



Stine Finne Jakobsen, Anne Petersen, Helle Max Martin, Hans Knudsen
og Katrine Schepelern Johansen

Psykiatrien Region Sjælland før flytning til det nye psykiatrisygehus

Etnografiske beskrivelser af arbejdsgange og kultur
i fem udvalgte enheder

Psykiatrien Region Sjælland før flytning til det nye psykiatrisygehus. Etnografiske beskrivelser af arbejdsgange og kultur i fem udvalgte enheder kan hentes fra hjemmesiden www.kora.dk

© KORA og forfatterne

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: 978-87-7488-812-3
Projekt: 10687
Februar 2014

KORA
Det Nationale Institut for
Kommuners og Regioners Analyse og Forskning

KORA er en uafhængig statslig institution, hvis formål er at fremme kvalitetsudvikling, 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

Det er en helt særlig og unik situation, at vi i Psykiatrien Region Sjælland har fået mulighed for at bygge Danmarks mest moderne psykiatrisygehus.

Psykiatrisygehuset bliver 44.000 m² stort og skal rumme 194 sengepladser, akutmodtagelse, ambulante behandlingsfunktioner samt faciliteter til forskning og uddannelse.

Et så stort byggeri kan nemt komme til at gå op i tegninger, materialer, byggeprocesser etc., for der er rigtig mange ting, der skal tages stilling til i forbindelse med byggeriet.

Men nok så vigtigt er det, at det nye psykiatrisygehus bliver arbejdsplads for ca. 650 ansatte.

De nye fysiske rammer kommer til at understøtte nye arbejdsgange og dermed ændre på nogle af de kulturer og arbejdsgange, som eksisterer i dag.

Derfor besluttede vi også på et tidligt tidspunkt at gennemføre en arbejdsgangs- og kultur-analyse.

Analysen har haft flere formål: dels at undersøge eksisterende arbejdsgange og kulturer på forskellige udvalgte psykiatriske enheder, dels at understøtte inddragelsen af de ansattes viden, holdninger og visioner. Og endelig at undersøge, hvilke særlige kompetenceudviklingsbehov der måtte være i forbindelse med ibrugtagningen af det nye psykiatrisygehus.

KORA har med denne rapport løst en vigtig opgave. Vi har fået en indsigt og nogle anbefalinger, som vi skal arbejde videre med i tiden frem til ibrugtagningen af psykiatrisygehuset og i tiden derefter.

Jeg vil gerne takke alle jer, der har deltaget og bidraget med input i forbindelse med udarbejdelsen af denne rapport. Tak for jeres imødekommenhed og entusiasme i forbindelse med processen. Jeres interesse, viden og bidrag har været helt uvurderlige.

Søren Bredkjær
Vicedirektør
Psykiatrien Region Sjælland

Indhold

Sammenfatning	6
1 Indledning.....	9
1.1 Formål.....	9
1.2 Det nye psykiatrisygehus.....	10
1.3 Rapportens overordnede metodiske og teoretiske tilgang	11
1.4 Rapportens opbygning	12
2 Undersøgelsesdesign og -metode.....	14
2.1 Interview med nøglepersoner	14
2.2 Observation på fem enheder	14
2.3 Interview med medarbejderrepræsentanter	15
2.4 Metodediskussion.....	16
2.5 Databehandling og analyse	16
3 De fem enheder/afsnit.....	17
3.1 Opsummering	20
4 Arbejdsgange i de tre sengeafsnit	21
4.1 Vagtplaner og vagtskifte.....	22
4.2 Morgenkonferencer, stuegang og behandlingskonferencer	23
4.3 Sikkerhedsforhold	24
4.4 Administration og dokumentation	26
4.5 Medicin og anden behandling.....	27
4.6 Kontaktpersonordning.....	28
4.7 Aktivitetstilbud	29
4.8 Miljøterapi og relationsarbejde.....	30
4.9 Udgang og besøgsordninger	32
4.10 Tvang	33
4.11 Samarbejde og patientovergange	34
4.12 Opsamling	35
5 Arbejdsgange i de ambulante enheder	37
5.1 Arbejdsdagens start og struktur	38
5.2 Morgenmøder, behandlingskonferencer og andre møder.....	38
5.3 Sikkerhedsforhold	39
5.4 Administration og dokumentation	40
5.5 Medicin og anden behandling.....	41
5.6 Samarbejde og patientovergange	43
5.7 Opsamling	44
6 Kultur på sengeafsnittene	46
6.1 Ledelse og inddragelse.....	46
6.2 Samarbejde og kollegaer	46
6.3 Sociale relationer mellem medarbejderne.....	48

6.4	Relationen til patienterne.....	49
6.4.1	Interaktionen mellem patienter og medarbejdere.....	50
6.4.2	Kommunikation og sprogbrug	53
6.4.3	Etik og refleksion over egen praksis.....	54
6.4.4	Patient- og pårørendeinddragelse	57
6.5	Opsamling	57
7	Kultur i de ambulante enheder	59
7.1	Ledelse	59
7.2	Samarbejde og kollegaer	59
7.3	Sociale relationer mellem medarbejderne.....	60
7.4	Relationen til patienterne.....	60
7.4.1	Interaktionen mellem patienter og medarbejdere.....	60
7.4.2	Kommunikation og sprogbrug	61
7.4.3	Etik og refleksioner over egen praksis	61
7.4.4	Patient- og pårørendeinddragelse	62
7.5	Opsamling	62
8	Det nye sygehus	64
8.1	Sengeafsnit	64
8.1.1	Forbehold	64
8.1.2	Forventninger.....	65
8.1.3	Medarbejderinddragelse	67
8.1.4	Opsamling vedrørende sengeafsnit	67
8.2	Ambulante enheder	68
8.2.1	Forbehold	68
8.2.2	Forventninger.....	68
8.2.3	Medarbejderinddragelse	69
8.2.4	Opsamling ambulante afsnit	70
8.3	Afrunding	70
9	Diskussion og konklusion	72
9.1	Arbejdsgange og kultur	72
9.2	Kompetenceudvikling	75
9.2.1	Rum og nye behandlingsteknologier.....	76
9.2.2	Kommunikation og sprogbrug	77
9.2.3	Tværfaglighed, tilgængelighed og vidensdeling.....	78
9.2.4	Mål for behandlingen	78
9.2.5	Patienten gives indflydelse på egen behandling	80
9.3	Afslutning.....	80
	Litteratur.....	82
	Bilag 1 Observationsguide.....	85
	Bilag 2 Spørgeguide	88

Sammenfatning

Psykiatrien Region Sjælland bygger et nyt psykiatrisygehus i Slagelse. Med sygehuset ønsker regionen at etablere et fagligt fyrtårn inden for psykiatrien. Det nye sygehus vil samle en række enheder, der i dag er spredt i den vestlige del af Region Sjælland, bl.a. retspsykiatrien i Nykøbing Sjælland, Klinik for traumatiserede flygtninge i Korsør, Ældrepsykiatrisk afdeling i Vordingborg og Dianalund samt de almenpsykiatriske sengeafdelinger i Holbæk, Dianalund og Slagelse. I forbindelse med etableringen af det nye sygehus besluttede psykiatrilædelser i Region Sjælland at iværksætte en undersøgelse af arbejdsgange og kultur i psykiatrien. KORA blev bedt om at gennemføre undersøgelsen, der afrapporteres i nærværende rapport.

Mere konkret er formålet med nærværende rapport:

1. at beskrive elementer af kultur og arbejdsgange, som af medarbejderne i de valgte enheder vurderes som særligt velfungerende eller vanskeligt i deres arbejde med at pleje og behandle mennesker med psykisk sygdom
2. at italesætte medarbejdernes forventninger til og bekymringer for markante ændringer af fysiske rammer og arbejdsgange, som er planlagt i forbindelse med det nye psykiatrisygehus
3. på baggrund af disse forventninger og bekymringer så vidt muligt at identificere behov for kompetenceudvikling blandt medarbejderne i Psykiatrien Region Sjælland.

Undersøgelsen baserer sig på en etnografisk dataindsamling i fem enheder: P4 – et lukket retspsykiatrisk sengeafsnit, P3 – et sikringsafsnit, V1 – et lukket almenpsykiatrisk sengeafsnit, Distriktspsykiatrien i Slagelse og Klinik for traumatiserede flygtninge i Korsør. Der er blevet udført deltagerobservation og gennemført interview med personalet i de fem enheder. Valget af de etnografiske metoder er baseret på et ønske om at få et indblik i arbejdet i de fem enheder, som det beskrives og forstås af medarbejderne.

