærlig snak om, hvor ligger ens kompetencer henne, og skal man være alle steder. (Speciallæge)

Der er ifølge speciallægerne store forskelle på at være overlæge på en lukket afdeling, og så være overlæge på en psykotераapeutisk enhed: "Det er helt forskellige verdner" (speciallæge). Og det er ikke helt klart, hvor og hvordan specialpsykologerne bedst kan være med til at løfte arbejdspresset.

Stuegang, frihedsberøvelse og medicinering

Stuegang, tvang og medicinering er centrale aktiviteter og opgaver i speciallægens arbejde og ansvar. Medicineringsopgaver bliver ikke taget op af speciallæger og klinikchefer som en reel mulighed at delegere, selv om, som en speciallæge spøjte, at det ville kunne vende rollefordeling om mellem dem som henholdsvis "bad cop/good cop". En H-læge begrundet, at der går "grænsen":

Specialpsykologerne har en anden akademisk uddannelse, og det betyder for mig, at specialpsykologer ikke skal have noget med medicin at gøre. Og så kan man så diskutere, om det er så slemt at gå 10 mg op i cipramil og sådan noget, men dér synes jeg, man skal trække grænsen og sige; "medicin – det er læger". Derimod mener jeg fx, at tvang, og det ved jeg godt kræver en lovændring, jeg synes på en eller anden måde, at det er absurd, at man sætter specialpsykologer til at gå stuegang og på den måde at have ansvar for nogle forløb og patienter, men at de så ikke må bære konsekvensen af deres arbejde, når det handler om tvangstilbageholdelse. Det er noget, som læger, det er jo ikke en specifik medicinsk kompetence at vurdere, om folk er psykotiske og skal frihedsberøves. Så det synes jeg

godt, at man kunne overlade, eller ikke overlade, men give specialpsykologer kompetence til. Altså hvis de kan gå stuegangene, så kan de også tage den "grimme" del af det, nemlig at opretholde frihedsberøvelse. (H-læge)

Frihedsberøvelse er, ifølge psykiatriloven, en specifik lægefaglig opgave. H-lægerne resonerer, at frihedsberøvelse via tvangsindlæggelse heller ikke ville kunne uddelegeres ansvarligt til specialpsykologer, fordi der indgår somatiske kompetencer i beslutningen. Specialpsykologerne vil dog godt kunne vurdere, om der er behandlingsindikation og derfor enten opretholde eller ophæve frihedsberøvelse.

En H-læge foreslår også, at specialpsykologen kan deltage i stuegangsarbejde på medicinske patienter, som at evaluere psykopatologien "om det er gået frem eller tilbage" på bipolare eller skizofrene patienter, der får meget medicin.

Somatisk kompetence ved organisering i tværfaglige teams og vagttag

En afgørende erkendelse eller princip for delegation af lægefagligt patientansvar til specialpsykologer er at sikre en somatisk kompetence i teamet, enten ved speciallægen selv påtager sig den eller uddelegerer den til anden personalegruppe med somatiske og tilstrækkelige medicinske kompetencer. Uddelegerer speciallægen til H-lægen er risikoen, som nævnt, at denne ikke får lært tilstrækkelig psykopatologisk udredning. Speciallægerne så dette som et problem i forhold til, om specialpsykologer kunne gå i vagt. En klinikchef syntes, det kunne løses af et bredt nok vagttag, ligesom H-lægen med specialpsykologen i vagt kunne få mere tid til at: *"gå stuegang og følge nogle patienter, man kender, og det er der rigtig meget læring i"* (Klinikchef). En anden klinikchef tilføjede, at det vil blive meget besværligt at organisere et sådan vagttag, da centrale kompetencer mangler hos specialpsykologen til akutvagter:

Problemet er, at de ikke har medicinkompetencen, de har ikke det somatiske, og de har ikke tvang. Og det er akutarbejde, og de her tre ting, er ting, der fylder rigtig meget i akutarbejdet. Derfor vil det være meget besværligt. (Klinikchef)

Den tredje klinikchef replicerer, at han venter sine første specialpsykologer i efteråret: *"men jeg vil meget heller have speciallæger, men når jeg nu ikke har det, så må jeg jo arbejde med det"*. Den første klinikchef uddyber, at specialpsykologen vil kunne bidrage kvalitativt til akutarbejde i et vagttag på fire til fem læger:

De kunne sagtens være fjerdeemanden i modtagelsen hos os. Vi har rigtig mange læger på arbejde hele døgnet rundt, derfor kunne man sagtens have... i dagvagt fra om morgenen til hen på aftenen, der kunne det sagtens være en specialpsykolog, der var en af dem, der var der. I stedet for nu, hvor vi har to hold medicinstuderende som lægevikarer, + en forvagt, + en bagvagt til. Der er fem læger på arbejde i vores akutmodtagelse. Da tænker jeg, at en af dem med fordel kunne være specialpsykolog, der kan tage nogle af alle de kriser, belastninger og angst og alt muligt, der kommer. Af de patienter, der henvender sig i modtagelsen, bliver halvdelen af dem sendt hjem igen efter en samtale, så det mener jeg bestemt kunne være meget brugbart. (Klinikchef)

Afgørende er, at specialpsykologer ikke kan gå alene, og det kræver centre med akutmodtagelser af en vis størrelse at organisere vagttag med specialpsykologer. En klinikchef nævner et andet forslag, hvor specialpsykologen "med stor fordel" kunne være én ud af to bagvagter, der kom ind i dagtid i weekenden, hvor stress og belastning på forvagterne i akutmodtagelsen er ekstra stor. Generelt vil hele spørgsmålet, om specialpsykologerne kan indgå i weekend-

og akutvagt, forudsætte, at der er indgået en aftale med psykologforeningen. Ligesom det er interessant at høre, hvad specialpsykologerne selv mener.

Mulige principper for delegering af ansvar til specialpsykologer?

Samlet set taler lægerne ikke i "kor", når de overvejer, hvor specialpsykologens kompetencer kan bidrage positivt til deres arbejde. De taler ud fra deres forskellige placeringer, arbejds-gange og erfaringer – og måske også faglige interesser, så forslagene og præferencerne er forskellige. Et *centralt, fælles specialfagligt problem* eller dilemma er dog konsekvenserne af delegeringer af ansvar, opgaver og indflydelse til specialpsykologer, hvis disse på sigt indebærer, at specialet bliver mindre attraktivt, og at det bliver sværere at fastholde speciallæ-ger, såvel som rekruttering af nye medicinstuderende til specialet. En klinikchef reflekterer:

Det vil være svært for en speciallæge, der bliver nødt til at tage ansvar for noget af specialpsykologens arbejde, men en ting er den specialpsykolog, man selv har introduceret til det og arbejdet sammen med. Men hvad så, når du kommer ind i en stilling, hvor hele setup'et er dér, og så fra dag 1 skal sige: "Jeg har det over-ordnede behandlingsansvar". Det er jo noget, der er svært ved lægerollen, så har du ansvar for det hele, men du ved jo ikke i en ret lang periode, hvad der foregår".
(Klinikchef)

Specialpsykologen vil simpelthen udfordre speciallægens ansvarsfølelse, hvad enten det de-legeres efter den blødere lederstil, kaldet "gartneren" i det tidligere afsnit, 4.4.4, hvor spe-ciallægen kender specialpsykologens kompetencer fra et dagligt samarbejde. Eller der er tale om at ansvaret overtages, når speciallæger indtræder i en ny stilling, hvor opgaverne alle-rede er delegeret, fx via mere faste rammeaftaler om, hvad specialpsykologen må i afdelin-gen/afsnittet.

Udviklingsveje for deling af patientansvaret

H-lægerne opridser mulige konsekvenser af at dele patientansvaret med specialpsykologen: enten så overlader man del af psykiatrien til deres ledelse, så som den ambulante psykiatri i Norge, med risikoen for at det gør speciallægen til lægefaglige "konsulenter", som beskrevet i afsnit 3.4.4.

En anden vej er at lave organisatoriske løsninger ved at udvide speciallægens patient- og personalemæssige ansvar til flere afdelinger, eventuelt med mere hjælp, fx fra specialpsy-kologer. Prisen er, at det trækker speciallægen længere væk fra patientsamtalerne og det diagnostiske arbejde, som motiverer dem.

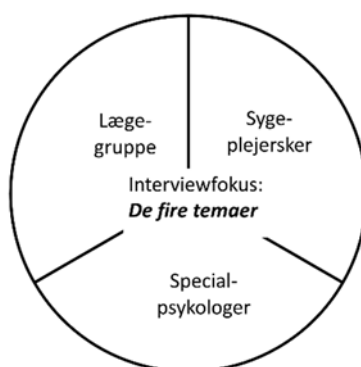
4 De andre faggruppers perspektiv

I kapitel 4 præsenteres resultaterne af interviewene med to af faggrupperne, lægerne arbejdsdeler og samarbejder med, nemlig sygeplejersker og specialpsykologer. Det skal indledningsvist nævnes, at vel er sygeplejersker og specialpsykologer centrale samarbejdspartnere for lægerne, men de udgør kun to personalegrupper af mange fagligheder, som lægerne nævner som ressourcer i fremtiden. I lægernes optik bidrager de alle til patientbehandlingen ved enten at hjælpe med at skabe mere kvalitet, herunder patientsikkerhed og afbalanceret medicinering, men også effektivitet og bedre ressourceudnyttelse.

Fokusgruppeinterviewet med netop sygeplejersker og specialsygeplejersker er valgt, både fordi lægerne selv nævner de to faggrupper, og fordi de repræsenterer henholdsvis en faggruppe – sygeplejerskerne – som lægernes har længst tradition for at samarbejde med, og en nytilkommet faggruppe i psykiatrien – specialpsykologerne. Dette giver en spændvidde mellem tradition og nye muligheder for tværfaglige relationer for fremtidens behandlingsplaner og for udvikling af tværfaglige organiseringer og behandlingsteam.

Spændvidden mellem tradition og fornyelse vil blive forfulgt i de følgende afsnit. Dels ved at præsentere sygeplejerskernes respons på lægernes forventninger, dels specialpsykologernes for afslutningsvis at samle de to gruppers antagelser og forskelle op i det sidste afsnit. Det efterfølgende kapitel 5 Konklusion vender dernæst tilbage til det samlede analyseresultat for begge faggruppers optik for visionerne for fremtidens speciallæge i RHP.

Figur 4.1 Tværfaglige spejlinger af speciallægens fremtidige opgaver og indflydelse



4.1 Sygeplejerskernes refleksioner over de fire temaer

Sygeplejerskerne genkender de fire tematikker: Speciallægenes fokus på behandlingens kvalitet, de mange registreringer og modsatrettede logikker for organisering af den daglige klinik samt vigtigheden af de organisatoriske rammer og principper for opgaveflyt.

4.1.1 Kvalitet

Sygeplejerskerne kommer fra vidt forskellige arbejdsgange og oplever, at de har ulige behov for, at speciallægen fysisk er til stede. Nogle steder starter de selv op: *"og så er det bare*

vigtigt at have speciallægen i baghånden". Andre steder oplever de, at der mangler speciallæger, og at det er en del af opgaveglidningen: "for tingene skal gøres". På spørgsmålet, om de kunne tænke sig, at speciallægen var på flere centre, var svaret klart: "Nej, for det giver ingen ydelser".

I forhold til de eksisterende arbejdsgange vurderer sygeplejerskerne, at patientpresset på systemet kunne nedbringes ved at få mere erfarne personaler, så som lægen i bagvagten, i front til at tage imod og afslutte patienter i akutmodtagelser:

Jo længere frem man får speciallægen, jo hurtigere, synes jeg, man får fornemmelsen af, hvilke patienter der ikke skulle være inde. Der er alt for mange, der ryger igennem fra selektering på skadestue. Så der ligger nogle ressourceflytninger. En mere kompetent visitering, hvor det ikke er en yngre læge, der skal tage ansvaret for én, der står og siger: "at de suicidale tanker tager over" – vil være løsningen. Det kunne også være andet af det erfarne personale, der står der og alligevel hjælper den yngre læge. (Sygeplejerske)

Sygeplejerskerne vurderer, at speciallægerne er tiltrukket af stillinger, der kan kombineres med forskning, og centre, hvor der er god mulighed for lægefaglig sparring. Endelig så er RHP også oppe imod et privatmarked for speciallæger, hvor de kan opnå det dobbelte i løn. I forhold til fastholdelse af speciallægerne i det offentlige argumenterer en afdelingssygeplejerske for, at en stærk lægestand også har en samfundsmæssig funktion, i forhold til at de bliver hørt af politikere. Underforstået, at kvaliteten i psykiatrien har brug for behandlingsansvarlige repræsentanter og talerør i et politisk system.

4.1.2 Dokumentation og registrering

Sygeplejerskerne efterlyser en mere stabil økonomisk ramme om klinikkens hverdag. Ydelsesregistrering skaber et stort pres på: *"at vi skal yde, vi skal yde, vi skal yde, ellers bliver der skåret i stillinger"* (Sygeplejerske). Registrering af ydelser skaber et krydspres i forhold til kvaliteten af behandlingen, fx når samtaler med patientens familie ikke udløser en ydelse. Eller indvirker negativt på arbejdsmiljø og samarbejde, når fx en sygeplejerske og psykolog er fælles om en opgave, 'indledende vurdering', og sygeplejersken kun udløser en halv ydelse, mens psykologen udløser en hel ydelse.

De arbejder bevidst (i afsnittets ledelsesteamet) på at skabe en modbevægelse og: *"få det ydelsespres et andet sted hen ved at sige, at det er kollektivt det her. Alligevel er der mange, der sidder med det individuelt (legitimeringspresset på ens stilling, red.). Lige nu prøver vi faktisk at sætte fokus på faggrupper, på det kvalitative og ikke på det økonomiske"*. (Sygeplejerske)

Lokal modbevægelse og tværfaglig solidaritet ses af sygeplejerskerne som et værn mod et systemisk pres, der opleves individualiserende og stressende i hverdagen.

It-sundhedsplatformen

Sygeplejerskerne har intet konkret fået at vide om it-sundhedsplatformen, men alt andet lige forventer de, at den vil lette deres dokumentationsarbejde, som de i de eksisterende systemer oplever som besværlige og tidskrævende.

4.1.3 Opgaveflyt og ikke opgaveglidning

Sygeplejerskerne oplever selv, at de "tager fra" i forhold til at modtage opgaver fra speciallægerne, og at de varetager disse selvstændigt, så det letter lægernes arbejdsbyrde.

Vi har nogle specialuddannede sygeplejersker, som har delegation i forhold til at justere inden for en given ramme i forhold til børnene med ADHD, og det aflaster hvert fald helt klart lægerne. At det er blevet sådan som sygeplejerske, at man ikke skal spørge lægen om at justere 5 eller 10 mg op eller ned. (Sygeplejerske)

Men de siger også, at der har været et politisk pres på systemet, som har gjort, at de ikke altid har fået sagt "nej" til opgaver, der lå uden for deres kompetencer eller ville kræve oplæring, eller har fået skabt de fornødne tidsrammer til at implementere ting på en kvalitetsmæssig forsvarlig måde. En (afdelings)sygeplejerske reflekterer selvkritisk:

Vi har måske bare været for tro mod systemet og sagt: "Det skal vi jo, det siger politikerne". Og så er der nogle opgaver, der er blevet flyttet, uden at der har været tid til den nødvendige oplæring og monitorering af det. Så det har skabt skepsis hos nogle læger, om det er godt, at sygeplejersker laver de her ting. (Sygeplejerske)

Sygeplejerskerne taler for at få lavet nogle klare delegationsmæssige rammer for, hvilke opgaveområder de kan gå ind og varetage. De har selv en lang, uformel tradition for at samarbejde med lægerne og for at overtage opgaver, fx inden for medicin. De giver også eksempler på mange forskellige arbejdsgange i forhold til epikriser, behandlingsplaner, og andet de er med inde over. Som fx kontaktperson for 24 patienter i distriktspsykiatrien er sygeplejersken på linje med lægen en væsentlig del af patientbehandlingen. Sygeplejerskerne oplever også overlap i kompetencer med psykologen. De syntes også af effektivitetsmæssige, men også kvalitetsmæssige grunde, at der kan være for mange personer ind over et patientforløb. Tværfaglighed er ikke nødvendigvis et gode, hvis det involverer for mange personer, siger en sygeplejerske. Eller mere direkte fortolket, så oplever sygeplejerskerne specialpsykologerne som en trussel mod deres opgaver.

Sygeplejerskerne efterlyser tydeligere eksplicitering af, hvilke kompetencer i forhold til videreuddannelse og oplæring de skal have for at overtage en opgave. Klarere rammer vil kunne bidrage til mere sikker opgaveflyt (frem for 'opgaveglidning'), herunder krav til oplæringsmuligheder og uddannelsesplanlægning i fremtiden. Det vil evt. også kunne skabe mere ensartethed mellem centre (og regioner) i, hvad man må som sygeplejerske, da de oplever store forskelle mellem ansættelsessteder.

Endelig eksisterer der mange videreuddannelsesstilbud til sygeplejersker, herunder til specialsygeplejerske, som de oplever ikke at få opbakning til ledelsesmæssigt/økonomisk. Ligesom de syntes, at de også har mange, uudnyttede kompetencer, som lægerne ikke altid er klar over, og som man i personaleledelsen også skal vælge at bruge eller investere i.

De vil gerne aflaste og bidrage til at fastholde lægerne, blandt andet ved at indgå i indsamling af forskningsdata.

4.1.4 Lægefaglig ledelse

Sygeplejerskerne oplever, at speciallægerne primært er interesserede i det patientfaglige og ikke i personaleledelsen. Men også, at de har speciallæger, der er rigtig gode ledere. De beskriver speciallæger (afdelingsleder og teamleder), hvis lederstile og engagement i fx tværfaglig sparring og uddannelse med henblik på målrettede kvalitetsforbedringer, DAT, dialektisk adfærdsterapi – er med til at skabe et velfungerende BUC i forhold til udvikling, samarbejde og opgavefordeling. Speciallægens ledelseskompetencer hen imod tværfaglig personaleledelse er således, ifølge sygeplejerskerne, vigtige for det samlede samarbejde.