Centrale formelle arbejdsgange

De centrale, formelle arbejdsgange, som undersøgelsen identificerer, vedrører:

1. Vagtplaner og vagtskifte og hvordan disse indrammer arbejdsdagen
2. Morgenkonferencer, stuegange og behandlingskonference samt den faglige udveksling, der foregår i forbindelse med disse møder
3. Sikkerhedsforhold og den centrale rolle, som opmærksomheden på patienternes og egen sikkerhed spiller i hverdagen
4. Administration og dokumentation, og hvordan dette håndteres i hverdagen
5. Medicin og anden behandling, som naturligt nok udgør et centralt omdrejningspunkt for mange aktiviteter og interaktioner
6. Kontaktpersonordningen, som er helt central for at etablere en behandlingsrelation til patienterne
7. Aktivitetstilbud og de muligheder og begrænsninger, der ligger i afdelingernes fysiske rammer og de formelle vilkår, som patienterne er indlagt under
8. Miljøterapi og relationsarbejde, der sammen med medicin og kontaktpersonordningen er de bærende elementer i personalets arbejde med patienterne
9. Udgangs- og besøgsordninger, der er bestemmende for patienternes kontakt med omverdenen og deres pårørende

10. Tvang og hvordan det bruges i hverdagen
11. Samarbejde og patientoverflytninger, hvor de eksterne samarbejdspartnere kommer i spil.

Disse arbejdsgange former i vid udstrækning det arbejde, der foregår i de fem enheder. Enkelte af områderne er særligt fremtrædende i sengeafsnittene, men de fleste er relevante for både sengeafsnit og ambulante enheder. Særligt spørgsmålet om sikkerhedsforhold spiller en vigtig rolle for en stor del af personalet.

Centrale kulturelle elementer

De centrale kulturelle elementer, som undersøgelsen identificerer, vedrører en række forskellige relationer mellem de vigtigste aktører:

1. Ledelse og inddragelse
2. Samarbejde og kollegaer
3. Sociale relationer mellem medarbejderne
4. Relationer til patienterne
5. Kommunikation og sprogbrug
6. Etik og refleksioner over egen praksis
7. Pårørendeinddragelse.

Det nye sygehus

Personalet på tværs af de fem enheder har både bekymringer og forventninger til det nye sygehus. En central bekymring er, hvorvidt de nye fysiske rammer formår at tage ordentligt hensyn til patienters og personalets sikkerhed, og om de fysiske rammer er planlagt af nogen, der har en ordentlig forståelse af, hvad psykiatrisk behandling er. I forhold til forventninger glæder personalet sig til at skulle arbejde i de nye fysiske rammer og med nye behandlingsmuligheder. Generelt efterlyses der bedre information omkring processen og baggrunden for de centrale beslutninger.

Behov for kompetenceudvikling

Det har vist sig forholdsvis vanskeligt at identificere konkrete bud på kompetenceudvikling – bl.a. fordi flytningen først skal foregå i 2015, og personalet derfor endnu ikke forholder sig meget konkret til de nye forhold. Undersøgelsen har derfor primært kunnet identificere en række opmærksomhedspunkter:

- **Interaktion og tilgængelighed.** Et af de bærende principper i det nye sygehus er, at personalet skal være mere tilgængeligt for patienterne. Personalet kan have behov for, at disse principper bliver operationaliseret og implementeret med hensyntagen til, hvordan de konkrete arbejdsopgaver skal løses.
- **Kommunikation og sprogbrug.** Der har i lyset af det stigende fokus på afstigmatisering været ønske om at få afdækket personalets måde at kommunikere med patienterne på. Vi fandt et personale, der var opmærksom på sprog og etik i deres interaktion med patienterne. Kommunikation mellem patienter og personale er dog meget præget af medicin, og skal ambitionerne om at bruge en bredere pensel af behandlingstiltag i arbejdet med patienterne implementeres, vil personalet have brug for at lære disse tiltag at kende.
- **Tværfaglighed og vidensdeling.** Skal det nye sygehus leve op til ambitionerne om at være et fagligt fyrtårn, er det vigtigt, at der gives plads – fysisk og organisatorisk – til tværfaglighed og vidensdeling blandt personalet. Skal den nye nærhed til det somatiske

sygehus bære frugt, er det også vigtigt med indsatser, der styrker personalets kendskab til hinanden på tværs af skellet psykiatri og somatik.

- **Mål for behandlingen.** Det nye sygehus betyder, at nogle af sengeafsnittene vil blive lagt sammen, og at personalet derfor skal arbejde med flere forskellige slags patienter, end de tidligere har været vant til. Nye behandlingstiltag vil også betyde, at der kan arbejdes med andre behandlingsmål, end man tidligere har kendt. Personalet kan have brug for at blive ordentligt introduceret til de nye patienter, teknologier, teknikker og behandlingsmål.
- **Patienten gives indflydelse på egen behandling.** Det er et mål for psykiatrien mere generelt, at patienter skal have stor grad af indflydelse på egen behandling. Særligt i forhold til de meget syge patienter på P3, P4 og V1 er dette en udfordring og bryder til dels med de kulturelle normer, der har været herskende på sengeafsnittene. Det er vigtigt, at dette adresseres med respekt for de særlige vilkår, det er at arbejde med meget syge patienter i mere restriktive miljøer.

Konklusion

Undersøgelsen har identificeret en række arbejdsgange og kulturelle elementer, som er formende for personalets arbejde i de fem enheder. Det er forhold, som er centrale at forholde sig til, når man flytter de fem enheder til det nye sygehus i Slagelse: er der forhold, som skal ændres eller bibeholdes og understøttes i sin nuværende form i de nye bygninger? Undersøgelsen peger også på, at spørgsmål om sikkerhed, tvang og generel funktionalitet i forhold til de nye bygninger står centralt blandt personalets overvejelser om flytningen. Og endelig også, at personalet udover disse bekymringer ser frem til at skulle tage de nye bygninger i brug.

1 Indledning

Der bygges nyt i psykiatrien. Over hele landet er der sat byggeprojekter i gang, som skal skabe bedre rammer for behandlingen af mennesker med psykisk sygdom. I Region Sjælland bygges et nyt psykiatrisygehus. Med sygehuset ønsker regionen at etablere et fagligt fyrtårn, der understøtter de tendenser og muligheder, der kendetegner fremtidens psykiatri (Region Sjælland 2008, se også Regeringens udvalg om psykiatri 2013). Kunst og helende arkitektur, der gør brug af farver, lys, glas og natur, skal medvirke til at optimere behandling og patientforløb. Indretningen af sengeafdelinger skal skabe mulighed for bedre interaktion mellem personale og patienter og nedbringe tvang. Sygehuset skal endvidere spille en stor rolle i uddannelse og forskning i regionen. Det nye sygehus vil samle en række enheder, der i dag er spredt i den vestlige del af Region Sjælland, bl.a. retspsykiatrien i Nykøbing Sjælland, Klinik for traumatiserede flygtninge i Korsør, Ældrepsykiatrisk afdeling i Vordingborg og de almenpsykiatriske sengeafdelinger i Holbæk, Dianalund og Slagelse.

Når det nye sygehus i Slagelse står klar til brug i 2015, er det moderne rammer, som medarbejdere og patienter i psykiatrien skal flytte ind i – rammer der skal sikre en moderne psykiatri. Der skal skabes en række nye arbejdsgange, som bedst muligt udtrykker målsætningerne for behandlingen, samtidig med at der er lydhørhed over for medarbejdernes vurdering af, hvad der skaber høj behandlingskvalitet, faglig udvikling og et trygt arbejdsmiljø.

1.1 Formål

I forbindelse med etableringen af det nye sygehus besluttede Psykiatrilædelser i Region Sjælland at iværksætte en undersøgelse af arbejdsgange og kultur i psykiatrien – nærmere bestemt på syv forskellige psykiatriske enheder, der alle ville blive berørt af flytning til det nye sygehus. Denne undersøgelse er blevet gennemført ad to omgange.

Første del af undersøgelsen blev afviklet fra september 2012 til foråret 2013 og blev gennemført af en projektsygeplejerske ansat i regionen. Den var designet som en omfattende, eksplorativ antropologisk undersøgelse, og der er indsamlet datamateriale fra to enheder: Almenpsykiatrisk afdeling i Dianalund (V2) og Ældrepsykiatrisk afdeling i Vordingborg (G1).