4.2 Specialpsykologernes svar til de fire temaer

4.2.1 Specialpsykologernes formål, opgaver og fordeling

Specialpsykologerne var indbyrdes i tvivl om, hvordan opgavefordelingen i sundhedsvæsenet bliver til og diskuterende, hvem der egentlig bestemmer, hvad specialpsykologen må, skal og kan.

En opfattelse var, at det er Danske Regioner, der bestemmer, for de har initieret oprettelsen af deres specialuddannelse. En indvending var dog, at det er en region, der ansætter, og at denne derfor bestemmer. En tredje opfattelse var, at det i praksis er centrene, hvor arbejdet udføres, der vurderer personalebehovet og dets sammensætning, herunder opgavefordeling og vagtskemaer. Endelig blev Dansk Psykologforening bragt ind som et organ, der har indflydelse på deres arbejdsforhold, fx hvis specialpsykologer vil indgå i 24-7-vagtordninger, sådan som flere andre personalegrupper i hospitalsvæsenet. Dette er interessant, fordi speciallægerne refererer til helt andre autoriteter, som øverste instanser for deres arbejde og prioritering af arbejdsopgaver, nemlig Sundhedsministeriet og Justitsministeriet.

Specialpsykologerne blev i fokusgruppeinterviewet enige om, at de selv har en fremtidig opgave i at kommunikere, hvad det er, de kan som faggruppe.

De tre specialpsykologer, der deltog i workshopdelen af fokusgruppeinterviewet, enedes om følgende opgaver, der også kunne bidrage til aflastning af lægerne og til kvalitet, nemlig:

- Gå i vagt
- Tvangsopgaver
- Ledelse, afdelingsledelse og teamledelse
- Supervision af andre tværfaglige grupper, herunder H-læger i udredning, fx træne dem i SCID-interview (undersøge personlighedsforstyrrelser) og psykoterapeutisk behandling
- Kvalitetsudvikling: patient- og pårørendeinddragelse, recovery, tværfagligt samarbejde.

De to første opgaver er særlig interessante, fordi psykologer ellers ikke indgår i vagtordninger, og fordi frihedsberøvelse er omfattet af psykiatriloven. De bliver uddybet i de følgende to afsnit.

"Gå i vagt"

Specialpsykologerne vil gerne vise, at de *"kan arbejde hårdt, vi har et ansvar, altså vi skal ikke kun sidde med to patienter, hvis lægen har fire"*. De vil gerne tage vagter uden begrænsning i forhold til typer (dag, aften, nat, weekend og helligdage) eller indgå i vagtlag.

En specialpsykolog var dog i tvivl om, hvor hensigtsmæssigt det var i forhold til, at mange af dem er kvinder (underforstået har børn), men blev rådet til af en anden specialpsykolog, at de bare skulle gøre som sygeplejersker og *"søge stillinger geografisk"*. Altså hvor det er mest praktisk i forhold til at have børn. Dette nævnes, fordi det er et helt andet motiv og argument for jobsøgning, end lægerne nævnte, fx mulighed for faglig udvikling.

Tvangsopgaver

Specialpsykologerne vil ikke tvangsindlægge eller tvangsmedicinere, for det har de ikke kompetencerne til. Men de kan vurdere behandlingsindikation og opretholde eller ophæve frihedsberøvelse. Dette er dog ikke i overensstemmelse med psykiatriloven, og vil forudsætte lovændringer, hvis speciallægerne enten skal kunne delegere opgaven (individuel eller under en rammeaftale), eller at specialpsykologen varetager ansvaret selvstændigt.

4.2.2 Dokumentation, registrering og patientansvar

Temaet dokumentation, registrering og de it-systemer, der indgår i hospitalsvæsenet, indtager ikke nogen stor rolle i specialpsykologernes arbejde og forventninger til fremtiden: *"Jeg dokumenterer det, jeg skal og opfylder min kvote"*. (Specialpsykolog)

Suicid-tjek

Specialpsykologerne oplever således ikke, at de er infiltreret i noget stort juridisk, administrativt system, der tager tid og opmærksomheden væk fra kontakten til patienter. Et eksempel herpå er i spørgsmålet om selvmordsforebyggelse, herunder screening og behandlingsansvaret for patienten.

Vi laver selvmordsrisikovurderinger. [...]. Vi har et selvstændigt behandlingsansvar. Altså, det er vores ansvar, at vi har lavet behandlingen ordentligt. Det er ikke vores ansvar, at de begår selvmord, men det er vores ansvar, at vi har vurderet det ordentligt. Anden specialpsykolog kommenterer: Altså, jeg tror psykiatrien lider den vildfarelse, at vi kan forhindre folk i at tage deres liv. Det er fuldstændigt vanvittigt. Tredje specialpsykolog fortsætter: Prøv at høre her, jeg har siddet med ved flere klagesager sammen med den pågældende psykolog, og sammen med klinikchefen, og der er det klart, at psykologen har et selvstændigt ansvar, og vi kigger, om screeningen er i orden og det er den hver gang – tjek. Selvfølgelig kan vi det, det ligger i vores divergering. Anden specialpsykolog falder ind med et eksempel: Jeg har lige haft en patient, hvor jeg var ansvarlig for hele behandlingsforløbet, alle selvmordsrisiko-vurderingerne, og hvor han havde hoppet ud fra 6. sal. Og jeg tænker det ansvar, det skal vi turde. (Tre specialpsykologer)

Specialpsykologerne udtrykte hermed en mere pragmatisk forståelse af deres patientansvar, end den der blev beskrevet i den lægefaglige analyse, kapitel 3.3.3. Et tjek i screeningskemaet er udtryk for en ansvarlig patientbehandling.

LEAN – en tidsrøver, men effektiv

Specialpsykologerne oplever også, at LEAN tager tid, og at *"det godt kan stoppe nu!"* (Specialpsykolog). Men også, at det har bidraget til at nedbringe ventelister og sammen med ydelsessystemet har været med til at øge arbejdstempoet. En specialpsykolog finder det legitimt nok som en del af tidsånden: *"Det er ikke kun i psykiatrien: Det er i hele verden, at man skal producere mere"*.

4.2.3 Ledelse

Specialpsykologerne opfordrer i spørgsmålet om organisering af opgavefordeling i RHP til, at lægerne overgiver mere ansvar og flere opgaver til dem. Specialpsykologerne er velvidende om, at det også indebærer en risiko for speciallægerne og er forbundet med en *"fagkamp"*, hvor specialpsykologerne gerne vil have del i speciallægernes magt og privilegier.

Fordeling af diagnostiske opgaver: "Cremen"

Risikoen vedrører overlappet mellem de to specialer, hvor begge har kompetencer til psykopatologisk diagnostik og samlet behandler inden for et bredt psykoteraeutisk, bio-psykosocialt behandlingsspektrum. Inden for det brede behandlingsspektrum har speciallægerne kompetencerne til de bio-psykiske behandlinger, herunder medicin men også psykoterapi. Mens psykologerne har overlap med det psykoteraeutiske og er fagligt stærke i den psykosociale del af behandlingsspektrummet, fx psykoedukation til patienter og pårørende.

Både lægegruppen og specialpsykologer beskriver risikoen for en opgavekamp, der allerede foregår i det små. Vinder specialpsykologerne får de "cremen" og det sjove arbejde, med tid til patientsamtaler, mens speciallægerne skal sidde med det "røvkedelige", medicinen, tvangen og det dokumentations- og registreringsarbejde, der følger heraf:

Jeg kan godt forstå lægerne, fordi hvis man er godt normeret - og jeg er på et afsnit, der er godt normeret, så er det faktisk mig lige nu, der sidder med "cremen". Jeg sidder med alle de diagnostiske interview, og når de andre yngre læger, så er der, så sidder de faktisk med medicinen og tvangen, og det synes de jo er røvkedeligt! Så der tænker jeg også, på en eller anden måde, at der har vi også et ansvar i forhold til at give noget af det fra os og prøve at finde ud af, hvordan vi gør det her lidt mere ligeligt fordelt. (Specialpsykolog)

En afgørende problematik for "vi'et" i RHP, og for det lokale samarbejde, som sygeplejerskerne også beskrev, er derfor, hvem der påtager sig eller får magten til på mere eller mindre strukturelt niveau at foretage fordelingen af "cremen". Der foregår opgaveglidninger fra læger til specialpsykologer, som de gerne vil beholde og det øjeblik 'glidningen', fx diagnostisk interview, bliver til et formelt 'opgaveflyt' i en fast, kompetenceopdelt arbejdsdeling mellem læger og psykologer, så bliver det alt andet lige sværere for lægerne at erobre kerneopgaven tilbage, såvel som for specialet at rekruttere læger. Lidt florumvunden udtrykt er det diagnostiske interview psykiatriens sjæl, som dets begrebslig ophav i det græske 'psyche' i betydning 'livskraft' også udtrykker.

Speciallægen i tværfaglig lederrolle: uddelegerende med mod

Specialpsykologer var ikke interesseret i at se speciallægerne som "konsulenter, der bliver kastet hid og did mellem centre". I stedet så de speciallægerne i to lederroller. Den ene var som kompetent 'uddelegerende' af tværfaglige opgaver. Den anden som en afgrænset speciallæge rolle til udvalgte psykiatridiagnostiske områder. Den delegerende, hybride speciallæge blev beskrevet som følgende:

Jeg er på sådan en arbejdsplads, hvor der er en rigtig god overlæge, og jeg sad sådan og tænkte, hvorfor synes hun, at det er sjovt at gå på arbejde - det ser sådan ud - og det er i hvert fald et eller andet med, at hun lader afdelingssygeplejersken lede rimelig meget, så hun egentlig bare har de faglige briller på. Hun uddelegerer helt vildt meget. Hun har rigtig meget respekt for miljøterapien og de forskellige grupper, og det er sindssygt vigtigt i forhold til noget af, der kom frem i dag (fokusgruppeinterview, red.), hvor der er sådan en negativ røst, særlig fra sygeplejersker, og det forstår jeg sgu godt nogle gange. Hun, overlægen tillader også sig selv at tage noget uddannelse, sådan hun ligesom er med på beatet, sådan rent forskningsmæssigt, og det kan man jo kun, hvis man er et sted, hvor man tør tale om de her ting, og hvor man laver nogle ordentlige rammer for tingene. (Specialpsykolog)

Citatet sammenfatter mange pointer og forventninger, der også kom til udtryk i lægegruppens og psykologernes beskrivelse af en god leder, nemlig faglig respekt, bred behandlings-tilgang, evnen til at delegerer tværfagligt, og skabe en åben dialog i nogle ordentlige rammer. Til sidstnævnte hørte også lederens opgave til:

"at beskytte sit personale og turde sige: "Jamen nu kan de ikke mere, nu skal de ikke have flere ydelsestal". Det er og må fandeme være en overlægeopgave at sige: "jamen nu... ". Det vil være en vigtig opgave". (Specialpsykolog)

Speciallægen i den tværfaglige lederrolle skal altså have både en række af forskelligartede kompetencer eller måske rettere dyder i forhold til faglig legitimitet, rummelighed og mod.

Specialiserede centre

Den anden lederrolle handlede om at lave specialiserede centre, som muliggjorde mere monofaglig udvikling for både speciallæge og for specialpsykologer.

En specialpsykolog beskriver oplevelsen af, at på hendes center, hvor der er meget tværfaglighed, søger speciallægerne væk, men også de psykologer, som er meriterede til specialpsykologer. Begge faggrupper kan forventes at søge væk fra centre, hvor de ikke får udfoldet deres fulde kompetencer og interesser. Den meriterede specialpsykolog flyttede til en stilling, hvor hun kunne få personaleledelse.

Specialpsykologen forestiller sig derimod, at speciallægen vil kunne trives i specialcenter med særlige patientgrupper og forskningsindsatser, fx neurologiske patienter, patienter med personlighedsforstyrrelser og autismeområdet. Sådanne centre vil formodes at kunne udvikle specialet og levere høj faglighed og lægefaglig sparring, der vil tiltrække speciallægerne. Specialpsykologerne foreslår således, at man kan forene speciallægens efterspørgsel efter mere tid med patienten ved, at de giver mere ledelse fra sig og i stedet bruger tid på "alvorligt syge" i specialiserede centre.

4.2.4 Kvalitet i patientforløb – et paradigmeskift i socialpsykiatrien

Specialpsykologerne synes, de har en fælles dagsorden med lægerne med henblik på at få en bedre patientbehandling. Deres forslag til forbedringer i patientforløbene vedrørte dels akutmodtagelser, de ovennævnte specialiserede behandlingscentre til alvorligt syge patienter, socialpsykiatrien, børne- og ungepsykiatrien og generelt at få løftet de ikke-medicinske områder, så som recovery-tilgangen.

Det er jo alt det, der ikke er medicin, der ofte sejler. Og det er jo hele den der biologiske tilgang, som man er oppe imod hver eneste dag. Og politikerne vil rigtig gerne have det...(Specialpsykolog)

Specialpsykologerne refererer altså til et paradigmeskift i forhold til at få mindre fokus på medicin og få forbedring af mere socialpsykiatriske indsatser.

Der mangler nogle til at tænke større tanker i forhold til, hvordan vi får løst opgaverne. Der er kommet politiske mål, men hvordan bliver det egentlig løst? (Specialpsykolog)

Specialpsykologerne mener, de kan bidrage til udvikling af den behandlingsmæssige kvalitet, særligt i forhold til socialpsykiatriske indsatser og det ambulante område.

Afslutte flere patienter i akutmodtagelser

Et bidrag til at nedbringe behandlingspresset på RHP vil ifølge specialpsykologerne kunne opnås ved at få speciallægerne fra at være i bagvagt op i front. Begrundelsen er, at de medicinstuderende og H-læger har for stort en opgave og ansvar i akutmodtagelser til at turde afslutte patienter nok.

En skarpere selektering er dog, ifølge specialpsykologerne ikke en tilstrækkelig løsning: "Jeg vil sige, at hvis regionerne tror, at vi kan løse det problem uden at sige til politikerne, at de skal have et større lægeoptag, så er det vanvittigt".

Forbedre behandling med nye terapeutiske kompetencer og tilbud

Specialpsykologerne nævner også, at mere dialektisk adfærdsterapi, kognitiv adfærdsterapi og øget kompetencer i Rorschach-test ville kunne forbedre børne- og ungepsykiatrien.

"Patienten i centrum"

Endelig argumenterer specialpsykologerne for, at den lovændring, der ville give dem tilladelse til at ophæve tvangsforanstaltninger, også vil give kvalitetsforbedringer for patienter i tvangsbehandling:

Hvis jeg siger, at patienten er i centrum, så har jeg eksempler på, at hvis psykologen havde lov til at gå ind og kigge på den tvangsforanstaltning, der har været og sige: "vi ophæver den nu", så ville patienten have ophævet tvangsforanstaltningen et døgn før, fx fordi du mangler en læge. (Specialpsykolog)

En specialpsykologs mellemkomst vil dermed kunne bidrage til at forkorte tidsrummet for patientens frihedsberøvelse.

4.3 Tværfaglig opsamling

Følgende afsnit opsamler nogle forskelle og ligheder, der kom til udtryk i analysen hos henholdsvis lægegruppen, sygeplejerskerne og specialpsykologerne.

Lægegruppen

Speciallægerne fremhævede og uddybede sammen med klinikcheferne og H-lægerne fire vigtige tematikker for fremtidens speciallæge, nemlig:

1. Kvalitet i kerneopgaverne, herunder til udredning, fleksible behandlingspakker, tilbud til dem, der ikke passer ind, bedre overgange i patientforløb og sektorsamarbejdet.
2. Dokumentation og registrering, hvor der er mere synergi mellem administration og klinik, gerne med henblik på at afskaffe ydelsesregistreringer med opfyldelsen af effektmål for patientbehandling.
3. Ledelse og lægefaglig indflydelse med henblik på at kunne påvirke rammer og dagsorden for personalesammensætningen i den tværfaglige patientbehandling.
4. Klarlægning af opgaver med overvejelser til principper for delegering af behandlingsansvaret og for definition af tværfaglige, patientcenteret kvalitet.

Tematikkerne var genkendelig i sygeplejerskernes og specialpsykologernes diskussioner. Af analyserne fremgik bl.a. følgende:

Sygeplejersker

- Kvalitet: Kvaliteten af opgaveflytninger kan forbedres ved en tydeligere kobling mellem opgaver og krav til oplæring, herunder forbedret oplærings- og uddannelsesmuligheder.
- Dokumentation og registrering: Ydelsesregistrering kan vanskeliggøre tværfagligt samarbejde og prioritering af kvalitet i behandlingen. it-sundhedsplatformen kan forbedre interaktion med systemer.
- Ledelse: Speciallægens ledelsesstil med henblik på respekt, tværfaglighed, dialog, stabile og beskyttende rammer er vigtig.

- Opgaver: Sygeplejersker varetager mange centrale opgaver i hele patientbehandlingsforløbet, vil gerne specialuddannes og bidrage til fx forskning med henblik på at støtte/aflaste speciallæger.

Specialpsykologer

- Kvalitet: Paradigmeskift mod mere recovery og socialpsykiatri.
- Dokumentation og registrering: Vil gerne bidrage til produktivitet og pragmatisk patientsikkerhed.
- Ledelse: Vil gerne have mere ledelse og indflydelse overdraget fra lægerne.
- Opgaver: Vil indgå i vagttag og bidrage til tvangsopgaver i forhold til ophæve frihedsberøvelse.

Både sygeplejersker og specialpsykologer mener derudover, at opgavepresset ville kunne forbedres af at få speciallægerne i front i akutmodtagelserne, således at der kunne ske en bedre selektering og vurdering af patienterne initialt.