Anden del af undersøgelsen, som nærværende rapport afrapporterer, er gennemført af KORA og bygger videre på designet fra første del, men i komprimeret og struktureret form.

Undersøgelsen omfatter de fem enheder, der ikke var omfattet af den første del af undersøgelsen, dvs. P4 – et lukket retspsykiatrisk sengeafsnit, P3 – et sikringsafsnit, V1 – et lukket almenpsykiatrisk sengeafsnit, Distriktskykiatrien i Slagelse og Klinik for traumatiserede flygtninge i Korsør.

Formålet har været:

1. at beskrive elementer af kultur og arbejdsgange, som medarbejderne i de valgte enheder vurderer som særligt velfungerende eller vanskelige i deres arbejde med at pleje og behandle mennesker med psykisk sygdom
2. at italesætte medarbejdernes forventninger til og bekymringer for markante ændringer i fysiske rammer og arbejdsgange, som er planlagt i forbindelse med det nye psykiatrisygehus

3. på baggrund af disse forventninger og bekymringer så vidt muligt at identificere behov for kompetenceudvikling blandt medarbejderne i Psykiatrien Region Sjælland

Nærværende undersøgelse baserer sig på første del af undersøgelsen af de to åbne sengeafsnit, men det er udelukkende anden del af undersøgelsen, der hermed afrapporteres.

1.2 Det nye psykiatrisygehus

På baggrund af Psykiatriplan for Region Sjælland fra 2008 traf Regionsrådet beslutning om at påbegynde etableringen af et nyt psykiatrisygehus i Slagelse. Det første spadestik blev taget i marts 2013. Når sygehuset står klar i starten af 2015, vil det brede sig over 44.000 m², og en række enheder, som p.t. ligger spredt primært i den vestlige del af regionen, vil blive samlet under samme tag. Det gælder flere voksenpsykiatriske afdelinger, der flytter fra Dianalund og Holbæk, Visitationsklinikken fra Dianalund, dele af Ældrepsykiatrien i Vordingborg, Klinik for traumatiserede flygtninge i Korsør samt Forskningsenheden, der i dag har hjemme i Roskilde. Alle nuværende afdelinger i Slagelse flytter også over i det nye psykiatrisygehus, dvs. to klinikker, et lukket afsnit, Distriktskykiatrien og Retspsykiatrisk kompetencecenter. Endelig flytter Retspsykiatrien og Sikringsafdelingen også fra Nykøbing Sjælland til Slagelse.

Sygehuset vil i alt omfatte 114 almen- og ældrepsykiatriske sengepladser, 50 retspsykiatriske sengepladser og 30 pladser til sikringsafdelingen. Dertil kommer akutmodtagelse, ambulante behandlingsfunktioner og faciliteter til forskning. I alt vil ca. 650 ansatte få deres daglige gang på det nye sygehus. Sygehuset er placeret ved siden af det eksisterende somatiske sygehus i Slagelse. En tunnel samt en række fælles faciliteter forbinder de to sygehuse fysisk og driftsmæssigt.

Der er en række mål knyttet til regionens udformning af det nye sygehus. Disse mål skal sikre den overordnede ambition om psykiatri af høj faglig kvalitet, som løbende udvikles i forhold til ny viden om behandling og pleje. Formålet med byggeriet beskrives på regionens hjemmeside med nedenstående punkter:

- at etablere moderne og sikre fysiske rammer for patienter og personale
- at etablere tilstrækkeligt antal og kvalitet i patientpladser til de retspsykiatriske patienter
- via nærhed til et somatisk sygehus at sikre, at fremtidig behandlings- og diagnosticeringsmuligheder tilgodeses
- at samle flere specialistfunktioner på ét stort sygehus og dermed koncentrere forskning og udvikling og samarbejdet med lægestuderende
- at sikre attraktive arbejdspladser og rekruttering
- at skabe fælles rammer for gode personaleforhold
- at skabe bedre mulighed for at tiltrække og fastholde nødvendige medarbejdere og faglige kompetencer

For at skabe de bedst mulige rammer for det fremtidige arbejde og realisering af den overordnede ambition er eksperter, brugere og medarbejdere blevet inddraget, fra processen omkring planlægningen af byggeriet begyndte. Der er efterfølgende nedsat en række arbejdsgrupper, hvor udvalgte medarbejdere har behandlet forskellige forhold i tilknytning til ibrugtagningen af det nye psykiatrisygehus. Disse arbejdsgrupper ser på forhold vedrørende:

1. Fremtidig organisering/Plejepersonale og Afsnitsledelser
2. Samarbejde, vagttag, vagtforhold mv.
3. Samarbejde i forhold til fællesfunktioner, personaleressourcer mv.
4. Kontorfaciliteter, arbejdspladsindretning, fællesfunktioner mv.
5. Kontor- og behandlerfaciliteter
6. Flytteprocessen
7. Arbejdspladsindretning/Disponible arbejdspladser

Denne undersøgelse af arbejdsgange og kultur på fem af de afdelinger, der skal flytte til det nye sygehus, er en del af denne inddragelsesproces og fokuserer på medarbejdernes perspektiv på deres nuværende praksis og flytningen til det nye sygehus.

Udover den generelle forbedring af de fysiske rammer og mulighed for aktiviteter, som det nye sygehus vil betyde for de fleste af de psykiatriske enheder, er der også tænkt en række andre ændringer ind i de nye fysiske rammer – ændringer, der skal være med til at udmønte visionerne for psykiatrien i Region Sjælland (Region Sjælland 2008). De almenpsykiatriske sengeafsnit skal være integrerede, dvs. rumme både åbne og lukkede områder. Dette skal give mulighed for at skabe et bedre flow i patientforløbet. En anden markant ændring omhandler tvangsfiksering, som i de nuværende enheder typisk foregår på sengestuen eller i et særligt indrettet rum i det enkelte afsnit. I det nye sygehus vil eventuel fiksering foregå i en stue placeret centralt i bygningen uden for de enkelte afsnit, samtidig med at der vil være mulighed for at arbejde mere målrettet med deeskalering (fx via sanseintegrationsrum og brug af lys). Dette er i overensstemmelse med Regeringens ønske om at reducere brugen af tvang i psykiatrien. Endeligt vil indretningen af personalefaciliteter udgøre en forandring for mange af medarbejderne med etablering af personaletrum med vægge af glas og fravær af personlige kontorer tæt på sengeafsnittene.

Når det er særligt interessant at beskæftige sig med nybyggeri inden for det psykiatriske område, skyldes det, at psykiatrien i højere grad end andre specialer har tradition for at bruge de fysiske rammer aktivt i behandlingen af patienterne. Selvom der er kommet en generel opmærksomhed i sundhedsvæsenet omkring, hvilken rolle de fysiske rammer spiller for patienternes behandling og helbredelse (Frandsen 2013, se også Johansen og Johansen 2013), har psykiatrien gennem mange år arbejdet med en aktiv brug af afdelingernes fysiske rammer; i dag ofte italesat som en del af en miljøterapeutisk tilgang (Bechgaard 1992, Tuck & Keels 1992). De fysiske rammer spiller en rolle ved fx at være med til at skabe et overskueligt miljø, ved at muliggøre eller begrænse fysisk aktivitet, ved gøre personalet tilgængeligt eller omvendt skjule dem for patienterne osv. De fysiske rammer er ikke bare med til at bestemme, hvilken slags behandlinger og aktivitet, der er mulig – de er behandling i sig selv. Det er altså ikke kun rammerne for behandlingen, man ændrer med et nyt hospitalsbyggeri, men også behandlingen i sig selv.

1.3 Rapportens overordnede metodiske og teoretiske tilgang

Nærværende rapport tager afsæt i en etnografisk tilgang til sit felt. Det vil sige, at vi har benyttet etnografiske metoder i projektet, og at det overordnede formål med disse metoder er en bestræbelse på 'at forstå umiddelbart kendte livsverdener som disse leves, erfares og erkendes i konkret social praksis' (Jakobsen 2004: 21). Der er fokus på kontekstens – det vil her sige psykiatriens – betydning for aktørernes tænkning, tale og handling. Projektet placerer sig dermed inden for en tradition af etnografisk udforskning af psykiatriske behandlingstilbud (fx Goffman 1967; Estroff 1981; Rhodes 1991; Jakobsen 2006; Johansen

2006; Petersen 2013). Diskussionen af fundene i undersøgelsen refererer ligeledes primært til denne litteratur.