4.3.1 Dilemmaer i det tværfaglige perspektiv for fremtidens speciallæger

I sammenstillingen af de tre faggruppers forventninger tegner der sig forskellige dilemmaer for delegering af opgaver i fremtidens RHP og speciallægenes rolle heri. Disse vedrører:

- Det lægefaglige behandlingsansvar i forhold til:
 - delegering af ansvar til tværfaglige teams
 - risikoen for at tabe den motiverende kerneopgave, den diagnostiske samtale til specialpsykologer.
- Speciallægens lederrolle i forhold til:
 - professionalisering af tværfaglig ledelse og patientcentreret kvalitetsudvikling og effektivmåling
 - specialiseret storcentre til særlige diagnostiske grupper.
- Organisering af patientbehandlingen med henblik på:
 - tværfaglige teams under lægefaglig ledelse og behandlingsansvar
 - tværfaglige teams under specialpsykologisk ledelse og behandlingsansvar.
- Afgrænsning af psykiatrien fra primære sektoropgaver ved:
 - afgrænsninger af specialet/patientoptaget
 - tværsektoriel ledelse.
- Effektivere akutmodtagelser i forhold til at afslutte/indlægge patienter:
 - bredt vagttag inkluderer specialpsykolog, eller behandlingssygeplejerske i front
 - speciallæge, "bagvagt" går i front.
- Speciallægerekruttering til centre med ledige stillinger:
 - manglende viden om speciallægers jobsøgningsadfærd
 - antagelser om, at man søger centre med muligheder for faglige udvikling, sparring og indflydelse.
- Digitalisering vil formodentlig ramme faggrupperne meget forskelligt og kan dels bestå i:
 - at de eksisterende dokumentations- og registreringspraksisser bliver lettere og mindre tidskrævende med kun ét system
 - at registreringsarbejde udvides til at gennemtrænge fx oplæring og udførelse af de diagnostiske interview.

Disse syv dilemmaer ligger uden for dette projekts opgave at løse. Dilemmaerne peger dog på nogle organisatoriske problemstillinger for psykiatrien, herunder overensstemmelsen mellem antallet af patienter og læger, hvis løsninger skal findes på et strukturelt og politisk niveau. I stedet er fokus i konklusionen på, hvilke udviklingszoner der kunne være for udvikling af relationerne mellem lægerne og de to faggrupper med henblik på delegering af opgaver.

5 Delkonklusion A: udviklingszoner for tværfagligt samarbejde

Delkonklusionen sammenstiller de tre faggruppers perspektiver på samarbejde og delegering af opgaver fra lægerne. Syntesen af deres perspektiver i en triadisk syntese stiller skarpt på:

- hvilke relationer der kommer til udtryk mellem grupperne, også indbyrdes mellem lægerne men med særligt fokus på speciallægens samarbejdsrelation til de øvrige læger (klinikchefer og H-læger), til specialpsykologen og til sygeplejersken
- barrierer for samarbejdet
- interessesammenfald
- mulige udviklingszoner for samarbejdet.

Beskrivelserne er alene udledt af analyseresultaterne i kapitel 3 og 4. De siger hermed ikke noget udtømmende om faggruppernes og lægernes indbyrdes relationer og mulige udvikling med henblik på samarbejde. Formålet er mere beskeden at klarlægge nogle sammenfald og forskelle, der kan danne afsæt for videre dialog i RHP.

5.1 Delegering til specialpsykologer

Inddragelse af specialpsykologer i ledelse og vagttag, herunder delegering af opgaver, er forbundet med risici for speciallæges behandlingsansvar. Det drejer sig om følgende aspekter eller barrierer for samarbejdet:

- Alle speciallæger har ikke kendskab til eller erfaringer med, hvad specialpsykologer kan kompetencemæssigt, også i forhold til at tage fra i den daglige drift/klinik. Dette øger utrygheden ved at delegerer opgaver og ansvar.
- Specialpsykologer kan ikke sikre/varetage patientens somatiske udredning og diagnostik, fx i akutmodtagelser. Her vil sygeplejersken, eller en almenmediciner være en mere kvalificeret hjælp.
- Specialpsykologer kan ikke varetage medicin og tvang. I praksis vil det sige, at speciallægen selv skal ind og gøre det.
- Specialpsykologers spidskompetence har overlap med speciallægens i forhold til psykopatologisk udredning, diagnostisk og psykoteraeutisk behandling.
- En tværfaglig arbejdsdeling mellem specialpsykologer og speciallæger vil alt andet lige betyde, at speciallægen skal udføre tvangen, de somatiske og medicinske opgaver, der i øvrigt også er forbundet med megen dokumentation og administrativt arbejde. Mens specialpsykologen får de diagnostiske interview med patienten.
- Tvangs- og medicineringsopgaver er værdimæssigt negativt ladet arbejde i psykiatrien og hos patienterne, mens samtale og psykoterapi er positivt ladet hos både behandlere og patienter. Arbejdsdelingen med 'socialpsykologen' kan således fastholde lægespecialt med et negativt image, samt i praksis gøre det mindre interessant og populært at være eller blive speciallæge i RHP.
- Speciallæge-faggruppen har derfor *ikke en direkte interesse* i, at der ansættes specialpsykologer. De kan dog have en *individuel interesse* i forhold til egen faglig udvikling gennem sparring og samarbejde med specialpsykologen, såvel som det kan bidrage konstruktivt til deres patientbehandlingsansvar i forhold til *tværfaglig kvalitetsudvikling af patientforløbene*.

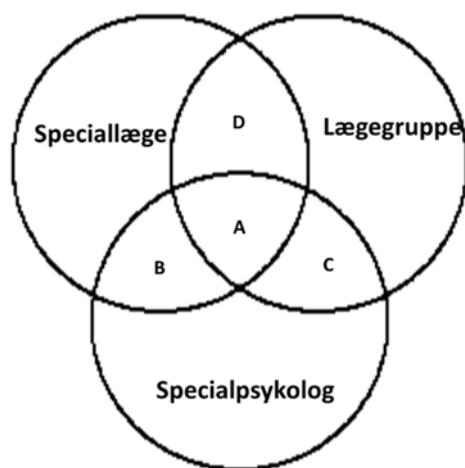
- I forhold til ledelse af specialpsykologer som personaler på senge- og akutafsnit kan det blive vanskelig at lave vagtskemaer, idet specialpsykologen ikke erstatter en speciallæges opgaver. Det kræver i stedet afsnit med store nok vagttag til, at tvang, somatik og medicin kan dækkes ind af de øvrige personaler i vagten, fx fire til fem personaler, med specialpsykologen som "2. bagvagt, der kommer ind i dagtimerne i weekenden" (Klinikchef).
- Specialpsykologernes deltagelse i vagtskemaer er endvidere vanskeliggjort af, at der ikke er indgået formelle samarbejdsaftaler mellem arbejdsgivere og -tagere.
- Der er yderligere autoritets- og eventuelt værdimæssige forskelle, idet læger og det øvrige sundhedspersonale refererer til sundhedsloven, psykiatriloven og lægeløftet, mens specialpsykologerne refererer til Danske Regioner, regionen og Psykologforeningen. Ydermere får de deres autorisation af Socialministeriet (og altså ikke Sundhedsministeriet).

Samlet set kan man sige, at de interviewede læger ser et potentielt bidrag fra specialpsykologerne til at nedbringe tvang, men de er også usikre på, hvordan arbejdsdelingen med denne nye faggruppe på sigt vil påvirke deres lægefaglige identitet, position, arbejdsopgaver og behandlingsansvar – og dermed deres interesse i en karriere i psykiatrien.

5.1.1 Tværfaglige udviklingszoner for lægernes relation til specialpsykologen

Figur 5.1 sammenfatter nogle af de ovennævnte forskelle og ligheder med henblik på at udpege tværfaglige udviklingsveje for et samarbejde. A, B, C og D angiver et sammenfald af interesser, der har særlige potentialer:

Figur 5.1 Syntese af specialpsykologers og lægernes perspektiver på delegering



A: Et sammenfald mellem de tre grupper, speciallæge, læge og specialpsykolog, er ønsket om kvalitetsudvikling med mere fokus på patienten og dennes ønsker til et bedre liv. 'Patienten i centrum', 'recovery' og 'patient- og pårørendeinddragelser' er værdisæt, de refererer til, der dels varsler et 'paradigmeskift' med mindre fokus på medicin, tvang og kontrol og mere rum for andre terapiformer, kreativitet og tværfaglig udvikling af patientforløbene på tværs af afsnit, centre og sektorer. 'Patienten i centrum' er i øvrigt i overensstemmelse med RHP's "Visioner for fremtidens psykiatri" (Region Hovedstadens Psykiatri 2011).

B: Et tværfagligt samarbejde mellem specialpsykolog og speciallæge vil også give anledning til sparring og gensidig udvikling. Specialpsykologer vil bl.a. kunne bidrage til supervision og

oplæring af H-læger, blandt andet i udredning og forskellige interviewformer, fx undersøge personlighedsforstyrrelser og give psykoterapeutisk behandling. Specialpsykologerne vil gerne indgå i vagttag, og ophæve/fastholde frihedsberøvelse. Begge opgaveflyt forudsætter dog tilladelse fra Sundhedsministeriet i forhold til psykiatriloven og nye aftaler i overenskomsten med Psykologforeningen.

C: Specialpsykologen vil også kunne yde sparring til ledelse og indgå i personaleudviklingsarbejde, også med henblik på at sikre mere gennemsigtighed i forhold til oplæring ved opgaveflyt. Speciallægen vil som behandlingsansvarlig få støtte til at udvikle og oplære personalet i tværfaglige indsatser, patient- og pårørendeinddragelser, gruppedynamikker og socialpsykiatrien.

D: Speciallægerne som gruppe vil kunne styrke deres stands position ved at bruge erfaringerne og potentialerne fra samarbejdet med specialpsykologerne (A, B og C) til en fælles strategi for specialets fremtid. I denne indgår ledelsesovervejelser til patientansvaret: I hvilken grad og i hvilken organisatorisk form vil man delegere behandlingsansvar til specialpsykologerne? Hvad er patientbehovet? Hvordan afstemmer man tendenserne efter mere volumen i behandling af fx angst og depression med udvikling af nye behandlinger og specialisering i forhold til fx personlighedsforstyrrelser, oligofrene, patienter med psykisk lidelse, ældre med demens (DPS, Hvidbog 2012-2020)? Skal man have flere karriereveje som speciallæge, hvor flertallet fortsat kan prioritere patientkontakten, mens en mindre del specialiserer sig som tværfaglige ledere med henblik på, at lægegruppen og specialet samlet styrker sin indflydelse?

5.2 Delegering til sygeplejersker

Sygeplejersker er vant til at modtage opgaver fra lægerne og at samarbejde med dem. Foruden siger sygeplejerskerne, at de faktisk er en lige så uundværlig del af psykiatrien, som lægen er, for uden dem er der ingen pleje, mad og medicin til patienterne.

Sygeplejerskerne aflaster allerede speciallægerne på en række af vigtige områder, bl.a. en kerneopgave som medicinering. De oplever, at der er mangel på speciallæger i praksis, men også at det er meget afhængigt af afdelingen. Der er steder, lukket sengeafdeling, som sygeplejerskerne stort set kører selvstændigt og tager sig af medicinen via en rammeaftale fra lægen. Andre steder er speciallægen som teamleder omdrejningspunkt for delegering af opgaver helt central, for at det daglige arbejde er muligt. I distriktskykiatrien kan sygeplejersken være selvstændig kontaktperson for et antal patienter, hvor hun inddrager lægen afhængig af sine observationer og besøg hos patienten. Der er altså tale om et samspil mellem sygeplejersker og speciallæger med stor variation og fleksibilitet men også selvstændighed i opgaver, som sygeplejersken udfører under lægens behandlingsansvar.

Tilliden mellem sygeplejersken og speciallægen, i deres ellers selvfølgelige samarbejde, er dog udfordret de senere år gennem mange topstyrede implementeringer af lovændringer. Disse implementeringer er foregået med en hurtighed, så det kliniske personale ikke har oplevet at kunne sige fra eller stille spørgsmål. Implementeringerne er også kommet ukoordineret i forhold til hinanden, så der er kommet ny lovgivning uden, at den "gamle" er nået at blive sat i værk. Sygeplejerskerne reflekterer selvkritisk¹⁵, at de har været for villige til at leve op til de politiske krav, og at oplæringen ikke er fulgt med de opgaveflyt og -glidninger,

¹⁵ Det skal tilføjes, at sygeplejerskernes stillinger i det ambulante arbejde er finansieret via produktion af ydelsestal, hvorved de er sat i et krydspres med henblik på at kunne sige fra til opgaver.

som de hurtige implementeringer har medført. De mener, at det har gjort lægerne mere utrygge ved samarbejdet, da de stadig bærer ansvaret.

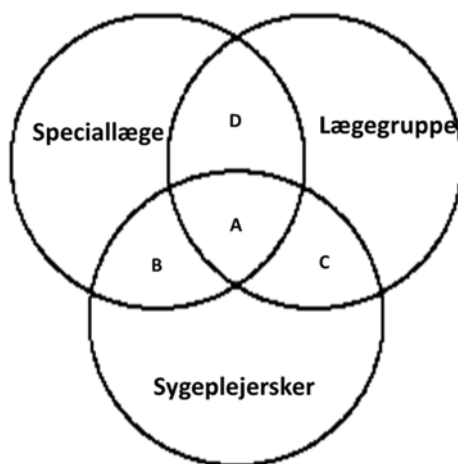
En genetablering af tillid og sikkerhed, herunder i opgaveflyt fra lægerne, vil forudsætte mindre afstand mellem top og bund, bedre koordineret implementeringer og mere gennemsigtighed i opgaveflytning, dvs. en synliggørelse af, hvilke opgaver der forudsætter hvilken oplæring, og herunder en organisation og uddannelsesressourcer, der understøtter dette. Dette vil både gøre det lettere for sygeplejerskerne at sige nej til opgaveflyt, de ikke er kompetente til, hvilket de faktisk også lovgivningsmæssigt er forpligtet til¹⁶. Særlige punkter at være opmærksom på er:

- Speciallæger og sygeplejersker har en lang tradition for at udføre patientbehandling og varetage patientsikkerheden.
- Deres tillidsrelation bliver udfordret ved opgaveglidninger uden oplæringsspecificeringer og ressourcer.
- Sygeplejersker vil gerne have mere gennemsigtighed mellem opgaver og krav til kompetencer/muligheder for oplæring.
- Sygeplejersker vil gerne synliggøre deres eksisterende kompetencer med henblik på at kunne overtage opgaver.

5.2.1 Tværfaglige udviklingsrelationer for speciallægen og sygeplejersken

Figur 5.2 udpeger centrale berøringsflader mellem læger og sygeplejersker i psykiatrien, hvis karakteristika bliver uddybet i punkt A-D.:

Figur 5.2 Delegationstemaer mellem sygeplejersker og læger



A: Samarbejdet mellem læger og sygeplejersker er centralt i patientbehandlingen. Det er derfor vigtigt at vedligeholde og styrke tilliden mellem dem, fx. ved at sygeplejerskerne bliver mindre presset til opgaver, og læger også ressourcemæssigt bliver garanteret oplæring af personalet ved opgaveflyt.

¹⁶ Ved delegering af kerneopgaver er "hjelpepersonalet" forpligtet til at sige fra over for opgaver, de ikke har kompetencerne til. Ligesom afdelingsledelsen er forpligtet til at sørge for oplæring af personalet til de opgaver, de overtager (bilag 8).

B: Sygeplejerskerne vil gerne have nye opgaver i forhold til forskning og ved at deltage i udredningsarbejdet, også gerne via videreuddannelse til specialsygeplejerske. De deler humanistiske aspekter af deres uddannelse med psykologerne. De syntes, at de har mange kompetencer, som ikke kommer ordentlig i spil, fordi lægerne ikke er klar over, at de har dem.

C: Der eksisterer mange videreuddannelsesstilbud for sygeplejersker, de får bare ikke bevilget midlerne til dem. I forhold til at gøre opgaveglidninger til opgaveflytninger, mangler der tydeligere rammer, aftaler og formalisering af, hvad man må eller ikke må som sygeplejersker. De oplever væsentlige forskelle mellem afsnit og regioner for, hvad en sygeplejerske må sættes til af selvstændige opgaver.

D: Speciallægerne giver udtryk for, at sygeplejersker er mest oplagt at lave opgaveflyt til, men også at sygeplejerskerne er belastet af mange opgaver: fra *"den stakkels udmarvede sygeplejerske i akutvagten"* til at *"sygeplejerskerne bliver pisket med brændende skorpioner til at registrere"*, ligesom lægerne siger, at der ingen ressourcer har været til uddannelse/oplæring af dem med henblik på opgaveflyt.

5.3 Rollefordeling mellem lægerne

Analysen af det lægefaglige perspektiv i kapitel 3 dækker ikke over en homogen gruppe af læger. H-læger, speciallæger og klinikchefer har forskellige interesser som en naturlig del af deres stillingsfunktioner, såvel som behandlingspresset også påvirker deres indbyrdes relationer. Følgende sammenstilling af ligheder og forskelle mellem dem er ikke en udtømmende kortlægning men peger på nogle sammenfald og forskelle mellem dem. Disse er vigtige med henblik på, at RHP styrker den indre sammenhængskraft blandt lægerne.

5.3.1 Fælles interesser og forskelle i lægeperspektivet

Den fælles delmængde 'A' udtrykker fælles interesser mellem de tre grupper, nemlig:

A: De er alle optaget af specialets fremtid og vigtigheden af at fastholde og rekruttere læger, eller som en klinikchef kort sammenfatter det: *"speciallægerne skal have det godt"*. Interessant er også, at de er fælles om at 'diagnosticere' en række væsentlige problematikker for RHP og sundhedsvæsenet som sådan. Disse kan sammenstilles i fire problematikker:

1. *Grundlæggende patientbehandlingsproblematikker*, fx sideeffekter af accelererede patientforløb i form af: Risikoen for forhastede diagnoser/forkert behandling, visiteringsdilemmaer: Hvem er psykiatriens patient/ikke-patient, og hvor skal ansvaret placeres, usikre patientovergange mellem sengeafsnit og ambulant/distriktspsykiatri? Lægerne er fælles om faglig *"selvforståelse, at man tager de sværeste patienter ind"*, men også at den grundlæggende lægekernefaglighed er truet på alle niveauer i systemet, fra de øverste ledelsesposter som sundhedsdirektør til de medicinstuderende, der *ikke kan se lægens arbejde*, når de kommer på afsnittene, og derfor ikke rekrutteres.
2. *Synlighedsproblematikkens onde spiral* som er, når *"andre faggrupper går ind og overtager og dermed med selvforstærkende effekt går ind og udvander det, som i forvejen er under pres, så der kommer færre psykiatere ud af det"* (Speciallæge). Der er tale om mange faggrupper fra sygeplejersker til konsulenter og DJØF'ere, der går ind og overtager, resultatet er det samme: Specialet taber synlighed og hermed rekruttering og indflydelse i en selvforstærkende, nedadgående spiral.
3. *Dekretsproblematikken* handler om at tvinge speciallæger til opgaver. Det er en ledelsesstil, som fungerer dårligt med lægernes akademiske uddannelse til selvstændighed

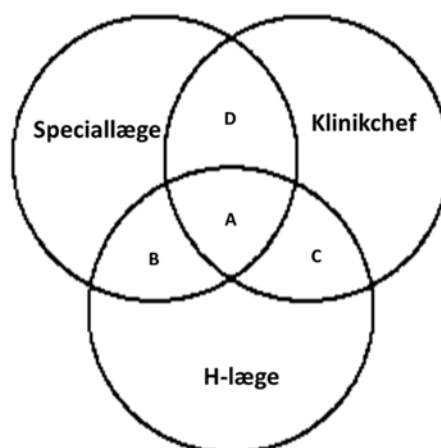
og ansvar i opgaveløsning. Speciallægerne fortalte om ti speciallæger, der forlod deres ansættelse i forbindelse med at blive tvunget på vagt. Men også at der tidligere var mere fleksible løsninger for at tage vagter, fx vagtskemaer man kunne skrive sig på. At der også som udtryk for rekrutteringsfremgang er kommet stadig flere medicinstuderende, som indgår i vagthold.

4. En *standsproblematik*, hvor speciallægerne også selv må gå ind og tage ansvaret på sig, frem for at lade andre faggrupper tage over: *"Min opsang går på, at når vi som læger får ledelsesansvar, så skal vi også tage det. Vi skal ikke bare sidde der i et midterlag og sige, hvad vi synes, nogen skal gøre. Vi skal gå ind og tage det, tage ledelsen og tage det på os. Og skabe retning. Og det jeg gerne vil have fra dem ovenover mig, det er en opgave og en flok, jeg må løse det her med, men så skal de ellers ikke blande sig mere."* (Speciallæge)

Disse fire problematikker angiver væsentlige holdepunkter i forhold til:

- Ad 1. at begrunde specialets unikke rolle for sundhedsvæsenet og borgere som sådan, netop til at have 'fingeren på pulsen' for, hvilke konsekvenser en hver organisering af sundhedsvæsenet altid vil have, intenderet som uintenderet. Intet system er et nulfejls-system, som de også pointerer. Enhver organisering vil altid have nogle bagsider, som det er vigtigt for samfundet og systemet, at nogle tager ansvar for og italesætter. Dette helhedsperspektiv på konkrete patienter, somatiske og psykiske lidelser og behandlingsbehov kan ingen anden faggruppe i RHP påberåbe sig kompetencen til.
- Ad 2. at usynliggøres speciallægens arbejde af andre faggrupper, mister man rekrutteringskraft.
- Ad 3. at speciallæger ledes dårligt med dekretter. I så fald er sandsynligheden stor for, at de selv vælger sig en anden arbejdsgiver eller bliver selvstændige erhvervsdrivende psykiatere. Hvornår noget er et dekret, kan selvfølgelig gradbøjes, men der er mange eksempler på administrative tiltag, der i praksis virker som indblandinger i speciallægenes patientansvar og faglige selvstændighed, fx i spørgsmål til valg af behandlingspræparat og dosis til konkrete patienter, eller behandlingstilbud og -pakker, der ikke passer til patientens problem, eller hvor indholdet bestemmes af andre uden gennemsigtighed for beslutningsgrundlaget.
- Ad 4. at speciallægestanden skal træde frem og påtage sig nogle opgaver og gives mulighed for selv at gå ind og løse dem, "skabe retningen" og stå til regnskab herfor inden for nogle veldefinerede rammer/ressourcer men med en vis frihed i opgaveløsning. Et ønske, som også er beskrevet ved lægernes forespørgsel efter "et kreativt rum" i patientmødet (frem for en spredt opmærksomhed, der er forstyrret af en ydelsesproduktionslogik) og en mere progressiv medicin frem for defensiv. En sådan lægger op til en læringskultur, man allerede har i en vis udtrækning i forhold til utilsigtede hændelser frem for en kontrolstruktur, (beskrevet ved de mange juridisk prægede VIP-dokumenter og screeningsværktøjer, der gør patientansvaret til en tjekliste), men at en sådan også forudsætter en form for kollektiv selvjustits blandt lægerne som stand.

Figur 5.3 Den lægefaglige gruppe, interessesammenfald og forskelle



B: En berøringsflade mellem speciallæger og H-læger er førstnævntes ansvar for supervision og oplæring af H-læger til at blive speciallæger. Et dilemma for speciallægerne er, hvis en faggruppe om specialpsykologer går ind i akutvagter, så forringer det H-lægernes oplæring. H-lægerne giver generelt udtryk for, at de godt kan se supervisions- og oplæringspotentiale for dem, selv hos specialpsykologerne. Vigtig for H-lægerne er at få speciallægernes supervision ved stuegang. Begge giver udtryk for, at de ikke ønsker en fremtid for specialet i rollen som konsulent og i modstrid med kerneopgaven og identiteten som speciallæge ved at have videst mulig kontakt til patienter og personalet, herunder H-lægerne omkring dem.

C: Klinikchefer ser dog ikke specialpsykologer i akutvagter i dagtiden i weekenden som en barriere for oplæring af H-læger. Tværtimod vil det kunne bidrage positivt til H-lægers oplæring ved at give mere tid til stuegang og muligheden for følge individuelle patientcases. Det bliver dog for klinikchefer alt andet lige mere besværligt at lave vagtplan med en specialpsykolog frem for H-læge og/eller speciallæge som henholdsvis forvagt og bagvagt. Det kræver brede vagttag, da specialpsykologen ikke dækker lægernes somatiske og medicinske kompetencer i vagten. H-lægerne efterlyser afsnit eller afdelinger med klinikchefer, der er faglige fyrtårne. De anser de faglige fyrtårne til at have en rekrutterende virkning til specialet.

D: Speciallægerne vurderer, at klinikchef tidligere var 'slutstillingen' i et vellykket karriereforløb i psykiatrien, men at det ikke mere er tilfældet. Stillingerne kan være svære at få besat. En speciallæge beretter, at rekrutteringsbureauer endog forsøger at få knap færdiguddannet speciallæger til at tage en klinikchef-stilling. Klinikchefernes faglige habitus, ledelseskompetencer og politiske pondus over for de øvre ledelseslag lader til at være en vigtig rekrutterings- og fastholdelseskraft. Såvel som det generelle pres på lægerne kan bidrage til, at de "koloniserer sig", og hermed selvforstærkende ikke søger centre med få læger og lægefaglige svage centerledelser. I stedet søger de som en presset faggruppe de centre, der fagligt og ledelsesmæssigt matcher deres behov for at blive set og inddraget. Endelig skal man ikke glemme den stærke læringskultur (lægerne også overenskomstmæssigt er forpligtet til), der forudsætter nogle faglige miljøer at lære speciallæge-kompetencerne i.

Klinikcheferne beskriver en kultur blandt læger med manglende anerkendelse af ledelse. De ser også, at H-læger og speciallæger kan have forskellige behov for støtte, i forhold til screeningsredskaber, VIP-dokumenter og dokumentations- og registreringsarbejde. De genkender også krydspres på sengeafsnit mellem at indlægge og udskrive, herunder vanskelighederne med at støtte patientovergange i ydelsessystemet, samt administrationslogikker, bl.a.

100 % målopfyldelse, hvis "røde tal" også virker demotiverende på dem selv og vanskeliggør trivsel.

Samlet fremgår det af A, B, C og D, at:

- lægerne og specialet har uundværlige kompetencer for at varetage patientansvaret
- deres synlighed og rekrutteringsgrundlag er truet af andre faggrupper og ved en ledelsesstil, der ikke inddrager og giver ansvar i opgaveløsningen
- de er usikre i forhold til vægtning af specialpsykologernes bidrag til at løfte opgaverne
- de har en erkendelse af, at de selv skal gå ind og tage ledelsesopgaver på sig
- centrene har en vigtig opgave i at tiltrække læger med faglig og indflydelsesstærke ledere
- spændingen eller vanskelighederne i klinikchefernes faglige ledelse ligger i deres grad af indflydelse på de(t) administrative system(er) og øvrige ledelseslag.

6 Delkonklusion B: lægespecialiets fremtid

Lægerne fremhæver en række problematikker i udviklingen af patientbehandlingen i RHP. Disse er centreret om de fire temaer:

1. Kvalitet
2. Meningsfuld dokumentation/registrering
3. Ledelse/indflydelse
4. Klarlægning af opgaver.

Temaerne griber ind i hinanden, således at kvalitet i behandlingen, registrering og klarlægning af opgaver hænger sammen med ledelse, og den indflydelse lægerne har på tilrettelæggelse af patientforløbene, herunder beskrivelse af pakkerne og ressourcerne, der er tilknyttet, de administrative systemer, der skal understøtte forløbene, opgavefordelingen og resourceforbruget samt de personalegrupper og kompetencer, der skal til for at løse opgaverne.

Samlet betyder det, at lægespecialiet har afgørende indsigt i udviklingen af fremtidens patientbehandlinger i RHP, men også at rekruttering og fastholdelse af speciallæger er betinget af en række forhold, der hænger sammen med at:

- styrke det lægefaglige perspektiv på patientbehandlinger, herunder at give lægerne de kerneopgaver, de ønsker sig, og flere terapeutiske muligheder
- afklare, hvorledes ledelsesrollen som klinikchef kan styrkes:
 - fagligt, så både speciallæger og H-læger rekrutteres af "faglige fyrtårne"
 - administrativt i forhold til at nedbringe ydelsespresset og ændre logikkerne for organisering af arbejdet henimod patienten i centrum.
- bidrage til og udvikle en digital infrastruktur, inklusive it-sundhedsplatformen, intranet med VIP-dokumenter og andre, der:
 - frigiver tid og kreativ opmærksomhed i patientkontakten
 - understøtter tværfagligt samarbejde om patientforløb
 - måler på patientbehandlingseffekt og genindlæggelsesfrekvens, frem for ydelser og produktion
 - mindsker registreringsbyrden med Epic. Altså kliniske relevante data har forrang for administrative og juridiske dataønsker.
- skabe en kultur med respekt, dialog og konstruktiv dialog i og mellem ledelseslagene
- nedbringe behandlingspresset på RHP ved politisk vilje via lovgivning at løse "Janus-behandlingsgarantien", der skaber patienter, særligt børn og unge, der cirkulerer rundt mellem sektorerne, fx ved en tilsvarende behandlingsgaranti i kommunerne og primærsektoren
- forbedre implementering af nye tiltag, således at personalet ikke oplever, at de foregår hovedløst, men er afstemt og koordineret indbyrdes og til de enkelte afsnit.

De følgende fire underafsnit sammenfatter nogle analyseresultater fra det lægefaglige perspektiv og præsenterer særlige dilemmaer, der er opstået i det tværfaglige perspektiv på delegation.

6.1 Kvalitet i patientbehandlingen fastholder og tiltrækker speciallæger

Kvalitet er en bærende motivationsfaktor for at fastholde og rekruttere speciallæger i RHP. Kvalitet i psykiatrisk patientbehandling og patientforløbet er dog en mangesidet, tværfaglig og tværsektoriel størrelse.

Afgørende for kvalitet i speciallægenes optik er:

- patienten i centrum (dennes problemer og ønsker til et bedre liv) med ordentlig tid til udredning, et mangfoldigt behandlingstilbud, hensigtsmæssig arbejdsdeling mellem sektorerne, og administrative rammer, der skaber tillid i den kliniske praksis og giver speciallægerne indflydelse på personalesammensætningen.

Speciallægerne har en mængde forslag til kvalitetsudvikling og opgaveflyt. Det drejer sig om:

1. korrekt medicinering og at nedbringe tvang, herunder medicinforbrug via opkvalificering af plejepersonale og alsidige terapiformer, fx miljøterapi
2. inddragelse af farmakologer og almenmedicinere til at løfte og forbedre medicinering og somatisk udredning
3. psykologer og specialpsykologer til at fremme udredningsprocessen, patient og pårørende samtaler
4. behandlingssygeplejersker til at afslutte patienter i akutmodtagelser
5. specialpsykologer til at supervisere og udbrede psykoedukation
6. specialpsykologer til at indgå i brede vagtlag med læger, der dækker de somatiske og medicinske kompetencer
7. specialpsykologer til at vurdere ophævelse af tvang/frihedsberøvelse.

6.2 Fremtidig registrering og dokumentation

Lægerne har ønsker om en mere progressiv dokumentation og registrering, der understøtter deres egne kompetencer og patientkontakten og behandlingsforløbet bedre. Generelt kunne dialogen mellem administration og klinik styrkes med henblik på at få et forbedret samspil mellem dem til gavn for organisering af arbejdsgange og patientbehandlingen, herunder fastholdelsen af lægerne. Implementering af it-sundhedsplatformen risikerer metaforisk set at blive et 'sort hul', der fortsat kræver mange dataregistreringer og for meget opmærksomhed fra lægerne, uden at de oplever en tilsvarende nytteværdi for deres egen praksis og dokumentationsbehov, samt gevinster for deres kommunikation og kontakt til patienten og samarbejdsrelationen.

6.2.1 Forventninger til it-sundhedsplatformen

Der er ikke mange konkrete forventninger til it-sundhedsplatformen, Epic. Kun en af deltagerne har været inddraget i leverandørens, Epic, arbejde med at tilpasse deres produkt til RHP. En speciallæge giver udtryk for, at han gerne så, at hans center var repræsenteret med flere personer i udviklingen af Epic til deres praksis. Det var derfor svært for deltagerne at give konkrete input til it-sundhedsplatformen, andet end den alt andet lige må forventes at være en forbedring i forhold til de systemer, de interagerer med nu. Forbedringerne handler

om, at it-hastigheden øges, pc bliver opdateret, tjeklister som hjælp i organisering og gennemførelse af arbejdet og interessant nok bookingarbejdet. Der var således en forventning om, at patienterne vil kunne overtage en opgave med at booke selv.

Risiko for at miste ældre speciallæger ved implementering af ny dokumentationspraksis

En bekymring handlede om, om den nye dokumentationspraksis kunne vanskeliggøre fastholdelsen af de ældre speciallæger uden it-færdigheder, herunder at de går tidligere på pension frem for at fortsætte arbejdslivet. Både læger og sygeplejersker efterlyste mere sekretærhjælp.

Kriterie for oplæring af brugere / brugerinddragelse

Implementering af it-sundhedsplatformen, der alligevel forventes at foregå over en *"tiårig periode"*, kunne parallelt tage hensyn hertil, og fritstille de brugere i speciallægegruppen, som ikke kan forvente at få en kompetencemæssig gevinst ved at ændre deres dokumentationspraksis. Dette vil være i overensstemmelse med manifesteret for den skandinaviske tradition for brugerinddragelse i design- og systemudvikling (Berg 1998). Heraf fremgår det, at et system skal have en positiv værdi for brugerne, bl.a. ved at bidrage til viden og kompetencer. Dette kan blive svært at opnå for de ældre speciallæger, som kan opleve et kompetencetab, og dermed øges risikoen for, at de tidligere forlader psykiatrien, fx går på pension. Det ville eventuelt kunne forebygges ved at bevare sekretærstøtten til ældre speciallæger. Alternativt ser man i et informationsøkologisk perspektiv både ældre, erfarne læger og sekretærer som vigtige vidensressourcer at inddrage i designprocesserne med at tilpasse og implementere it-sundhedsplatformen lokalt til klinisk samarbejde. (Star & Bowker 2002).

6.3 Ledelse: idealer, ønsker og lederfigurer

God ledelse er et tema, der går igennem alle interview. Også klinikcheferne fortæller om, hvad de vægter i ledelse, H-lægerne giver eksempler, og sygeplejerskerne og specialpsykologerne fortæller om deres erfaringer med eksemplariske overlæger. De dyder, der er gennemgående for beskrivelserne, er:

- respektfuld, tværfagligt orienteret, lyttende, dialog, rum for kritik, kommunikere op i systemet, delegere, fagligt stærk, beskyttende og modig.

Der blev også af en klinikchef efterlyst en dyd, som mangler i den eksisterende lægefaglige kultur, nemlig:

- gensidig anerkendelse: at man viser og giver opbakning til hinanden ved ledelsesmæssige beslutninger, som man er enige i.