Valget af de etnografiske metoder – i dette tilfælde observationer og interview – er baseret på et ønske om at få et indblik i arbejdet i de fem udvalgte enheder, som det udføres, beskrives og forstås af medarbejderne. Disse metoder giver en adgang til den dagligdags praksis snarere end den ideelle praksis – altså hvordan opgaver udføres, snarere end hvordan de burde udføres. Den dagligdags praksis forstås som formet i og af den kontekst, som arbejdet foregår i: fysiske rammer, ressourcer, aktører osv. (Smith 1987; 2002).

Vi ser de fem enheder som det, der med et antropologisk begreb kan kaldes praksisfællesskaber (communities of practice) (Lave og Wenger 1991; Wenger 1998). Praksisfællesskaber udgøres af grupper af mennesker, der deler interesse for en sag, eller noget de praktiserer og lærer gennem regelmæssig interaktion. Et praksisfællesskab består af (frit efter Wenger 1998: 125):

- Længerevarende sociale relationer
- Delte måder at praktisere på
- Delt information
- Delte redskaber og artefakter
- En fælles fortælling om, hvem vi er
- Kendskab til andres erfaring og kompetencer
- Evnen til at vurdere om handlinger er passende og relevante
- Enighed om hvem der hører til, og hvem der står udenfor
- Indforstået sprog og kommunikation
- Gensidigt definerende identiteter

Et praksisfællesskab i form af en arbejdsplads består bl.a. af de opgaver, der skal løses, måderne det foregår på, og omgangsformer mellem de involverede aktører. Praksisfællesskabet er ikke kun praktisk, men også kulturbærende og kreativt. Disse aspekter er gensidigt formende, dvs. at opgaveløsningen skal korrespondere med de værdier, som medarbejderne knytter til arbejdet og omvendt. Praksisfællesskabet ændrer sig med konteksten, at forandringen sker løbende og ikke er overstået med et enkelt tiltag eller efter en særlig periode, og at meningsdannelsen omkring arbejdet er afgørende for den organisatoriske sammenhængskraft. Det er vigtigt at tage med i betragtning ved indflytningen til det nye sygehusbyggeri.

1.4 Rapportens opbygning

Rapporten er struktureret i otte kapitler fra indledning til konklusion.

Kapitel 2 består af et metodekapitel, som gør rede for undersøgelsesdesignet og de metoder, der blev anvendt til dataindsamling. Metodekapitlet er vigtigt for at forstå, hvilket materiale vi har haft til rådighed for beskrivelse og analyse i de følgende kapitler, og hvilke begrænsninger det lægger på vores resultater.

Kapitel 3 giver en faktuel beskrivelse af de fem enheder, der indgår i undersøgelsen. Her findes konkret information om beliggenhed, historie, bemanning, fysiske rammer, patientforløb mv.

Kapitel 4 og 5 beskriver de arbejdsgange, som trådte frem gennem observationer og interview såvel som arbejdsgange, som af medarbejderne i de valgte enheder vurderes som centrale for deres arbejde med at pleje og behandle mennesker med psykisk sygdom. Det vil sige arbejdsgange, som medarbejderne er henholdsvis særligt tilfredse eller utilfredse med. Dette handler om faglige, organisatoriske, praktiske og fysiske forhold, der former konkrete arbejdsgange.

Kapitel 6 og 7 beskriver de kulturelle elementer, der sætter rammerne for og skaber betydning i praksis. Det vil bl.a. sige de diskussioner om fx tilgange til det psykiatriske arbejde, omgangsformer i afsnittet og sikkerheden i arbejdet, som medarbejderne har med hinanden, og som derfor former den måde, enhederne fungerer på. Også her trækkes der på observationerne af, hvordan hverdagen fungerer i praksis, og kapitlerne er således en blanding af beskrivelser af praksisser og medarbejdernes diskussioner.

For begge temaer – arbejdsgange og kultur – gælder, at beskrivelserne er betydeligt mere omfattende for de tre sengeafsnit end for de to ambulante enheder. Det skyldes til dels den numeriske forskel, dels at der var mulighed for en mere omfattende observation på sengeafsnittene. Når vi har valgt denne opdeling mellem sengeafsnit og ambulante enheder, skyldes det primært, at de tre sengeafsnit på en række områder minder om hinanden, og det derfor giver mening at præsentere og diskutere dem i forhold til hinanden. De to ambulante enheder minder ikke på samme måde om hinanden, og muligheden for at sammenligne og diskutere de konkrete fund på tværs af de to enheder er derfor tilsvarende mindre.

Kapitel 8 beskriver medarbejdernes perspektiv på det nye psykiatrisygehus, dvs. deres forbehold og forventninger samt oplevelser af medarbejderinddragelse i processen omkring byggeri, indretning og tilrettelæggelse af arbejdsgange.

Kapitel 9 spejler arbejdsgangene og kulturaspekterne i fundene fra andre undersøgelser, der er foretaget i psykiatriske organisationer og udpeger de områder, hvor man med fordel kan sætte ind med kompetenceudvikling for at facilitere medarbejdernes overgang til det nye sygehus.

2 Undersøgelsesdesign og -metode

Undersøgelsen er tilrettelagt som en kvalitativ undersøgelse og anvender metoderne observation og interview. Interview er valgt for at give informanterne – personalet på de udvalgte afdelinger – mulighed for at præsentere deres perspektiv på dels de centrale og vigtigste arbejdsgange, dels på bygningen af det nye psykiatrisygehus. Deltagerobservationen er valgt som metode for at kunne perspektivere og validere udsagnene i interviewene og for at få indsigt i centrale praksisser, som personalet ikke nødvendigvis er bevidste eller artikulerede omkring.

Dataindsamlingen er foretaget i september og oktober 2013.

2.1 Interview med nøglepersoner

Som første led i projektet blev der foretaget semistrukturerede interview med fem centralt placerede personer, dels fra psykiatrien, dels fra Regionen, som er tæt på projektet med det nye psykiatrisygehus. Formålet med disse interview var at afdække projektets overordnede ideer og rammer, samt hvor nøglepersoner forudser særlige udfordringer i forbindelse med etableringen af den nye organisation. Følgende nøglepersoner blev interviewet:

- Michael Werchmeister, psykiatridirektør
- Søren Bredkjær, (lægefaglig) vicedirektør i Psykiatrien
- Henrik Bendix Olsen, projektchef på GAPS-byggeriet¹
- Tom Johansen og Tove Erecius (interviewet sammen), projektleder og chefkonsulent i Psykiatrihuset

Oplysningerne fra disse interview blev indarbejdet i henholdsvis observationsguide og interviewguide. De indgår også i den afsluttende diskussion af materialet og resultaterne.

2.2 Observation på fem enheder

Med henblik på at dække de forskellige funktioner, der findes i Psykiatrien Region Sjælland, har styregruppen for projektet udvalgt følgende afsnit/enheder til at indgå i denne undersøgelse:

- P4 – lukket retspsykiatrisk afsnit, Nykøbing Sjælland
- P3 – sikringsafsnit, Nykøbing Sjælland
- V1 – lukket almenpsykiatrisk afsnit, Slagelse
- Distriktskykiatrien, Slagelse
- Klinik for traumatiserede flygtninge – ambulant klinik, Korsør

Der blev observeret fire dage i hver af de fem enheder. Opgaven med at observere blev delt mellem tre feltarbejdere, som hver observerede i henholdsvis 2 og 1 enhed. Det konkrete program for observationen blev aftalt med afdelingsledelsen i det enkelte afsnit/enhed, herunder hvilke personalerepræsentanter feltarbejderen skulle følge hver af de fire dage. Feltarbejdernes tilstedeværelse i afsnittet/enheden blev tilrettelagt, så observatio-

¹ GAPS står for Gennemførelse Af nyt Psykiatrisygehus i Slagelse.

nerne så vidt muligt dækkede det arbejde, der blev udført i den enkelte enhed, herunder aftenvagter og overgange mellem vagter.

Observationen bestod af en struktureret og en mere åben tilgang. Dels fulgte vi en observationsguide (se bilag 1), der særligt fokuserede på specifikke arbejdsopgaver og -rutiner, fx morgenkonference og patientsamtaler, men også bredt på omfanget og karakteren af kommunikation og interaktion mellem personalet og mellem personale og patienter samt pårørende hvis relevant. Dels var vi åbne over for konkrete episoder og hændelser, der fandt sted i løbet af de fire dage, og som fortalte noget om stedets særlige arbejdsgange og kultur.

Vi blev utrolig godt modtaget af personalet og ledelsen i alle fem afsnit/enheder. Der var stor opbakning til undersøgelsen og velvilje til at forklare og besvare spørgsmål. I praksis var der dog stor forskel på, hvor meget tid personalet kunne afsætte til undersøgelsen og vores adgang til at observere daglige arbejdsgange. Generelt havde personalet i sengeafsnittene tid til at tale med os, og vi fik lov at følge en række daglige aktiviteter såsom stuegang og vagtskifte. I sengeafsnittene foregår der også megen aktivitet i fællesrummene, fx måltider og uformelle samtaler, som er nemme at observere. På de ambulante afsnit er behandlernes tid derimod booket op af konsultationer og møder, og de havde svært ved at afsætte tid til interview. Det var også noget sværere at observere her, fordi den centrale daglige aktivitet, patientkonsultationerne, foregår bag lukkede døre, og ikke alle patienter ønskede, at vi fulgte med ind til samtalen og observerede denne.

Det er vigtigt at understrege, at det, vi har taget med os, og som danner grundlag for den videre analyse, efter kun fire dages observationer ikke er udtømmende beskrivelser af alle aktiviteter i den enkelte enhed. De konkrete arbejdsgange og interaktioner, vi har observeret, beror delvis på tilfældigheder, fx om der tilfældigvis blev afholdt et personalemøde i de dage, vi var der (noget som måske kun foregår en gang om måneden). De konkrete observationer er også et øjebliksbillede af afsnittet/enheden. Nogle steder fik vi at vide, at vi havde været til stede i en særlig travl periode, fx på grund af sygdom i personalegruppen, eller en særlig rolig periode hvor der var tomme senge. Omvendt taler intet for, at de fire konkrete dage, hvor vi deltog i enhedernes daglige liv, adskiller sig væsentligt fra hverdagen, som den udspiller sig i andre perioder. Vi mener derfor, at de fire dages observationer i hvert afsnit/enhed har givet et detaljeret indblik i de daglige arbejdsgange det pågældende sted, som suppleres og uddybes i interviewene med personalet.

2.3 Interview med medarbejderrepræsentanter

De personalerepræsentanter, som feltarbejderen fulgte en hel dag, blev også interviewet i løbet af dagen. Det gav mulighed for at spørge ind til konkrete observationer og fx få uddybet faglige overvejelser, som lå til grund for en konkret handling. Dagens observationer udgjorde også en kontekst for interviewene.

Der er i alt afholdt 20 individuelle personaleinterview (4 på hvert afsnit) og et enkelt gruppeinterview.

De afholdte personaleinterview var semistrukturerede og fulgte en fælles spørgeguide (se bilag 2). Spørgguiden fokuserede på medarbejdernes opfattelse af afsnittet og deres eget arbejde i forhold til, hvad der fungerer godt eller mindre godt. Der blev også spurgt til forventninger og bekymringer i forhold til den forestående flytning. Interviewene blev foretaget i fortrolighed bag lukket dør. De varede ca. 1 time og blev alle optaget og senere trans-

skriberet. Interviewpersonerne blev lovet delvis anonymitet forstået på den måde, at det specifikke afsnit er kendt, men interviewpersonernes navne ikke nævnes her i rapporten.

2.4 Metodediskussion

I dette projekt har vi af praktiske årsager fulgt enkelte medarbejdere under observationen – en for hver observationsdag og dermed fire medarbejdere pr. enhed (se også metodebeskrivelsen i kapitel 2). Det betyder, at både interview og observation er tæt knyttet til disse medarbejdere og deres særlige opgaver og perspektiv. Dette understøtter det 'indefra'-perspektiv på arbejdsopgaver og omgangsformer, det var formålet at indhente med feltarbejdet. Vi får arbejdsprocesserne at se, som de tager sig ud for de udvalgte medarbejdere i løbet af en vagt. Dermed har medarbejderne også stor indflydelse på, hvordan datamaterialet kommer til at se ud, fordi de opgaver og emner, som er vigtigst for dem, kommer til at fylde mest.

Begrænsningen ved denne tilgang består her i det korte feltarbejde. Materialet er betinget af arbejdets gang og de begivenheder, der fandt sted, netop mens vi opholdt os på afdelingen. Ikke alle opgaver udføres hver dag. Det betyder, at nogle opgaver kun er beskrevet i interviewene, og at vi kun i begrænset omfang har kunnet følge opgaver, der spænder over flere faggrupper og evt. flere dage fra start til slut. Derfor bruger vi primært observationsmaterialet til at understøtte materialet fra interviewene, fx som kontekst for beskrivelsen af arbejdsopgaver i sengeafsnit og ambulante enheder.

Materialets styrke ligger i, at der på tværs af enheder er en række temaer, der går igen. Dette står stærkest for sengeafsnittene, hvor fx sikkerhed og den formaliserede organisering af arbejdet fylder meget i hverdagen. De ambulante enheder er grundlæggende mere forskellige med hensyn til opgaver, målgruppe og arbejdstilrettelæggelse og har derfor ikke i samme omfang fælles temaer. Ikke desto mindre har de lignende bekymringer i forhold til det nye sygehus, fx omkring de fysiske rammer og deres indvirkning på udførelsen af deres arbejdsopgaver.

2.5 Databehandling og analyse

Projektets primære datamateriale udgøres af medarbejderinterviews, der alle er transskriberet, og de daglige feltnoter der blev renskrevet efter observationerne. Datamaterialet er blevet lagt ind og kodet i programmet NVivo, som er et software udviklet specielt til behandling af kvalitative data. Materialet er blevet kodet i forhold til undersøgelsens formål – dvs. arbejdsgange og kultur, bekymringer og forventninger til det nye sygehus og kompetenceudvikling. Arbejdet med kodningen er foregået i en dialog med materialet, hvor forskellige bud på kodninger og deres indhold er blevet diskuteret i arbejdsgruppen, indtil der er opnået enighed omkring, hvad de forskellige kodninger indeholdt. Kodning af arbejdsgange viste sig i praksis at være en række konkrete, formelle opgaver og forhold, som strukturerer personalets hverdag, og kultur kom primært til at centrere sig om de mange forskellige relationer, som personalet tillagde betydning i deres hverdag. Igennem kodningen er der også identificeret temaer, der går på tværs af materialet, og ligeledes forhold hvor de enkelte enheder adskiller sig markant fra hinanden. Der har i bearbejdningen af data været en særlig opmærksomhed omkring de arbejdsgange, som personalet selv oplevede som mest centrale. Disse er i kapitel 4 og 5 fremhævet i gennemgangen.

3 De fem enheder/afsnit

I det følgende gives en kort faktuel beskrivelse af de fem afsnit/enheder, hvor der er foretaget observationer og interviews i forbindelse med undersøgelsen. Data er indhentet gennem interviewene og observationer og fra regionens hjemmeside. Beskrivelsen gives i tabelform, for at det er muligt at relatere den forskellige organisering i enhederne til hinanden undervejs i læsningen.