Endelig blev der også opfordret til generelt bedre personalepleje og en hensigtsmæssig værdipolitik i form af:

- fleksible ansættelsesforhold, fx at kunne gå på nedsat tid i stedet for pension
- bedre videreuddannelsesmuligheder for personalet, inklusive lægerne
- anerkendelsessymbolik, fx julegave til medarbejdere fra ledelsen
- lønincitamenter, fx er det demotiverende for speciallægerne, at andre regioner lønner bedre, og at man kan *"tjene det dobbelte"* ved at opsiges sin stilling og i stedet blive tilkaldt. Det er en funktion med mindre ansvar og færre forpligtigelser men paradoksalt nok mere lønsom

- arbejdsdelingen mellem administration og klinik, herunder prioritering af ressourcer, dvs. antallet af "kolde hænder" over for antallet af "varme hænder", underforstået at samspillet mellem "DJØF'ere" og sundhedspersonaler er anspændt, og at deres respektive formål til tider er kontraproduktive, set fra lægernes (og sygeplejerskernes) perspektiv

Samlet blev der beskrevet forskellige lederfigurer for læger, hvori der var enighed om, at konsulentfiguren ikke er attraktiv. I stedet spiller speciallægen en vigtig hybrid lederrolle ved at skulle få personalets mange fagligheder og individuelle kompetencer til at spille sammen, så der både er kvalitet og udvikling i det for patient og i bedste fald også for personalet, særligt H-lægernes krav på oplæring.

6.3.1 Den hybride, tværfaglige lægeleder

Speciallægerne går skridtet videre og filosoferer sammen på metaplan, hvilke beslutningsrationaler eller principper de finder afgørende for god delegation af opgaverne i deres ambulante afsnit, også beskrevet som "Gartneren" i voksenpsykiatrien og "Husmoren" i BUC.

Gartneren og Husmoren

Disse figurer adskiller sig ved, at gartneren har en dobbeltopgave, der tilsigter, at både personalet og patient skal have udbytte af delegationen. Patientens team dannes ikke primært med afsæt i formelle faggruppekompetencer, men den enkelte personales særlige terapeutiske profil og interesse for faglig dygtiggørelse og udvikling. Det er en læringsstil og -identitet, der indgår i naturlig forlængelse af de mange år, læger er under oplæring, og kulminerer, når speciallægen og klinikcheferne selv bliver ansvarlige for at oplære nye læger (frem for dem selv).

Husmoren er mere pragmatisk og kreativ i sin opgavefordeling: Det handler først og fremmest om at få tingene gjort: Kende din husholdning og så bruge de ressourcer, du har til rådighed til at løse opgaven. Den lægefaglige leders styrke er at kende opgaven, så skal deres kreative intelligens nok få den løst.

Delegatoren

Gartneren har stor lighed med "Delegatoren", som specialpsykologerne beskrev. Altså en speciallæge, der ønsker at delegere og gøre det gennem sit engagement, interesse for personalet og faglig troværdighed og udsyn. Sygeplejerskerne omtalte lignende populær lederfigur, men havde også erfaringer med "Konsulenten".

Sygeplejerskerne kendte Konsulentfiguren fra et ambulatorie og fungerede udmærket med den. Sygeplejerskerne kunne nemlig "selv starte op" og havde en klar delegering for deres opgave med oplæring. Lægen var bare god at have i baghånden for en selvstændig og afgrænset opgaveløsning (fx medicinregulering til ADHD-patienter).

Mens Gartneren, Husmoren, Delegatoren og Konsulenten tog afsæt i den ambulante psykiatri med tværfaglig opgaveløsning ved delegation, var H-lægernes diskussion af "Blæksprutten" en anden figur.

Konsulenten versus Blæksprutten

Denne figur var tænkt som en fremtidig løsning på risikoen for, at speciallægen udviklede sig til konsulent for den ambulante psykiatri, leder af specialpsykologer. Speciallægen vil godt nok som Blæksprutten være 'backstage' frem for i front hos patienterne men vil som leder af tre afsnit kunne bevare behandlingsansvaret hos den lægefaglige stand, (herunder sikre sine H-lægers patientkontakt, men også supervision og oplæring af specialpsykologen). Underforstået, at speciallægens har en fælles interesse i som faggruppe at tænke strategisk,

herunder at nogle (flertallet) af speciallægerne kan bevare de diagnostiske samtaler ved, at andre påtager sig et øget ledelsesansvar.

Blækspruttens 'stor-skala'-ledelse af behandlingsansvaret vil også forudsætte en udvidet stuegangskultur i form af en forstuegang og en efterstuegang, hvor overlægen superviserer personalet og udvalgte patientcases.

Disse forskellige lægefigurer understreger samlet den vigtige og hybride, lederrolle lægerne spiller for den tværfaglige organisering og gennemførelse af de daglige patientbehandlinger.

6.4 Klarlægning og delegation af opgaver

Et andet centralt tema er, hvilke personaler og opgaver lægerne gerne delegerer opgaver til i fremtiden. Disse er:

- Farmakologer
- Almen medicinere
- Specialsygeplejersker
- Sygeplejersker
- Social- og sundhedsassistenter
- Psykologer
- Specialpsykologer
- Behandlingssygeplejersker
- Sekretærer
- Jurister til support i klinikken
- Socialrådgivere
- Lean-konsulenter
- Rengøringshjælp
- It-supportere i klinikken.

Begrundelserne er alt andet lige, at de bidrager til kvalitet og effektivitet i patientbehandlingen og opgaveflow. Særligt farmakologer og almen medicinere vil kunne aflaste speciallægerne og give dem mere tid til psykopatologisk udredning og patientsamtaler. Sekretærer er vigtige for at effektivisere lægernes tid, også på dokumentation. Hvis sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter skal bruge mindre tid på registrering, vil det også give patienterne mere tid med personalet.

6.4.1 Uriasposten: akutvagter

Vagtordninger, på særligt akutafsnit, var også et gennemgående tema i gruppeinterviewene. Interessant var, at faggrupperne skubbede opgaven rundt mellem sig:

1. Speciallæger foreslog special- og behandlingssygeplejersker.
2. En klinikchef foreslog specialpsykologen som bagvagt i dag- og aftenvagt på lørdage.
3. En sygeplejerske foreslog opkvalificering af forvagten med erfarent personale, mens sygeplejerskegruppen var enige med specialpsykologerne.
4. Specialpsykologerne foreslog speciallægen.

Der er således en fælles erkendelse af, at det er en vigtig post, bl.a. med henblik på at nedbringe presset på sengeafsnittene, men også at ingen af faggrupperne selv har lyst til at påtage sig den.

6.4.2 Specialpsykologer: 'Trojansk hest' eller 'Fugl Fønix'

Det er endnu ukendt, hvilken rolle og hvilke opgaver specialpsykologer kan og vil løfte i fremtidens psykiatri. Der er en reel risiko for, at specialpsykologer i ledelsesopgaver bliver til en 'trojansk hest', således at speciallægens kerneopgaver i forhold til psykopatologisk udredning og psykoterapi overtages af psykologerne. Over tid kan det bidrage til den negative rekrutteringsspiral, hvor opgaveflyt til andre faggrupper usynliggør speciallægerne, og dermed udvander specialet. Altså vanskeliggør RHP-opgave med at rekruttere og fastholde speciallæger.

Omvendt har lægerne også forhåbninger til, at kunne skabe en anden medicinsk dagsorden med mindre tvang og mere tid til udredning. Specialpsykologerne kan i den sammenhæng, qua deres psykosociale kompetencer, samtaleteknikker og supervision, være en ressource med henblik på et generelt kompetenceløft blandt personalet og i forhold til inddragelse af patient og pårørende i behandlingen og således også bidrage til at udvikle den kvalitet, som lægerne efterlyser med mindre tvang og mere tid til dialog.

Det anbefales derfor, at speciallægerne udvider deres erfaringer med specialpsykologer, bl.a. ved at delegere opgaver til dem, fx i form af:

- at oplære og supervisere plejepersonaler, såvel som H-læger
- at supervisere afsnitsledelser med henblik på at nedbringe tvang og øge patientinddragelser
- at gå i akutvagter i brede vagtlag, hvor andre faggrupper dækker det somatisk og medicinske.

Erfaringer med specialpsykologer i akutvagter vil også give et nyt grundlag i RHP for at vurdere og evaluere:

- speciallægenes bekymring for, om specialpsykologer rent arbejdsmæssigt vil kunne bidrage til at nedbringe lægenes samlede opgavebelastning
- specialpsykologernes betydning for og bidrag til det tværfaglige akutsamarbejde
- om specialpsykologerne kan bidrage til at nedbringe tvangsindlæggelse og brugen af beroligende medicin. I så fald vil lægerne også opleve en grad af aflastning.

Det vil også kunne afprøves, om specialpsykologer kan bruges til at vurdere ophævelse af tvangsforanstaltninger. I så fald vil det alt andet lige øge kvaliteten af patientbehandlingen og mindske presset på lægens tilstedeværelse og dokumentation.

7 anbefalinger til videre dialog i RHP

Det følgende kapitel sammenfatter de væsentligste erkendelser fra fokusgruppeinterviewundersøgelsen med særligt vægt på speciallægerne med henblik på at give forslag til fastholdelse og rekruttering af speciallæger i RHP, samt at give input til RHP's arbejdsgruppe, som skal give et bud på fremtidens speciallæges kerneopgaver. Dernæst følger to fremtids-scenarier, udledt af konklusionerne med henblik på at forfølge rækkevidden og betingelserne for de visioner, interviewdeltagerne gav udtryk for. Fremtidsscenarier har ikke noget objektivt eller ideologisk sigte. Deres formål er udelukkende at fremme læsernes egne forestillinger og meninger til RHP's fremtidige udviklingsveje, og hermed også skærpe meninger og diskussion.

Trædesten for anbefalingerne

Konklusionerne bygger på et beskedent antal menneskers udsagn. En generalisering til RHP generelt vil kræve andre metoder. Litteraturen bekræfter dog en række af de nævnte temaer og problematikkerne heri. Det drejer sig om temaet registrering og dokumentation, om behovet for afbureaukratisering i styring af hospitalsområdet, mindre standardisering, mere patient- og pårørendeinddragelse, større lokalt ansvar, implementeringsmæthed og behovet for nytænkning (bl.a. Holm-Petersen et al. 2015). Det vanskelige sektorsamarbejde om de gode patientforløb er også en velkendt politisk og praktisk udfordring. (Holm-Petersen et al. 2014). 'Psykiatriens ladeport' og uklare grænser beskrives også i en nyudgivet bog, 'Psykiatriens ustyrlighed', som en: "uhæmmet og ukontrolleret tilstrømning af psykiatriske patienter", hvor: "ingen myndighed har ansvaret for at definere psykiatriens arbejdsfelt" (Vestergaard 2016). En mere værdibaseret ledelse i form af 'Patienten i centrum' genfindes også på RHP's egen hjemmeside, "Visioner for fremtidens psykiatri" (Region Hovedstaden 2011). Ligesom udviklingsstrategier for effektmålinger på værdibaseret ledelser er under udvikling (Rud Pedersen & KORA 2015). Nye tal fra Danske Regioner bekræfter også et stort pres på akutmodtagelser, hvor tvangsbehandling er steget markant.

I forhold til lægernes ønsker om tid til kerneopgaven den diagnostisk samtale bekræfter overlæge og tidligere formand for Dansk Psykiatrisk Selskab Thomas Middelboe vigtigheden af en stærk faglighed i den "diagnostiske lægekunst": *"Med diagnosen som baggrund for rationel behandling er opgaven samtidig at lade diagnosticeringsprocessen understøtte samarbejdsalliancen mellem læge og patient. Vi har en forpligtigelse til at sikre, at samtalen mellem lægen og det enkelte menneske udfolder sig med al den betydning, dette møde rummer"* (Middelboe 2015:128). Psykiatriens grundlæggende tværfaglighed med mange faggrupper, (også flere end der bliver behandlet i indeværende rapport) og vigtigheden af respekt beskrives også af tidligere overlæge og professor Per Vestergaard (april 2016), der ligeledes opstiller syv modeller, 'tankeeksperimenter' for fremtidige organiseringer af psykiatrien med henblik på at imødegå nogle af de nævnte organisatoriske dilemmaer (Ibid).

7.1 Forslag til fastholdelse og rekruttering af speciallæger i RHP

Følgende præsenterer nogle forslag til RHP, herunder input til arbejdsgruppen, som arbejder med speciallægers fremtidige kerneopgaver med henblik på at fastholde og rekruttere speciallæger, samt to fremtidsscenarier, udledt af analysen, der angiver nogle yderpunkter for udviklingen af RHP's organisation og de tre nævnte faggruppers indbyrdes samarbejde og

opgavefordeling. Scenariernes formål er at inspirere og fremme refleksion og videre dialog om lægespecialets fremtid og rolle i patientbehandlingen.

Den vigtigste opgave for RHP er at skabe tillid hos speciallægerne til organisationen og til dens ledelseslag. Det kan ske ved:

- en ledelsesstil med øget inddragelse og dialog med mulighed for kritik i alle ledelseslag
- implementering af politikker og ledelsesbeslutninger, så de gennemføres i et afstemt og koordineret tempo mellem både de enkelte implementeringer og med de forskellige ledelseslag
- at skabe bedre samklang mellem administrative systemer og klinisk praksis, herunder afveje ressourcefordelingen mellem 'kolde hænder' og 'varme hænder'
- at styrke klinikchefernes organisatoriske rolle med henblik på faglig troværdighed og politisk-administrativ gennemslagskraft
- at give tid og indflydelse til lægerne med henblik på at højne kvaliteten i patientbehandlinger
- at delegering af opgaver til specialpsykologer bør ske individuelt og gradvist. Opgaverne med akutvagter og nedbringelse af tvang kan efterfølgende evalueres af lægerne med henblik på at opbygge fælles erfaringer og vurdere muligheden for rammedelegation af opgaver til gruppen. Evalueringen kunne tage afsæt i at vurdere:
 - i hvilken grad, specialpsykologerne 'kan tage fra', og bidrage til at nedbringe arbejdspresset og uden at tage den diagnostiske udredning og patientsamtalerne fra lægerne
 - i hvilken grad, de gør en forskel med henblik på at nedbringe tvang og inddrage patienter og pårørende i behandlingen.

Kodeordene for ledelsen af speciallæger er:

- mindre topstyring
- en mere kvalitativ end kvantitativ dagsorden
- 'ærlig psykiatri' i form af sammenhæng mellem, hvor mange behandlingstilbud RHP giver, tilbuddenes indhold og antal patienter
- klarere afgrænsning af, hvem der er psykiatriens 'patient', og hvem der ikke hører til i psykiatrien, og/eller cirkulerer uhensigtsmæssigt mellem sektorerne, grundet:
 - manglende lovgivning på børne- og ungeområdet
 - andre kommunale områder, der trækker på RHP's gratis behandlingsgaranti, uden at den har behandlingsmæssig relevans fx for a-kassemodtagere, der ikke er motiveret for behandling
 - manglende tilbud til patienter, der falder uden for pakketilbud og visitationskriterier.
- administrativ bedre understøttelse af og samspil med klinikken
- nedbring klinisk overflødige registreringer, og de VIP-dokumenter, der lokalt er overflødige for lægeopgaverne. Disse stjæler arbejdstid og forstyrrer den kliniske opmærksomhed
- at tydeliggøre opgaver og rammeressourcer for at løse en opgave, og lade det være op til speciallægen lokalt at lave og gennemføre en løsning
- at udvikle nye kvalitetsstyringsmål på behandlingseffekten på patienten og i forhold til genindlæggelser.

7.1.1 Andre incitamenter til fastholdelse af speciallæger

Kerneopgaver

Konklusionen fremhæver en synlighedsproblematik for speciallæger relateret til, at andre faggrupper overtager patientopgaver og dens onde spiral i forhold til at vanskeliggøre rekruttering. Det er derfor essentielt for specialets fremtid, at speciallægenes ønsker til kerneopgaver imødekommes. Disse ønsker er:

- Udredningsret, herunder mere tid til diagnostisk, udredning
- Indlægge og udskrive/afslutte behandlingen
- Behandlingsansvar
- Psykopatologisk og somatisk udredning
- Medicinering
- Tovholderfunktion/brobygger
- Ledelse: faglig ledelse, herunder personaleansvar
- Personaleledelse
- Ansvar for oplæring af yngre læger
- Brug af særlige kompetencer, fx autoriseret psykoterapi, dynamisk terapi, miljøterapi.

Løn og ansættelsesforhold

RHP kan også vise anerkendelse af speciallægenes arbejde gennem løn og personalepleje:

- Afstemme speciallægenes lønniveau med de andre regioners.
- Det er kontraproduktivt for fastholdelse af speciallæger, at de aflønnes bedre som tilkaldsvagt end ved fastansættelse i RHP
- RHP kan fastholde ældre speciallæger ved at forbedre deres mulighed for at gå på nedsat tid, altså at organisationen understøtter en gradvis overgang til fuld pensionering.

Rekruttering af speciallæger til centre med lægemangel

I organisationslitteraturen (Power 1997) er 'kolonisering' velkendt. Faggrupper under pres grupperer sig, søger hinanden. Dette kan også være tilfældet med speciallægerne, såvel som en naturlig følge af deres indbyrdes forpligtigelse til faglig udvikling, læring og oplæring. Grupperingen betyder, at andre faggrupper får friere spil til at brede sig, herunder specialpsykologer, der også gerne vil ledelse, som en vej til flere opgaver. Dette er legitimt nok for begge grupper, men hvis RHP vil sikre befolkningen en bredere lægedækning, så skal den gøre det attraktivt, herunder både fagligt udviklende og socialt trygt for speciallægerne at søge til centre med få læger. Det anbefales derfor RHP at udvikle en strategi for at gøre centre med lav lægedækning attraktive. Fokusgruppeinterviewene løftede sløret for, at ledelsesstil betyder noget, og at faglige fyrtårne har tiltrækningskraft. RHP kan supplere disse antagelser med en undersøgelse af speciallægenes jobsøgningsmønstre og motiver, såvel som selv indsamle data systematisk til 'organisatorisk læring', når speciallæger forlader deres stilling i RHP.

7.2 Fremtidsscenarier for RHP-centre

De følgende scenarier har taget afsæt i to forskellige løsninger blandt potentielt flere mulige på ansvars- og opgavefordeling mellem særligt speciallæger og specialpsykologerne, qua en potentiel ressource for løft af opgaver og kvalitet, nemlig:

- a) Udvidelse af lægens behandlingsansvar til at inddrage specialpsykologen til særlige opgaver med henblik på tværfaglig kvalitetsudvikling med afsæt i vision om 'patienten i centrum', patient- og pårørendeinddragelse og recovery.
- b) Opdeling af patientansvaret mellem speciallæger og specialpsykologer, hvor sidstnævnte udvikler tværfaglig kvalitet i den ambulante psykiatri, og førstnævnte i specialiseret senge- og akutafsnit med forskning.