Tabel 3.1 Skematisk præsentation af de fem enheder

	P4 – lukket retspsykiatrisk afsnit, Nykøbing Sjælland	P3 – sikringsafsnit, Nykøbing Sjælland	V1 – lukket almenpsykiatrisk afsnit, Slagelse	Distriktspsykiatrien, Slagelse	Klinik for traumatiserede flygtninge – ambulant klinik, Korsør
Målgruppe	Afsnit P4 er et lukket retspsykiatrisk afsnit, der modtager patienter, som har en dom til anbringelse eller behandling på sygehuset; patienter der skal ment observeres samt i enkelte tilfælde patienter i varetægtsurrogat. Patienterne er der typisk i meget lange forløb. Hovedparten af de indlagte har en diagnose inden for det skizofrene spektrum.	Sikringen er en landsdækkende retspsykiatrisk afdeling og modtager derfor patienter fra andre psykiatriske og retspsykiatriske afdelinger og fra fængsler over hele landet. Patienterne på Sikringen indlægges på baggrund af et farlighedsdekret udstedt af Justitsministeriet eller efter en retskendelse, der giver mulighed for anbringelsesdom til Sikringen, varetægtsfængsling på Sikringen, mentalundersøgelse på Sikringen, eller varetægtsfængsling i surrogat på Sikringen. Hovedparten af de indlagte har en diagnose inden for det skizofrene spektrum. Patienterne er på Sikringen, indtil det af en domstol vurderes, at de kan udskrives.	Afsnit V1s målgruppe er voksne, der har et bredt spektrum af psykiske lidelser. Det er typisk patienter, som er svært syge ved indlæggelsen. Mange indlægges på tvang, og en del indlægges i henhold til en behandlingsdom, ofte fra bosteder i regionen. Personalet kender mange af patienterne fra tidligere indlæggelser. Når patienterne er stabilt medicineret, overflyttes de typisk til et åbent afsnit. Den gennemsnitlige indlæggelsestid er 5-8 dage, hvilket dækker over alt fra 1 dag til 1 måned.	Distriktspsykiatrien Slagelse er et af Psykiatrien Vests syv ambulante psykiatriske behandlingstilbud til borgere over 18 år. Patienterne har ofte et langvarigt psykiatrisk sygdomsforløb med fx skizofreni, bipolar lidelse, kroniske paranoide psykoser o.l. Ambulante patienter med andre diagnoser behandles i Psykiatrisk Klinik.	Klinik for traumatiserede flygtninge tilbyder behandling til voksne traumatiserede flygtninge med opholdstilladelse i Danmark, der har alvorlige psykiske problemer som følge af traumatiserende hændelser i hjemlandet. Patienterne fordeler sig på mange forskellige nationaliteter: libanesere, iranere, irakere, congolesere, personer fra andre afrikanske lande og fra Sri Lanka. For at blive visiteret til klinikken skal man lide af posttraumatisk stressyndrom. De indskrevne har derudover ofte depressioner, angst og andre afledte sygdomme.
Behandlingen i organisationen	Formålet med P4 er at behandle patienter, der er indlagt i henhold til en dom: "I den psykiatriske behandling indgår medicin, samtaler med psykiater, plejepersonale (kontaktpersoner) og evt. psykolog og miljøterapeut. Der kan udover psykiatrisk behandling indgå samtale med psykolog, musikterapi og motion" (Region Sjælland (1)).	Formålet med Sikringen er at kunne tilbyde behandling til psykiatriske patienter i et miljø, hvor sikkerhed indtages en central plads. Behandlingen omfatter individuel behandling, miljøterapi, idræt og musikterapi (Region Sjælland (2)).	Som lukket alment afsnit er formålet med V1 at behandle borgere, der er til fare for sig selv eller andre og derfor har behov for behandling i lukkede rammer (Region Sjælland (3)). Behandlingen omfatter: "... miljøterapi og medicinsk behandling. (...) Efter individuel vurdering af særlige behov kan den miljøterapeutiske og medicinske behandling supple-	Formålet med distriktspsykiatriske klinikker er at behandle psykiatriske patienter ambulant. Mange patienter, der har været indlagt i en akut fase, følges efterfølgende i distriktspsykiatrien. Andre henvises fx fra egen læge. Behandlingen omfatter: "... individuelle samtaler, gruppebehandling, undervisning i relation til din sygdom (psykoedukation) og medicinsk be-	Formålet med Klinik for traumatiserede flygtninge er at tilbyde behandling af de særlige problematikker, der kan følge med den livsomstændighed, det er at være flygtning. Klinik for traumatiserede flygtninge behandler patienter ved at tilbyde: "... psykoedukation, herunder evt. individuel psykoterapi, musikterapi, akupunktur, psykosociale samtaler,

	P4 – lukket rets- psykiatrisk afsnit, Nykøbing Sjæl- land	P3 – sikrings- afsnit, Nykøbing Sjælland	V1 – lukket almenpsykiatrisk afsnit, Slagelse	Distriktspsyki- atrien, Slagelse	Klinik for trauma- tiserede flygtninge – ambulant klinik, Korsør
			res med psykolog- samtaler, ergotera- pi, fysioterapi/ kropslig træning og/eller bistand fra socialrådgiver (Region Sjælland (3)).	handling" (Region Sjælland (4)).	kropsbehandling og /eller medicinsk behandling" (Regi- on Sjælland (5)).
Organisati- onerne i den fysiske omverden	P4 ligger i stue- etagen i en af de gamle, karakteri- stiske gulkalkede bygninger i Anne- bergparken. Bygningerne er ca. 100 år gamle om- kranset af smukke gamle alleer og en naturskøn belig- genhed tæt på skov og vand. Et karak- teristisk psykiatrisk institutionsbyggeri efter datidens standarder (Eplov et al. 2010; Kel- strup 1983, Madsen 2009, Møllerhøj 2008). Afsnittet er aflåst.	Ligesom P4 er Sikringen, som afsnittet kaldes i daglig tale, en del af det psykiatriske hospitalskompleks Annebergparken. I sin nuværende form blev Sikringen bygget i 1981, hvor det stadig var en udbredt opfattelse, at psykiatriske patienter skulle bo på institutioner, som skulle være en tilnærmelse til det normale liv (Eplov et al. 2010). Det er en gul murstens- bygning i ét plan, som ligger gemt lidt af vejen på det store parkagtige areal. Der er kun én ind- gang til afdelingen, hvor man modtages af et overvågnings- kamera og låst dør.	V1 ligger som en del af Slagelse Sygehus inde i Slagelse by. Syge- huset har både psykiatriske og somatiske afsnit. Afsnittet ligger i stuen i et gult 1970'er murstens- byggeri i forlængel- se af Psykiatrisk Akut Modtagelse (PAM) og med distriktspsykiatrien på 1. sal. Bygnin- gen er aflåst, der er kamera over døren.	Distriktspsykiatrien ligger som en del af Slagelse Sygehus inde i Slagelse by. Hospitalet har både psykiatriske og somatiske afsnit. Distriktspsykiatrien ligger på 1. sal, hvor V1 og PAM ligger i stueetagen. På 1.-salen ligger også et somatisk afsnit. Når der er adgang for patien- ter, er døren åben.	Klinik for traumati- serede flygtninge i Korsør har til huse i et ældre byggeri, der tidligere har været misbrugscen- ter og jordemoder- klinik. Bygningen ligger inde i Korsør by. Klinikken i Korsør er oprettet i 2011 og er en ud af tre klinikker, der til- byder behandling til traumatiserede flygtninge i Region Sjælland. De andre klinikker er belig- gende i Roskilde og Vordingborg. Når der er adgang for patienter, er døren åben.
Organisati- onerne indendørs	P4 har 10 senge- pladser til retspsy- kiatriske patienter, der har fået en retspsykiatrisk særforanstaltning. Derudover kan tidligere indlagte patienter komme på P4 i ambulante forløb, hvor de får medicin. P4 er et lukket retspsykiatrisk afsnit, hvilket betyder, at dørene er låst. Alt efter dom har patienter- ne forskellige muligheder for udgang, adgang til telefon, internet osv. Gæster har ikke adgang i selve afsnittet, og alle besøg forgår i besøgsrummet. Patientstuerne har eget toilet og bad, og patienterne har adgang til fælles arealer, der tæller spisestue, tv-stue med tekøkken og	P3 har 10 senge- pladser. Sikringen beskriver selv, at stedet er et fængsel udadtil og et hospital indadtil. At komme ind i af- snittet omfatter at passere gennem en sluse med 2 låste døre, der kun kan åbnes elektronisk, og henvendelse i den døgnbemande- de terminal, hvor man indskrives, får sin overfaldsalarm og venter, til man bliver afhentet af personale fra P3. Når man kommer ind på selve afsnit- tet, træder man ind i en bred og lys gang. På venstre side er der 10 værelser, hvor dørene kun kan lås udefra og er forsynet med dør- kikkert, så man kan se, hvad der fore- går i værelset. I afdelingen er der	V1 har 12 senge- pladser. Afsnittet består af en lang gang, der strækker sig fra indgangen – hvor et bordtennisbord er klemt ind – og ned til spisestuen. Gangen er bred og bar, uden billeder, stole eller planter. På hver side af gangen ligger sen- gestuerne, som er enestuer med eget toilet. På venstre side af gangen over for personalerummet ligger opholdsstu- en. Det er tilstræbt at rummene skal være enkle og overskuelige for ikke at give mange indtryk til de meget syge patienter og for at sikre, at der ikke er en masse løse genstande, som en patient under en psykotisk episode kan smide	Der er 700 patien- ter tilknyttet Di- striktspsykiatrien i Slagelse. Når man kommer op ad trappen til 1. sal, træder man ind i et åbent gennem- gangsrum. I et ind- hak på gangen er der indrettet vente- faciliteter, og der er en åben glasdør ind til informatio- nen eller receptio- nen, hvor der sid- der 3 sekretærer. Resten af afsnittet ligger som lukkede kontorer og rum ud fra en lang, bred hospitalsgang. Der er 3 konferen- ce- eller møderum og 'personalebiblio- teket' med køkken- faciliteter og plads til at spise frokost.	Der er p.t. 34 patienter² i be- handling i Klinik for traumatiserede flygtninge, og derudover er der ca. 43 patienter i udredningsfase eller venter på første samtale. I stueetagen er der sekretærkontor, venteværelse, mødelokale, køk- ken, 3 kontorer hvoraf 2 deles med distriktspsyki- atrien. Mødelokalet i stuen benyttes også som samtale- rum, i de tilfælde hvor patienten af fysiske årsager ikke kan komme op på 1. sal. På 1. sal er der 3 kontorer, 1 bevæ- gelsesrum samt 1 mødelokale med videokonference faciliteter.