De følgende to afsnit uddyber scenarierne og de forskellige risici og krav, løsningerne vil have for lægespecialet, til den administrativ støtte og med henblik på en hensigtsmæssig tilpasning/udvikling af it-sundhedsplatformen til fremtidens patientansvar.

7.2.1 Scenarie A: paradigmeskift til 'patienten i centrum'

Visionen om patienten i centrum bliver ledetråd for udvikling af RHP. Klinikchef og speciallæger initierer udvikling af centrets og afsnittenes patientbehandling hen imod patienten i centrum. De udvikler og designer i fællesskab og med inddragelse af særligt specialpsykologers og sygeplejerskers arbejdsgange, oplæring og patientforløb med øget fokus på kvalitet i forhold til patientinddragelse, grundig udredning, mangfoldige tværfaglige behandlingstilbud, nedbringelse af tvang og medicinering¹⁷, udbredelse af psykoedukation, miljøterapi, pårørendeinddragelse, udvikling af socialpsykiatri, bedre støtte i overgange og udvikling og støtte til de patienter, der ikke passer ind i et standarttilbud. Specialpsykologer gives særlige opgaver i udviklingen og designet med henblik på at nedbringe tvang og sikre inddragelse af patienter og pårørende.

Ledelse

Speciallæge og afdelingssygeplejerske indgår i den traditionelle tohovedede ledelse. Men kan overveje, afhængig af evalueringer af erfaringerne med specialpsykologer i fx akutvagter, at give specialpsykologen særlige ledelsesopgaver, således at speciallægen har det faglige ansvar, afdelingssygeplejersken ansvaret for personaleoplæringen og specialpsykologen inddragelsesansvaret. Sammen skal de konkretisere en politik for patientinddragelse, oplæringskrav og identificering af målparametre for tværfaglige patienteffekter (hele teamet er behandlere/"patientens hjælpere" til et bedre liv). Specialpsykologerne indgår, som de øvrige sundhedspersonaler, i vagter og har særlige opgaver i forhold til supervision og oplæring af H-læger og øvrige personaler, herunder i nedbringelse af tvang og inddragelse.

Der kvalitetssikres og effektivitetsmåles på få kvalitetsindikatorer, fx behandlingseffekten på patienten og antal af genindlæggelser¹⁸ og ikke på ydelser.

Anden dokumentation og andre styringskrav for kvalitet og effektivt

Afgørende præmisser for scenariet er, at de administrative og digitale systemer støtter op om et paradigmeskift med "værdi for patienten" som et centralt styringsmål. Paradigmeskiftet udfordrer hermed også andre styringslogikker, som i en årrække har domineret offentlig ledelse, som new public management med uhensigtsmæssige dokumentationskrav til sundhedspersonalet og -væsenet (Holm-Petersen et al. 2015), og er mere i tråd med nye teorier for public governance og 'patientcentred outcome' (Rud Pedersen & KORA, 2015, Højgaard & Kjellberg 2015).

¹⁷ Med det forbehold at nedbringelse af medicinering ikke er et kvalitetsmål i sig selv, da det kan være dårlig kvalitet at give forkert eller for lidt medicin.

¹⁸ Patientcentered outcome

7.2.2 Scenarie B: komplementær udvikling af centre i specialpsykiatri og ambulante socialpsykiatricentre

Dette scenarie opdeler i store træk opgaverne og ansvaret i RHP i sværhedsgraden af sygdom. Speciallægerne fortsætter med patientansvaret for patienter, der er indlagte og kræver omfattende medicinering og psykoterapeutisk behandling, patienter med lidelser, som der mangler forskningsviden om og behandlingstilbud til. Speciallægerne vil være samlet i forholdsvist få, men store centre.

Specialpsykologerne får øget ansvar for de grupper i patientmassen, som der er udviklet behandlingstilbud til, som ikke er psykotiske og stabiliserede men med henblik på "recovery"¹⁹ og har brug for en stærk socialpsykiatrisk indsats.

Dobbelt dagsorden for RHP

Denne dobbelte dagsorden for RHP's udvikling lægger op til, at speciallæger og specialpsykologer deler sengeafsnit, inklusive akutmodtagelse og det ambulante, og inklusive distriktspsykiatrien imellem sig.

Specialpsykologen tager ansvaret for det ambulante i psykosocial behandlingsperspektiv med speciallægen i baghånden som konsulent for medicinering. Speciallæger fortsætter akut- og sengeafsnit, gerne på specialiserede centre med fx neurologisk forskning og udvikling af nye behandlinger til patientgrupper i psykiatrien, som der ellers ikke er behandlingstilbud til. Faglige fyrtårne trækker speciallæger til.

Fredet administration

Det tiltrækkende ved dette scenarie er kortsigtet set, at det ikke kræver de store ændringer i det administrative setup.

Speciallægerne fortsætter under det registreringsregime, de allerede er i, mens specialpsykologerne dokumentations- og styringsmæssigt forbliver i en frizone et stykke tid endnu.

Implementeringsmæssigt vil dette scenarie være lettere at implementere. Men det forudsætter en bred organisatorisk, evt. også lovmæssig konsensus, om, at speciallægerne kan og må delegerede behandlingsansvaret til specialpsykologer i så omfattende grad. Og at de specialiserede centre er nok til at motivere speciallægerne, herunder fortsat at fastholde og rekruttere lægerne, også netop når de i højere grad bliver konsulenter for den ambulante psykiatri og i højere grad kommer til at stå med det "tungere" patientarbejde.

Risikoen ved denne løsning er, at lægerne usynliggøres, og at patienter, der passer dårligt ind i tilbuddene, ikke opdages, herunder risikoen for somatisk sygdomme. Ligeså kan det have en 'siloeffekt', således at patienter, der bevæger sig mellem distriktspsykiatri og sengeafsnit, stadig vil opleve en usikker overgang.

Specialpsykologerne vil endvidere blive givet et stort ansvar, de i den udstrækning ikke har tradition for at varetage. I så fald skulle RHP også orientere sig i erfaringerne fra Norge med specialpsykologerne som ledere af ambulatorier.

¹⁹ "Håbet om at komme sig – recovery – defineres og anvendes på forskellige måder. Det er både et begreb, et fænomen, som finder sted i den virkelige verden, og en tilgang, hvor mulighederne for og håbet om at komme sig fra alvorlige psykiske lidelser fremmes. Samlet set indebærer recovery: At der er et håb om, at den enkelte kan komme sig helt eller delvist selv efter meget svær psykisk sygdom. At det at komme sig sker i kraft af den syges egen aktive indsats", (Kistrup & Theilgaard, 2009).

7.3 It-sundhedsplatformen

Følgende afsnit er spekulativt, fordi der mangler reelle tilgængelige informationer om Epic's udformning af sundhedsplatformen til psykiatri, herunder lægernes opgaver med at producere data, samt hvilke roller systemet gives i oplæring af H-læger og for gennemførelse af de diagnostiske interview.

Teknologi er kendt for at have en transformativ, 'disruptiv' rolle og indvirkning på klinisk praksis, herunder med utilsigtede konsekvenser (Cambell et al. 2007, Wentzer & Bygholm 2007). Disse forbehold til trods giver de to scenarier for fremtidens speciallæge i RHP anledning til at reflektere over, hvilke krav de forskellige løsninger på patient- og behandlingsansvaret vil stille til dokumentation og digital støtte af fx mere tværfagligt samarbejde (som i scenarie A) eller klarere ansvars- og arbejdsopdeling (som i scenarie B)?

7.3.1 Digitalisering af scenarie A: patientinddragende, tværfaglig kommunikation

It-sundhedsplatformen kan gives en central medierende rolle med henblik på:

- at inddrage patienten bl.a. ved, at denne får adgang til patientoplysninger, behandlingsplan og mål
- at støtte tværfaglig teambehandling ved at synliggøre behandlernes kompetenceprofiler, behandlingsplanen, opgavefordelingen heri og procesplan for hinanden
- at understøtte lægens tovholderfunktion digitalt, herunder også kommunikere med patienten eller relevante medlemmer af teamet
- at synliggøre kvalitetsmål og opsamle data for behandlingseffekten
- at linke til opgave- eller domænespecifikke guidelines
- tværfaglig patientdokumentation
- evaluering af målopfyldelse, patientbehandlingseffekt/mål/genindlæggelsesfrekvens.

Forslagene til udvikling og tilpasning af it-sundhedsplatformen er inspireret af "Patientens team og den behandlingsansvarlige læge kan optimere patientforløb", en statusartikel for ledelse af psykiatrien i Ugeskrift for læger (Mainz & Jensen 2015).

Bagsiden af et sådan forslag er dog, at en gennemgribende digitalisering af patientkommunikationen og samarbejde kan have negative konsekvenser for patientens datasikkerhed/fortrolighed, generere nye juridiske overvågninger og opgaver, svække opbygning af tillidsrelationen mellem patient og behandler, hvis den skal opbygges i en 'klik-kultur' frem for samtale.

Litteratur

Aalborg Universitetshospital, Psykiatrien (2015). *Regionernes anvendelse af specialpsykologer i henholdsvis børne- og ungdomspsykiatri og psykiatri*. Aalborg: Aalborg Universitetshospital.

Berg, M. (1998). The politics of technology: on bringing social theory into technological design. *Science, Technology and Human Values*, 23(4): 456–90.

Campbell, E. M., Sittig, D. F., Ash, J. S., Guappone, K. P. & Dykstra, R. H. (2006). Types of unintended consequences related to computerized provider order entry. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 13(5): 547–56.

Coto, M.; Wentzer, H. S. & Dirckinck-Holmfelt, L. (2009). Evaluation Strategy: Reflecting Practice through Design of Blended Learning Environments. In: *Development of E-learning in the MOPEM Project*. Ed. J. Nogiec, Conference Proceedings. Poznan 2009: s. 94–111.

Dansk Psykiatrisk Selskab (2011). *Dansk Psykiatrisk Selskabs Hvidbog 2012-2020*. København: Dansk Psykiatrisk Selskab.

Danske Regioner (2011). *Kvalitet i psykiatrien – ny dagsorden for diagnostik og behandling*. København: Danske Regioner.

Danske Regioner (Juni 2014). *Pakkeforløb for angst og social fobi*. København: Danske Regioner. https://www.sundhed.dk/content/cms/81/16281_pakkeforl%C3%B8b-for-angst-og-social-fobi.pdf

Dinah (2013): *My EPIC Meltdown*, posted Friday, June 07, 2013: <http://psychiatrist-blog.blogspot.dk/2013/06/my-epic-meltdown.html> (tilgået 8. 4. 2016).

Engeström, Y. (1987). *Learning by Expanding. An Activity-theoretical Approach to Developmental Research*. Helsinki: Orienta-Konsultit.

Engeström, Y. (1998). Den nærmeste udviklingszone som den basale kategori i psykologisk pædagogik. I: *Fra Læringens horisont – en antologi*. Red. M. Hermansen. Århus: Klim, s. 111–148.

Engeström, Y.; Virkkunen, J., Helle, M., Pihlaja, J. & Poikela, R. (1996). *The Change Laboratory as a Tool for Transforming Work*. Center for Activity Theory and Developmental Work Research, University of Helsinki: http://gerrystahl.net/teaching/spring09/782readings/Engestrom_Change_Lab.pdf (Tilgået 12. 8. 2014).

EPIC (u. å.). *With the Patient at the Heart*: <http://www.epic.com/Software#SpecialtiesAncillaries> (tilgået 8. 4. 2016).

EPIC, 6 introduktionsfilm til sundhedsplatformen i Region Hovedstaden Psykiatri [Filmene kan ses for ansatte i RHP med adgang til RHP's intranet]: <https://intranet.regi-onh.dk/regi/It/sundhedsplatformen/indhold/Sider/Film.aspx>.

Halkier, B. (2010). Fokusgrupper. I: *Kvalitative metoder – en grundbog*. Red. S. Brinkmann & L. Tanggaard. København: Hans Reitzels Forlag, s. 121–136.

Holm-Petersen, C.; Hansen, J. & Vinge, S. (2006). *Medicinstuderendes og yngre lægers valg af speciale. Udfordringer og muligheder for psykiatrien*. København: DSI.

Holm-Petersen, C., Buch, M. S. (2014). *Litteratur om ledelse af samarbejde på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet*. København: KORA.

- Holm-Petersen, C., Wadman, S. & Andersen, N. B. V. (2015). *Styringsreview på hospitalsområdet. Forslag til procedure- og regelforenkling. Sammenfatning*. København: KORA. Højgaard, B., Kjellberg, J. (2015): *Value based health care: Mere værdi for patienten?* København: KORA.
- Jungk, R. & Norbert R. Müller (1984). *Håndbog i fremtidsværksteder*. København: Politisk Revy.
- Kistrup, K. & Theilgaard, T. (2009). *Giv Danmark en bedre psykiatri*. Kronik. Politiken, 14. maj. <http://politiken.dk/debat/kroniken/ECE709223/giv-danmark-en-bedre-psykiatri/> (tilgået 14. 3. 2016).
- Krogstrup, H. K. & Dahler-Larsen, P. (2003). *Nye veje i evaluering*. Århus: Systime Academic.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2008). *Interview. Introduktion til et håndværk*. 2. udg. København: Hans Reitzels Forlag.
- Mainz, J. & Jensen, J. W. (2015): Patientens team og den behandlingsansvarlige læge kan optimere patientforløb. *Ugeskrift for Læger*, 177:(V05150436).
- Middelboe, T. (2015). Diagnosekulturen i et voksenpsykiatrisk perspektiv. I: *Diagnoser - Perspektiver, kritik og diskussion*. Ed. S. Brinkmann & A. Petersen. Klim, s. 107-128.
- Nardi, B. A. (1996). Activity theory and human computer interaction. In *Context and Consciousness: Activity Theory and Human-Computer Interaction*. Ed. B. A. Nardi. Cambridge, Mass.: The MIT Press, s. 1-8.
- Nielsen, J.; Dirckinck-Holmfeld, L. & Danielsen, O. (2003). Dialog Design – with mutual learning as guiding principle. *International Journal of Human-Computer Interaction*, 15(1): 21-40.
- Nielsen, K. L. (2015). Her er regeringens status på sundhedsområdet. *Altinget*, 8. sept. 2015.
- Nyvang, T. & Georgsen, M. (2007). *Collaborative e-learning design method (CoED)*. E-Learning Lab, Center for User-Driven Innovation, Learning and Design, Aalborg University. [Designkort kan downloades på <http://www.old.ell.aau.dk/coed/>].
- Power, M. (1997). *The Audit Society: Rituals of Verification*. Oxford & New York: Oxford University Press.
- Psykologloven (2012). *Bekendtgørelse af lov om psykologer m.v. LBK nr 229 af 08/03/2012, gældende*: <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=140824&exp> (tilgået 8. 4. 2016).
- Region Hovedstadens Psykiatri (2011). *Visioner for fremtidens psykiatri*. <https://www.psykiatri-regionh.dk/om-hospitalet/visioner-og-maal/Visioner/Sider/default.aspx> (Tilgået 7. 3. 2016).
- Region Hovedstadens Psykiatri (2014). *Yngre lægers arbejdsmiljø – Rapport fra arbejdsgruppen om yngre lægers arbejdsmiljø*. Region Hovedstaden.
- Region Hovedstadens Psykiatri (2015). *Ledelsesstruktur i Region Hovedstadens Psykiatri. Notat*. Sekretariats- og Kommunikationsafdelingen. Region Hovedstadens Psykiatri, revideret april 2015.
- Region Hovedstadens Psykiatri (2015). *Notat – Arbejdsgruppe om fremtidens lægerolle*. Kommissorium. 10. september 2015. Region Hovedstaden.
- Region Hovedstadens Psykiatri [2016]. *Fakta og organisation, Region Hovedstadens Psykiatri*, <https://www.psykiatri-regionh.dk/onboarding/det-bliver-du-en-del-af/Sider/Fakta,-tal-og-organisation.aspx> (tilgået 16. 4. 2016).

Region Hovedstadens Psykiatri (2016). *Notat fra HR-afdeling vedr. specialpsykologer i Region Hovedstadens Psykiatri*. 6. januar 2016. Region Hovedstaden.

Region Hovedstadens Psykiatri (2016). *Notat fra HR-afdeling vedr. fordeling af social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker i Region Hovedstadens Psykiatri*. 19. februar 2016. Region Hovedstaden.

Rud Pedersen & KORA (2015). *Værdibaserede strategier i sundhedssektoren med fokus på medicinområdet: Fra skåltaler til virkelighed*. København: Rud Pedersen Public Affairs & KORA.

Ryberg, T.; Buus, L., Nyvang, T., Georgsen, M. & Davidsen, J. (2015). Introducing the collaborative e-learning design method (CoED). *Technology Enhanced Learning. Art & Sciences of Learning Design*. Eds. Y. Mor, B. Craft & M. Maina. Rotterdam: Sense Publishers, s. 75-91.

Star, S. L. & G. Bowker (2002). *How to infrastructure*, In L. A. Lievrouw and S. Livingstone (eds) *Handbook of New Media – Social Shaping and Consequences of ICTs*. London: Sage, s. 151–162.

Sundheds- og Ældreministeriet (2015). *Status på sundhedsområdet. September 2015*. København: Sundheds- og Ældreministeriet.

Vestergaard, P. (2016). *Den ustyrlige psykiatri. Mellem adfærdsforstyrrelser og sygdomsproblem: en idéhistoriske analyse*. Gylling: Aarhus Universitetsforlag.

Virkkunen, J. & Newnham, D. S. (2013). *The Change Laboratory. A Tool for Collaborative Development of Work and Education*. Rotterdam: Sense Publishers.

Wentzer, H. (2015). *Koordinering af teamsamarbejde i opfølgende hjemmebesøg med video – et eksperiment til innovation af tværsektorielle patientforløb. I: Sammenhænge i sundhedskommunikation*. Red. S. Frimann, M. B. Sørensen & H. Wentzer. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.

Wentzer, H. & Bygholm, A. (2007). Attending unintended transformations of health care Infrastructure. *International Journal of Integrated Care* 7(4), published online 14 Nov.

Bilagsoversigt

Bilag 1: Kommissorium for arbejdsgruppe om fremtidens lægerolle i RHP

Bilag 2: RHP-indbydelse til workshop d. 29. april 2016

Bilag 3: It-sundhedsplatform, status for RHP

Bilag 4: Eksempel fra workshop med speciallæger d. 7.1.2016

Bilag 5: Eksempel fra workshop med specialpsykologer d. 10.2.2016

Bilag 6: Screenshot af Epic-hjemmeside, tilgået d. 8.4.2016

Bilag 7: Blog med Epic-brugeres erfaringer og dialog, tilgået d. 8.4.2016

Bilag 8: Vedrørende sundhedsloven og uddelegering

NOTAT

Telefon 3864 0001
Fax 3864 0007
Mail psykiatr@regionh.dk

Web www.psykiatri-regionh.dk

Dato: 10. september 2015

Arbejdsgruppe om fremtidens lægerolle

1. Sagens baggrund

Mangel på speciallæger er en af de store udfordringer for RHP, ligesom ændrede vilkår, nye opgaver og ny teknologi vil påvirke fremtidens lægerolle. På denne baggrund er det besluttet at nedsætte en arbejdsgruppe.

2. Kommissorium

Arbejdsgruppen får til opgave at tegne et billede af speciallægers fremtidige arbejdsopgaver. Det skal ske i lyset af manglen på speciallæger, der ifølge tal fra Sundhedsstyrelsen, fortsætter frem til 2025¹ samt i lyset af implementeringen af sundhedsplatformen i 2017.

Disse forhold betyder, at der er brug for at fastlægge, hvad der er lægefaglige kerneopgaver og hvilke opgaver, der kan varetages af andre medarbejdergrupper. Målet er at sikre, at speciallægerne bruger tiden på patientkontakt og den nødvendig dokumentation i Epic. Andre opgaver, herunder administrative opgaver, bør begrænses til et minimum.

Det skal således indgå i arbejdsgruppens overvejelser, hvilke opgaver, der med fordel kan varetages af specialpsykologer, akutsygeplejersker og lægesekretærer m.fl., ligesom arbejdsgruppen skal udarbejde en skitse over, hvilke opgaver det konkret drejer sig om.

Som led i arbejdsgruppens arbejde gennemføres et antal fokusgruppeinterviews med speciallæger med fokus på deres syn på fremtidens kerneopgaver for speciallæger i RHP, og herunder hvad der skal til for at tiltrække og fastholde dem. Det sker eventuelt med bistand fra et eksternt firma. For at få et helt dækkende billede, bør der ligeledes gennemføres enkelte fokusgruppeinterview med læger i H-stillinger samt klinikchefer.

¹ Det er dog værd at bemærke, at antallet af læger i RHP har været konstant stigende i de senere år – fra 548 i 2011 til 592 i 2014.

Tilbagemeldingerne fra disse fokusgruppeinterviews drøftes på et arrangement med en bredere deltagerkreds, herunder hospitalsledelsen, speciallæger og specialpsykologerne m.fl. Målet med arrangementet er dels at bringe parterne sammen samt at få input til det videre arbejde i arbejdsgruppen.

Herudover skal arbejdsgruppen komme med input til en mere fleksibel brug af speciallæger i RHP. Der er brug for at beskrive, hvordan vi kan opnå større samarbejde/fleksibilitet i speciallægegruppen og på tværs af centrene, således at RHP samlet set bedre kan løse de lægefaglige opgaver.

Som led i arbejdsgruppens arbejde, skal der udarbejdes en plan for, hvordan implementeringen af arbejdsgruppens anbefalinger kan finde sted og hvilken proces, der skal til for at føre de foreslåede forandringer ud i livet samt hvordan effekten kan måles.

Som oplæg til arbejdsgruppens arbejde indsamler HR Afdelingen data om antallet af speciallæger og udviklingen gennem de senere år, fordeling, aldersfordeling, personaleomsætning, sygefravær mv.

Når der tegner sig et billede af lægernes fremtidige arbejdsopgaver gennemgår Kvalitets- og udviklingsafdelingen alle vejledninger med henblik på opdatering.

Formanden for arbejdsgruppen drøfter løbende arbejdsgruppens overvejelser med den lægelige vicedirektør.

3. Sammensætning

Arbejdsgruppen sammensættes således:

Kristen Kistrup, centerchef, PC Frederiksberg, formand

Henrik Søltoft, klinikchef, PC Nordsjælland

Phoung Le Reisia, klinikchef, PC Glostrup

Louise Behrend Rasmussen, klinikchef, PC Ballerup

Birgitte Borgbjerg Moltke, klinikchef, BUC

7 repræsentanter for gruppen af speciallæger: (Jonas Astrup, PC Nordsjælland, Jeanett Bauer, PC København, Lasse Schmidt, PC Frederiksberg, Trine Hansen, PC Ballerup, Vilhelm Schultz, PC København, Nana Hengstenberg, PC Hvidovre og Hanne Ebling, BUC)

2 læger i hoveduddannelsesstilling: (Nicolai Damgaard-Mørk, PC Sct. Hans, og Sanne Wulff, PC Amager)

Mette Bertelsen, stabschef

Ulla Rasmussen, stabschef

Arbejdsgruppen udarbejder en deltaljeret plan for arbejdet, herunder plan for inddragelse af andre relevante medarbejdergrupper i det videre arbejde. Sekretariatsfunktionen varetages af HR Afdelingen.

4. Plan for det videre arbejde i 2015/2016

1. kvartal	3. kvartal 2015	4. kvartal 2015	1. kvartal 2016
	- Arbejdsgruppen mødes - HR samler baggrundsmateriale - KUA kortlægger, hvilke opgaver YL kan aflastes for (opfølgning på rapporten om YL's arbejdsmiljø)	- Arbejdsgruppen mødes - ECT pilotprojekt følges på PC Nordsjælland - Fokusgruppeinterview med speciallæger - Dialogarrangement - Undersøgelse af, hvordan lægemanglen er løst i somatikken	- Arbejdsgruppen mødes - Oversigt over, hvilke opgaver andre faggrupper kan overtage, udarbejdes og præsenteres i forskellige fora - KUA gennemgår alle vejledninger - Brugen af Agito evalueres - Plan for det videre arbejde i 2016 udarbejdes - Resultataftalerne for 2016 indeholder konkrete mål for det videre arbejde med speciallægemanglen

**Indbydelse
til
workshop om fremtidens lægerolle**

Tid og sted: Torsdag d. 28. april 2016, kl. 11.30 -15.30, Skuespilhuset, Sankt Annæ Plads 36, 1250 København K.

Forplejning: Vi byder på frokost fra kl. 11.30-12.00. Og efter arrangementet runder vi dagen af med et glas vin.

Deltagere: Først og fremmest fra lægegruppen (speciallæger, yngre læger), men specialpsykologer, sygeplejersker og ledere er også meget velkomne.

Formålet:

At stille skarpt på fremtidens lægerolle. Hvordan skal den se ud, og hvad kræver det i forhold til organisationsstrukturen og ikke mindst lægens egne, men også andre faggruppers kompetencer?

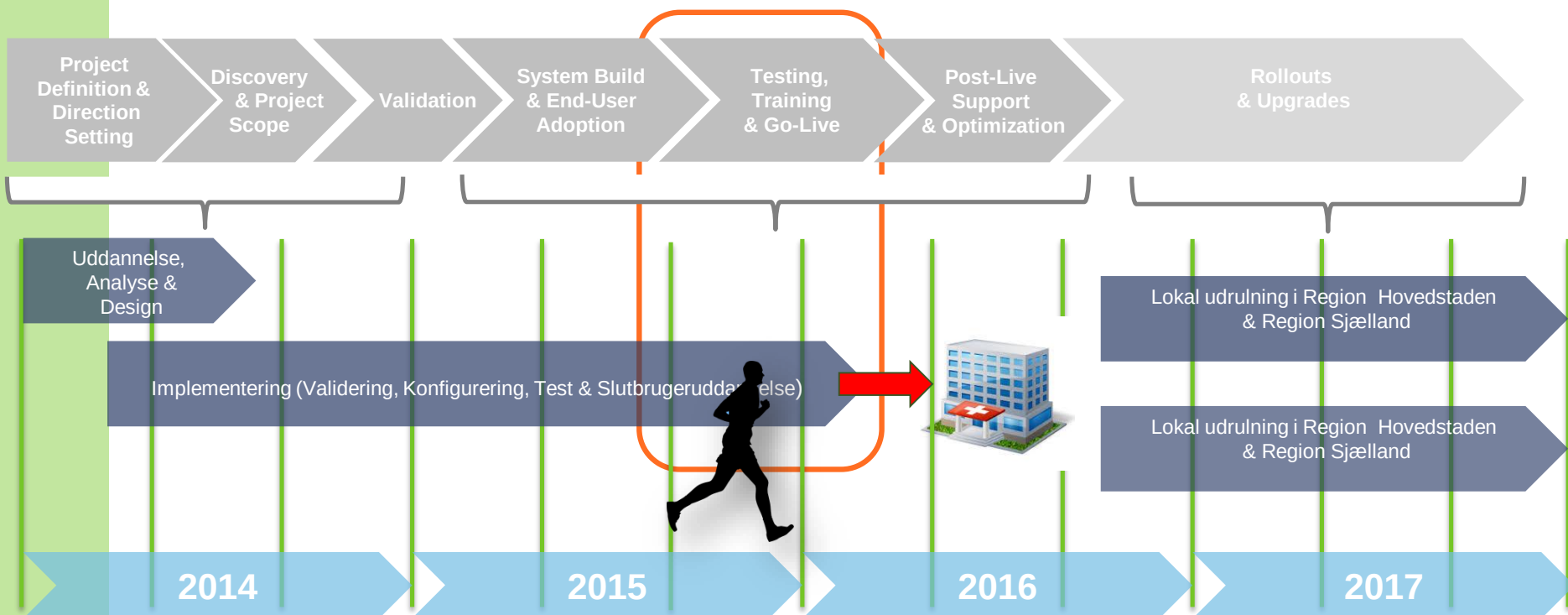
På baggrund af fokusgruppeinterviews med klinikchefer, speciallæger, H-læger, specialpsykologer og sygeplejersker drøftes forskellige temaer og dermed kvalificere det videre arbejde i arbejdsgruppen om den fremtidige lægerolle.

Et detaljeret program følger senere

Formen: Veksler mellem oplæg i plenum og drøftelser i grupper.

Tilmelding: Via kursusportalen: ”Workshop om fremtidens lægerolle i Region Hovedstadens Psykiatri”..

Overordnet tidsplan



**Implementering i RHP starter
april/maj 2016**

Hvor	Hvornår
Herlev/Gentofte	21 maj 2016
Rigshospitalet/Glostrup	11. november 2016
Nordsjællands hospital, Amager/Hvidovre, Bornholm	18. marts 2017
Bispebjerg, Frederiksberg, Psykiatri (Region H)	20. maj 2017
Næstved, Slagelse, Ringsted, Nykøbing Falster	23. september 2017
Roskilde, Køge, Holbæk og Psykiatri (Region Sjælland)	18. november 2017

Vision/mål: Kvalitet

- Patienter får det godt (kvalitetsmål) / Måle os på os andre
- Hvad er kvalitet f. patienter, helsepersonelt møde
- variation i behandlingstilbud
- Pt. feedback
- Udredn. bliver bedre "Udredn.-pakke"
- Skilt ting kunstigt ad
- Problem $\neq$ "Symptomer"
- > Tid og mere fokus på bro-bygning til ved afslutning til andet regi-
on. pp psy. udd.
- Bedre samarbejde og tid til pårørende medarbejdere - møder med kommuner.
I tale til ro' / mindre fokus på medicin. Prioriter uddelt.
- Angst samtale
- Sp. / kompetence
- kurser i miljøterapi

Aktivitet

Ressource

Infrastruktur

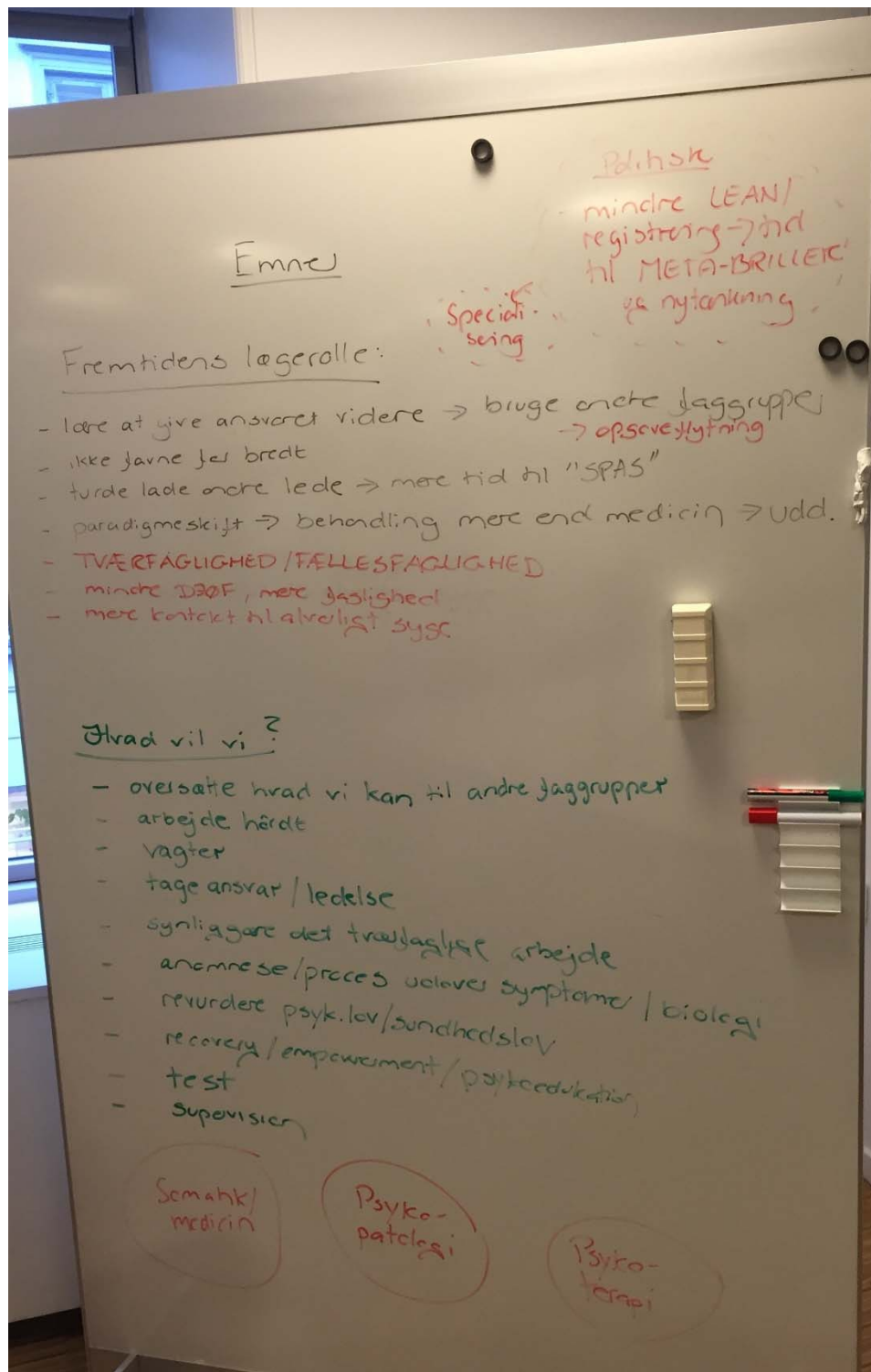
+ Udredn. er i orden
(fjlt dag. / behandl.)
-> afstemme kvalitetsmål m. pt.
sac. kom. & læge

Tid / grundigt forud t. pakke-
forløb
Uddelt:
Giv lægerne lov til at diktere journal