² Klinik for traumatiserede flygtninge kalder selv deres målgruppe for klienter. Vi har dog i denne rapport valgt at bruge betegnelsen patienter for at være konsistente i sprogbruken.

	P4 – lukket rets- psykiatrisk afsnit, Nykøbing Sjæl- land	P3 – sikrings- afsnit, Nykøbing Sjælland	V1 – lukket almenpsykiatrisk afsnit, Slagelse	Distriktspsyki- atrien, Slagelse	Klinik for trauma- tiserede flygtninge – ambulant klinik, Korsør
	vaskerum. Fra spisestuen er der udgang til en gårdhave, hvor patienterne kan ryge. Gården er ca. 10 x 30 meter lang og hegnet ind, også foroven, af et fintmasket metal net, så der ikke kan kastes ting ind. Midt i afdelingen ligger personale- rummet med en glasdør ud til spise- stue/opholdsrum. På 1. sal ligger Idræts huset, som er en række træ- ningsrum, der deles med de øvrige retspsykiatriske enheder, og hvor der er særligt personalet tilknyt- tet (4 idrætslære- re). På 2. sal er der møderum, et bil- ledkunstværksted, og et rum hvor personalet kan overnatte.	kombineret spise- stue og køkken til brug for patienter- ne og en daglig- stue, hvor patient-erne kan opholde sig sammen med personale. Derud- over er der et bad og et toilet til patienterne. Patienterne har mulighed for gård- ture flere gange i døgnet. Gården er omkranset af en 6 meter høj mur. Udover gårtduren har patienterne mulighed for at dyrke forskellige former for motion, boldspil og have ledsaget udgang. Personalet har to små rum, der fun- gerer som kontor- rer, en garderobe og et lille toilet til rådighed i det dag- lige. De har desu- den et mødelokale til undervisning, conference o.l. Af de to kontorrum er det inderste og mindste officielt et stillerum. I dette rum er der medi- cinskab og forskel- lige kontorfacilite- ter. I praksis virker det således ikke som et stillerum, bl.a. også fordi der er meget lyd på afdelingen.	rundt med. Personalerummet er normalt aflåst, og sort og gul tape aftegner en firkant omkring døren, som patienterne ikke må overtræde – heller ikke når døren står åben. I personalerummet opbevares medicin. Ved siden af op- holdsstuen er afde- lingssygeplejer- skens kontor, af- låste skabe med sangbøger og ergoterapeutens bolde, spil mv. Derefter konferen- cerummet. For enden af gangen ligger spisestuen med skabe og et bord med stole omkring. Fra spisestuen er der udgang til en indhegnet have. Haven er bar, der er græs og ukrudt, men ikke andre planter. Lyskasser- ne er bag tremmer. I midten er et halvtag med bænke og et stort aske- bæger i midten. Alt er skruet fast.		
Bemanding	P4s ledelse består af 1 overlæge, der også er tilknyttet P3, og 1 afdelings- sygeplejerske. Personalegruppen tæller 1 sekretær og 30 plejepersona- lemedlemmer – sygeplejersker og plejere – (22 kvin- der og 8 mænd), som arbejder i 3- holds vagtskifte. Der er også tilknyt- tet bl.a. ergotera- peut, musikpæda- gog, psykolog, socialrådgiver og lærer, som indgår i det tværfaglige samarbejde om patienterne. Der- udover er der ofte 2-3 sygepleje- og sosu-elever i prak- tik. De indgår ikke i normeringen. I dagvagten er der	P3 ledelse består af 1 overlæge, der også er tilknyttet P4, og 1 afdelings- sygeplejerske. Personalegruppen tæller 1 sekretær og ca. 30 personer fordelt på forskelli- ge faggrupper: Plejere, pædago- ger, social- og sundhedsassisten- ter og aktivitets- medarbejdere, der dækker over for- skelligt andet personale som fx idrætslærere, ergo- og fysioterapeut. Udover det faglige personale er der også en sikker- hedsmedarbejder fra G4S tilstede. Personalet arbejder i 3-holdsskift, hvor der er faste sikker- hedsprocedurer og	V1s ledelse består af 1 overlæge og 1 afdelingssygeple- jerske. Derudover er der 1 'souschef', som varetager afdelingssygeple- jerskens opgaver, når hun er fravæ- rende. Enhedens persona- legruppe består af i alt ca. 30 personer, bl.a. overlæger, afdelingssygeple- jerske, souschef, sygeplejersker, social- og sund- hedsassistenter, socialrådgiver, fysioterapeut, sygeplejesekretær, lægesekretære og ergoterapeut. Ergoterapeuten er midlertidigt ansat på satspuljemidler. Derudover er der tilknyttet 1 psyko- log og diætist, som	Distriktspsykiatrien i Slagelse og det åbne psykiatriske sengeafsnit V3 i Dianalund har fælles teamledelse, bestående af 1 overlæge og 1 afdelingssygeple- jerske. Personalegruppen tæller således bl.a. 1 overlæge, 2 speciallægekonsu- lenter, ca. 10 sygeplejersker, 3 psykologer, 5 sekretærer og 1 'blæksprutte'. Dertil kommer 4-5 reser- velæger, som er tilknyttet for 6 måneder ad gangen og også har vagter i PAM og på V1. Distriktspsykiatrien har også mulighed for at trække på andre fagpersoner, der er ansat på	Den overordnede ledelse, der er i Vordingborg, består af 1 overlæge og 1 socialrådgiver. Der er ingen lokal ledelse i Korsør. Medarbejderstaben består af 5 faste ansatte: 1 social- rådgiver, 1 psyko- log, 1 sygeplejer- ske, 1 sekretær og 1 psykomotorisk terapeut. Derud- over er der tilknyt- tet 1 læge og 1 musikterapeut. Medarbejderne i Korsør kommer fra tilsvarende klinik- ker i henholdsvis Roskilde og Vor- dingborg.

	P4 – lukket rets- psykiatrisk afsnit, Nykøbing Sjæl- land	P3 – sikrings- afsnit, Nykøbing Sjælland	V1 – lukket almenpsykiatrisk afsnit, Slagelse	Distriktpsyki- atrien, Slagelse	Klinik for trauma- tiserede flygtninge – ambulant klinik, Korsør
	mindst 5 personer, som oftest flere, på vagt; i aftenvagten mindst 4 og i nattevagten 2-3. Når vagtplanen lægges, tilstræbes det, at der altid er en mand på vagt.	en høj frekvens af mænd.	kommer på afsnittet ved behov. Desuden har der i en periode i 2013 været tilknyttet sikkerhedsmedarbejdere fra G4S på V1. Medarbejderne arbejder i 3-holdsskift.	hele afdelingen, bl.a. diætist og socialrådgiver.	

3.1 Opsummering

Som det fremgår af ovenstående, er det fem forholdsvis forskellige afsnit, der skal flytte til det nye sygehus i Slagelse. Deres målgrupper, personale og behandlingstilgang er forholdsvis forskellige, selvom det også er muligt at se sammenhænge på tværs – særligt mellem de tre sengeafsnit og i lidt mindre omfang mellem de to ambulante enheder. Arbejdsgange og kultur, som vi skal se på i de næste fire kapitler, er også forskellige, og det samme gælder de bekymringer og forventninger, der knytter sig til indflytningen i det nye sygehus.

4 Arbejdsgange i de tre sengeafsnit

I dette kapitel beskrives de formelle arbejdsgange, der kendetegner hverdagen i sengeafsnittene. Der veksles mellem at give en samlet beskrivelse af dagligdagen i de tre afsnit med fokus på det, der er fælles, og at beskrive de arbejdsgange der er særlige for hvert enkelt afsnit. I tekstbokse beskrives specifikke arbejdsgange, som personalet har fremhævet som særligt positive eller vigtige i deres dagligdag, samt særlige forhold der opleves som udfordringer i dagligdagen.