Uddelt aft. pos. effekt.
- Uddannelses

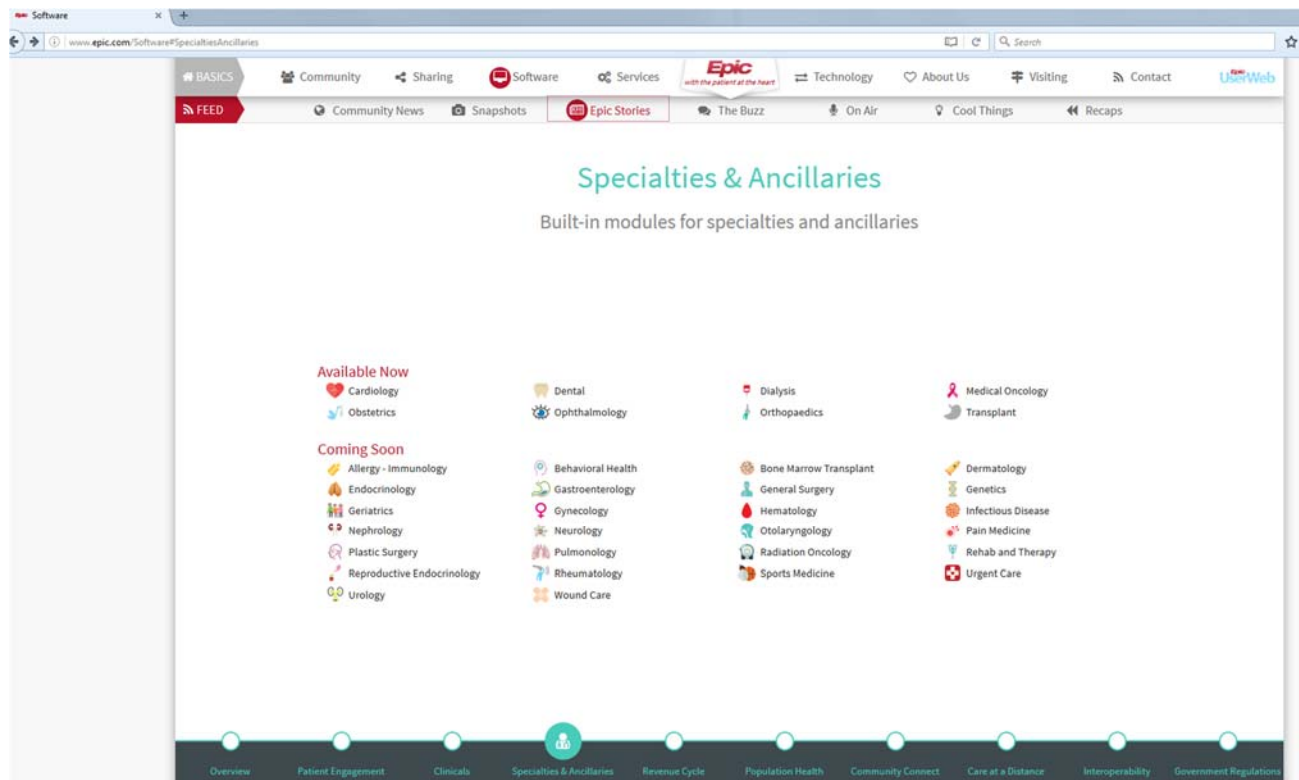
Bilag 5 Eksempel fra workshop med specialpsykologer, d. 10.2.2016

Præsentation på whiteboard af specialpsykologernes workshop resultater:



Bilag 6 Screenshot af Epic-hjemmeside, tilgået d. 8.4.2016

Den eneste information på Epic's hjemmeside om software til "Behavioral health":



Bilag 7: Blog med Epic-brugeres erfaringer og dialog, tilgået d. 8.4.2016

G+1 0

Mere

Næste blog»

Opret blog Log ind

shrink rap

Google Search

Web • Shrink Rap

DINAH, CLINKSHRINK, & ROY PRODUCE SHRINK RAP: A BLOG BY PSYCHIATRISTS FOR PSYCHIATRISTS. A PLACE TO TALK; NO ONE HAS TO LISTEN. ALL PATIENT VIGNETTES ARE CONFABULATED; THE PSYCHIATRISTS, HOWEVER, ARE MOSTLY REAL. --TOPICS INCLUDE PSYCHOTHERAPY, HUMOR, DEPRESSION, BIPOLAR, ANXIETY, SCHIZOPHRENIA, MEDICATIONS, ETHICS, PSYCHOPHARMACOLOGY, FORENSIC AND CORRECTIONAL PSYCHIATRY, PSYCHOLOGY, MENTAL HEALTH, CHOCOLATE, AND EMOTIONAL SUPPORT DUCKS. DON'T ASK. (IT'S NOT SHRINK WRAP.)

friday, june 07, 2013

My EPIC Meltdown

Posted by Dinah on Friday, June 07, 2013



The hospital where I work one morning a week is changing it's electronic medical record system. I've never like the current EPR because of privacy issues -- anyone with access can get into anyone else's record. As an employee of the hospital, I don't like that so many people I know could read my medical record if I got my care there, and so I get care elsewhere. HIPAA violation, you say? Yes, but there's no up-front stop on looking at anyone's record, the violation and sanctions come if you get caught.

Aside from the privacy issue, psychiatry does not add outpatient notes to the record. Appointments are recorded, and medications are placed in the system, but no notes. The current system is easy to navigate, I can read medical and surgical notes if it's helpful to me, There's a problem section, a

medication section, labs (what I need most) which easily let you click on one to compare the value to those in the past, and a radiology section. I'm not sure exactly why the upgrade to EPIC, but for a mere \$100 million dollars, EPIC is being phased in. I'm in the third wave. And yes, psychiatry notes will be included, though there is some system to mark notes as sensitive, and to get into these notes, the reader must click through an extra screen, a process called "breaking the glass." A psychiatrist has been designated to monitor who breaks the glass, one more responsibility in his already busy job description.

Monday I went to the first day of my two-day training to use EPIC. The screens are busy. The instructors were good, but the booklet was not-- we were told to read several sentences ahead, meaning you couldn't just read and follow along. I was not in the best mental state to concentrate, and two hours into the training, I just shut down. I got lost in the screen-after-screen and annoyed by the privacy issues --- good news, now any doctor in the hospital can go in and look at any other doctor's schedule to see which patients are scheduled. Why is that necessary?

At some point, I realized that the new system means I'll have to sit with each patient at every appointment and start with the screen to verify allergies. Each time. As is, I have template forms I have to fill out at each appointment. Now I can do all this while staring at a screen. This is psychiatry? What happened to listening to the patient? Is there a screen for that.

I let my screen go black. One of the instructors came by and asked about that. "I'm done." My brain stopped. No more screens. This is not the psychiatrist I want to be. I sat through the rest of the day and scored a 95% on the test module. I went home and sent an email to the clinic: I'm resigning.

So I actually do want to go to the second day of the training. I want to understand what it is I'm railing against. I'll work until the end of July, just long enough to test out EPIC, not long enough to master it.

Maybe it's a mistake? Maybe EPIC will add value to the practice of psychiatry? I can't really say that I'm leaving because of EPIC, after 15 years, it's time. I may be the psychiatrist with the longest tenure there now, and I've long ago lost count of how many different social workers I've worked with. EPIC was the last straw, but I've been thinking of leaving on and off for a long time --oh, did I mention I've quit 4 times before?-- and I needed a nudge.

So does your institution use EPIC? How's it going? Is it good to have psychiatry notes in the electronic record? Has your hospital had security breaches? Tell me your stories, I'm all ears.

0

| email this post! |  tweet this! |

Like 10 people like this. Be the first of your friends.

10

Share

9 comments:

psycritic said...

EPIC is indeed an epic piece of crap. I had the extreme displeasure of having to use EPIC during parts of my psychiatry residency. There really isn't an EMR out there that is well-designed with the clinician in mind. Although I have to say, it's pretty much the norm most places for a doctor to be able to look at any other doctor's schedule, so I never had the expectation that my schedule would be private.

Thankfully, I've regressed to doing all my notes by hand; it's much more efficient (for me). The only thing EPIC helps is the billing department, and that's why hospitals and clinics keep implementing it.

June 07, 2013

george dawson, md, dfapa said...

Many year vet of EPIC. The only useful feature on the inpatient side was a button that allowed you to import and modify your previous day's progress note. That has now been declared criminal by the feds - no one wanting to admit that 99% of the documentation is clinically worthless and there for billing requirements. Also a click fest, electronic records are designed to eat up your time and add hours to your day. Good luck with that.

June 08, 2013

jesse said...

It won't be long before a psychiatric resident answers a question as to what is meant by a "Screen Memory" by saying that it refers to saving what he saw on his laptop.

June 08, 2013

sarebear said...

I had a meltdown in Nevada yesterday, but the heat was ridiculous 116 at one point, so I'll go easy on myself. Not what you posted about but I'm outta town for awhile and don't want you to worry if I'm not commenting. Not assuming you do but I wanted to test out point s ting with my new buggy kindle fire HD ugh stupid auto correct. 8)

June 11, 2013

anonymous said...

I'm a med student at a school with multiple clerkship sites, so I've trained on several EMR's. I found one out of all of them that I liked to work with; I found another that I LOVED which was open-source and free, but never used in it practice since everyone seems to prefer paid products (I personally find the cost of EMR systems outrageous and exploitative). The one EMR that I liked the most was predominantly text-based; you could write up a SOAP note and the system would tally up the keywords for billing, which would be edited by the actual billers for errors. I LOVED this system since I love to type - unfortunately this was on my first rotation, so I had no idea how novel this was and cannot for the life of me recall the name of the system.

Digression aside, unfortunately, EPIC continues to be of the best systems I've worked with... however, that's not saying much. It might be one of the best, but that still makes it a pile of... well, y'know.

Things I hate: checklists. Boxes. Positives and negatives. I write a beautiful HPI, I get all the information that my attending wants, and still there are checklists reiterating what I ALREADY SAID in my lovely little note. As a result, the psych ER where I rotated came up with a form for students with all the little checkboxes so you can ask all the questions... useful for learning? I'm not sure. I felt like I was going through an algorithm rather than talking to a real person with real problems. I once tried to "freestyle"

FUSE Health Strategies for Behavioral Health Integration**gregsmithmd**

Tiny Timber
13 hours ago

HIT Shrink

#hscm: Jun 14: Legal Issues Around Use of Social Media in Health Care
6 years ago

In White Ink

Bridges, Frustration, and Coping.
1 week ago

KevinMD

Inpatient vs. observation: We have created a monster of our own making
2 hours ago

Last Psychiatrist

Who Bullies The Bullies?
1 year ago

Neurotransmitting: sensible psychiatry for patients and families

How I learned to be a doctor by being a waiter: Part II
11 months ago

NIMH | Thomas Insel's "My Blog"

Meeting Announcement » NIMH Conference on Mental Health Services Research: Harnessing Science to Strengthen the Public Health Impact
4 days ago

Pete Earley

Patty Duke's Kind Telephone Call When I Needed Reassurance and Hope - Plus I Visit Indiana State in Terre Haute
3 hours ago

Psych Practice

Making My Comeback
3 days ago

Psycho-Babble Meds

lamotragine for slumps --
rjlockhart37 4/10/16
7 hours ago

Psychology Today Blogs**Psycritic**

The Paroxetine Study 329 Re-Write
6 months ago

Real Psychiatry

A Neanderthal - Further Confirmation And Much More On Personal DNA
1 day ago

Reidbord's Reflections

Onedownmanship
5 weeks ago

Shrink Rap News on Clinical Psychiatry News**Sumpsimus**

5 weeks and counting
4 weeks ago

TAWOP

Psychosis - Is it time to get back to the basics? (Updated

an interview; I asked 90% of the questions, but got yelled at and had to redo the entire interview with the list. I'm not saying I'm a perfect student - I still have residency ahead and everything - but the depersonalization is something that transcends medical knowledge and experience.

As referenced about the progress notes, there are pages and pages of numbers and ROS's that are completely meaningless yet forcibly tied to the record. Wading through EPIC notes to collect history on pre-rounds as a student can be a nightmare.

As to the privacy thing, I find "breaking the glass" to be a sham. Anyone with a password on the system can "break the glass" without issue. They may as well not have included the formality at all.

With all its issues, when tossed into a hospital or clinic which uses NextGen or Meditech, the winner is clear. The only people who love EPIC are people who have seen the wasteland of even worse EMR's and come crawling back to EPIC begging for forgiveness. Oh, EPIC, how you torture me.

June 11, 2013

dinah said...

sarebear: stay cool. I notice when you stop commenting.

Med student: oh how depressing. I forgot about the whole concept of learning to do a diagnostic interview. 20 years of practice and I still do a 2 hour interview, no template. I think our hospital is still doing dictated evaluations...not sure. Maybe we can't teach medical students to do psych evals anymore, maybe it's all check boxes that spit out diagnoses like codes.

June 11, 2013

anonymous said...

(Med student here)

I imagine that learning to interview without the very, very lengthy checklist would be a more organic process. I am hopeful that the strategy of the institution where I rotated was specific to that institution. Fortunately, even after being thrown to the sea of psychoses with only a list to rely on, I still fell in love with psychiatry and was able to practice a less algorithmic interview later while on the inpatient service. It has certainly given me a rather unusual set of criteria to judge my future residency program by - namely, which EMR they have and how they implement it in training.

June 11, 2013

dinah said...

I'm told it can be done with 'free text' in Epic.

June 11, 2013

anonymous said...

Lets see... Violation of privacy and patients rights comes to mind. It's odd how psychologists, for years, had to request authorization from the patient to share psychiatric information with another health professional; however, with the implementation of the EMR that authorization has been thrown out the window. Thrown out the window without any disclosure or forewarning to the client. Lumping it in with other "general authorizations" is not fair to the patient and misleading.

There have been many patients who have found out through accessing their doctors/hospital portal that their diagnosis and progress notes are now being shared with other, non-involved, healthcare providers. It's harmful to

10th April 2016)

4 days ago

The Alienist's Blog

Movies and Mental Health:

Saving Mr. Banks

8 months ago

The Neurocritic

Sleep Doctoring: Fatigue

Amnesia in Physicians

1 week ago

The Psychiatry SHO*

It's good to talk - are the BMA playing into Hunt's hands?

4 months ago

Thoughts of a Simple Citizen

How have pharmaceutical companies corrupted medical literature?

2 weeks ago

Zen Psychiatry

I Am Awake

4 weeks ago



Subscribe to Shrink Rap BLOG via Feedburner

Subscribe to My Three Shrinks PODCAST via Feedburner

Your email address:

[Get email updates](#) Powered by FeedBlitz



Sponsored Links (Text Link Ads)
[Psy D Program Los Angeles](#)

Oversætte sesser
Høj kvalitet og hurtig
levering. Bestil din
oversættelse online!



google ads

WARNING: PLEASE NOTE THAT GOOGLE ADS ARE KEYWORD DRIVEN, SO WE DO NOT CONTROL THE ADS AND WE DO NOT "VOUCH FOR" ANY ADVERTISED PRODUCTS OR SERVICE (in fact, BUYER BEWARE!).

NOTE: If you find a particular ad to be OBJECTIONABLE, right-click the link, copy the URL, then click [HERE](#) to paste it into a comment so we can block it.

Member

clients and most of all its harmful to the psychologist/patient relationship.
Therapy is built on trust. Such systems weaken the trust and safety.

June 20, 2013

[Post a Comment](#)

backlinks to this post

[Create a Link](#)

[Newer Post](#)

[Home](#)

[Older Post](#)

[Subscribe to: Post Comments \(Atom\)](#)



[Perspective](#)

[Confidentiality](#)

[Disclosure](#)

[Reliability](#)

[Courtesy](#)

medbloggercode.com

archive

► [2016 \(19\)](#)

► [2015 \(66\)](#)

► [2014 \(82\)](#)

▼ [2013 \(145\)](#)

► [Dec \(9\)](#)

► [Nov \(17\)](#)

► [Oct \(10\)](#)

► [Sep \(10\)](#)

► [Aug \(7\)](#)

► [Jul \(7\)](#)

▼ [Jun \(11\)](#)

[Guest blogger Dr. Manuel
Mota-Castillo on the over...](#)

[More Suicide Articles](#)

[Duck and her Little Ducklings](#)

[Cue The Black Helicopters](#)

[What Would You Do? What
Would You Want?](#)

[Happy Father's Day and Please
Take Care of Yourself...](#)

[Shrinky Stuff Around the Web](#)

[HIP HIP HIPAA HOORAY!](#)

[Where's My Medical
Privacy?...](#)

[My EPIC Meltdown](#)

[Guest Blogger the Late Rabbi
Milton Gerald Miller ...](#)

[The Emancipated Patient](#)

► [May \(16\)](#)

► [Apr \(16\)](#)

► [Mar \(15\)](#)

► [Feb \(12\)](#)

► [Jan \(15\)](#)

► [2012 \(216\)](#)

► [2011 \(243\)](#)

► [2010 \(202\)](#)

► [2009 \(245\)](#)

► [2008 \(259\)](#)

► [2007 \(346\)](#)

Bilag 8 Vedrørende sundhedsloven og uddelegering

Sundhedsloven og de sundhedsfaglige autorisationer til følge sætter også nogle spilleregler op for muligheder og begrænsninger for opgaveflytninger. Væsentligst er, at det ikke kun er læger, der må diagnosticere, behandle og rehabilitere, men at disse aktiviteter er bestemt af de konkrete personalers kvalifikationer og autorisationer (Aalborg Universitetshospital Psykiatrien 2015, s. 3 af 14 sider).

Delegering af kerneopgaver

Lægerne har ifølge deres autorisation (Ibid, s.4) kerneopgaver med delegationsforbud og andre kerneopgaver, der kan delegeres, hvis de fornødne forudsætninger er til stede.

Kerneopgaverne med *delegationsforbud* er fx udfærdigelse af recepter, dødsattester, ligsyn, klinisk undersøgelse af hjernefunktionen for at stille diagnosen hjernedød, beslutninger om at iværksætte, efterprøvelse mv. af tvangsforanstaltninger (psykiatrilovgivningen) og beslutninger om sundhedsfagligt fravalg af livsforlængende behandling/genoplivning. Andre lægefaglige kerneopgaver er operative indgreb, bedøvelse, behandling med receptpligtige lægemidler og behandling med visse elektriske apparater. Disse kerneopgaver kan lægen uddelegere til andre faggrupper på to måder: enten som en 'konkret delegation', eller via en 'rammedelegation'.

Konkret delegation af en kerneopgave er, når den ansvarlige speciallæge delegerer opgaver i et konkret tilfælde, der vedrører en enkelt patient til en medhjælp. Ved en *rammedelegation* kan en opgave delegeres inden for et *præcist aftalt område*.

Rammedelegationen kan foretages på to måder:

- Behandlinger, der omhandler en konkret patient, hvor speciallægen på forhånd har taget stilling til, hvilke opgaver der kan iværksættes i forhold til netop denne patient, og der foreligger en instruks for behandlingen.
- Behandling til en veldefineret patientgruppe, hvor det ikke fremgår, hvornår behandlingen skal iværksættes, men der foreligger en instruks, hvoraf det fremgår, hvilke symptomer der skal være til stede, inden behandling kan iværksættes af personalet på egen hånd. Instruksen af behandlingen skal være tilstrækkelig beskrevet, ligesom det skal fremgå, hvornår behandlingen er kontradiceret.



**Det Nationale Institut
for Kommuner og Regioners
Analyse og Forskning**

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00