På tværs af afsnittene er der en række formelle procedurer og arbejdsredskaber, som former medarbejdernes daglige arbejde. Det er fx en række forskellige møder og arbejdsopgaver såsom medicinering, der skal varetages dagligt. Tabel 4.1 nedenfor giver et overblik over de mest centrale af disse arbejdsopgaver, som også er fokus i dette kapitel. I tabellen skelnes der mellem tre personalegrupper: læger, plejepersonale og tværfaglige medarbejdere. Overordnet kan lægernes rolle beskrives som de behandlingsansvarlige, som tilrettelægger patienternes behandling. Gruppen af plejepersonale varetager den daglige kontakt med og behandling af patienten. Gruppen af 'tværfaglige medarbejdere' har en række forskellige funktioner, fx at lave forskellige rehabiliterende aktiviteter eller samtaleforløb med patienterne. Når der er sat kryds i tabellen, betyder det, at mindst én af disse fagpersoner deltager.

Tabel 4.1 Arbejdsgange i sengeafsnit

Arbejdsopgaver	Faggrupper	Læger	Plejepersonale inkl. afdelings-sygeplejerske	Tværfaglige medarbejdere
Morgenkonference (daglig)		X	X	
Stuegangsmøde (dagligt på V1)		X	X	X
Vagtskifte/overlevering			X	
Servering af måltider			X	X
Morgenmøde med patienterne			X	X
Stuegang		X	X	
Indlæggelse/udskrivning		X	X	
Aktiviteter (idræt, mv.)			X	X
Teambetjening ³			X	
Ture i terræn			X	
Medicingivning 4 x dagligt			X	
Journalnotater		X	X	X
Ajourføring af behandlingsplaner		X	X	
Registreringer i skemaer (ESD, RKKP)		X	X	
Samarbejde med eksterne aktører		X	X	

³ Teambetjening er en betegnelse, der bruges på P3 og dækker over, at patienterne en gang i timen har kontakt med personalet og fx kan komme ud i gården og ryge.

4.1 Vagtplaner og vagtskifte

Hverdagen i de tre afsnit er struktureret ud fra, at det meste af plejepersonalet arbejder i treholds vagter: kl. 07-15, 15-23, 23-07. Plejepersonalet omfatter forskellige faggrupper, bl.a. sygeplejersker, SOSU-assistenten og plejere. Nogle steder indgår der også pædagoger i plejepersonalegruppen. De tværfaglige medarbejdere, der bl.a. omfatter psykologer, ergoterapeuter og idrætslærere, har en løsere tilknytning til afsnittene og arbejder typisk i dagvagter.

Når vagtplanerne lægges, skal der tages forskellige hensyn. Der skal altid være en ansvarshavende sygeplejerske på vagt. På P4 og P3 tages der desuden hensyn til personalets køn. På P4 tilstræbes det, at der er en mand på arbejde i alle vagter, særligt om aftenen. P3 har en officiel mandenormering, og derfor vil der i både dag- og aftenvagt normalt være tre mænd på arbejde, inklusive en sikkerhedsmedarbejder fra G4S. Sikkerhedspersonale fra G4S er blevet tilknyttet, fordi det er relativt svært at rekruttere mænd.

Ved vagtskifte mellem dag- og aftenvagt og mellem aften- og nattevagt foregår en overlevering, hvor de, der møder ind, informeres om patienterne og alle store og små hændelser fra den tidligere vagt. Det foregår enten ved, at personalet, der møder ind, selv læser notaterne i journalerne, eller ved at en fra den foregående vagt læser notaterne op.

Morgenvagten begynder kl. 07.00. Her sker ingen overlevering, men dagvagterne læser selv journalnotaterne og tilrettelægger herefter dagens arbejde. Der er en række faste opgaver, som i hver vagt skal fordeles mellem det personale, der møder ind. Der er flest praktiske opgaver i dagvagten og færre i aften- og nattevagterne. Det noteres i lister, hvem der er ansvarlig for hvilke opgaver. Således fordeles og noteres:

- Hvem der er dagens kontaktperson for patienterne
- Hvem (1 person) der er ansvarlig for medicinoptælling og -udlevering
- Hvem (2-3 personer) der er ansvarlige for måltiderne, dvs. serverer maden og deltager i pædagogisk måltid
- Hvem (1 person), der holder morgenmøde med patienterne. Det er et kort møde, hvor en fra personalegruppen informerer om dagens aktiviteter mv.
- Hvem der er dagens vagter (alle skrives på vagtlisterne), fx miljøvagter, gangvagter, vagter i opholdsstue, vagter i skærmet område eller vagter ved patienter, der er fikse-rede (vagter af en ½ eller 1 times varighed)
- Hvem (alle) der laver aktiviteter med patienterne såsom rengøring af patientstuer, tøjvask, ture i terræn, idræt mv.
- Hvem (alle) der laver praktiske opgaver (tømme skraldespande i hele huset, tømme opvaskemaskine, rydde af og lave frisk kaffe til næste vagthold mv.)
- Hvem (2-3 personer) der løber alarm, hvis der ringes alarm fra naboafsnittene
- Hvem (2 personer) der har brandvagten

Kl. 15.00 er der vagtskifte igen. På alle sengeafsnittene bliver en af dagvagterne til kl. 15.30 og laver en overlevering til aftenholdet. Der læses op fra computeren, hvad der er noteret ud for de enkelte patienters journal. Igen fordeles opgaverne mellem personalet på samme måde som om morgenen. Kl. 23.00 møder nattevagterne ind. De har ikke så mange praktiske opgaver, men skal tilse patienterne ca. hver 2. time.

4.2 Morgenkonferencer, stuegang og behandlingskonferencer

V1 og Psykiatrisk Akutmodtagelse (PAM) ligger i samme bygning i Slagelse, og der holdes fælles morgenkonference dagligt fra kl. 08.15-08.45, typisk med deltagelse af ca. 6 læger. Man gennemgår alle patienterne, der er kommet ind i PAM, og dem der er indlagt på V1. Det er en daglig udfordring at få rykket de bedste af patienterne videre, så der bliver frie sengepladser til at tage nye ind. Kl. 09.00 kommer lægerne på afsnittet og holder et kort stuegangsmøde med plejepersonalet. Stuegangsmødet er en ny opfindelse i afsnittet, som medarbejderne er begejstrede for. Det beskrives kort i tekstboksen nedenfor.

I V1 er der for nylig indført et kort dagligt stuegangsmøde. Stuegangsmødet er mellem læger og plejepersonale, og det opleves som en hjælp til at komme hurtigere i gang med stuegangen. Det imødekommer patienternes behov, for de fleste er utålmodige for at se en læge. På stuegangsmødet foretages en kort gennemgang af alle patienter, deres status, begivenheder i løbet af natten, der diskuteres medicin, kontakt til bosteder, mulige overflytninger og udskrivelser, nye indlæggelser mv. Mødet fungerer som en opsamling på de akutte opgaver, og så prioriteres det, hvem der skal tilses ved stuegang.

I den retspsykiatriske afdeling i Nykøbing Sjælland holder de fem retspsykiatriske afsnit, som ligger i umiddelbar nærhed af hinanden (P1, P2, P3, P4 og P5), dagligt fælles morgenkonferencer fra kl. 08.30-09.00 med deltagelse af overlæger og afdelingssygeplejersker. Her bliver alle patienterne gennemgået, og der informeres om episoder mv. fra de seneste 24 timer. Det er en kort genfortælling af de observationer, plejepersonalet har lavet og skrevet ind i journalen. Overlægerne er tilknyttet flere afsnit, og i aften- og weekendvagterne dækkes alle afsnit af én overlæge.

På V1 er der stuegang efter stuegangsmødet. Dette forløber over resten af dagvagten, og alle patienterne tilses af en læge dagligt. Patientens kontaktperson går med ind på patientstuen sammen med lægen. Det kan tage det meste af dagen, inden de når rundt til alle patienter. Der er også stuegang i aftenvagten. Her har man fokus på akutte opgaver eller noget, der ikke er nået i løbet af dagen.

Efter den fælles morgenkonference på den retspsykiatriske afdeling går afdelingssygeplejerskerne og lægerne tilbage i deres respektive afsnit, og lægerne påbegynder stuegang. På P3 og P4 er der tilknyttet én overlæge, som dagligt går stuegang i begge afsnit. Overlægen når at tilse 3-5 patienter hvert sted hver dag. Prioriteten er:

- Obligatorisk tilsyn hos patienter, hvor der er tvangsforanstaltninger
- Hvor der er foretaget ændringer, skal disse kommunikeres til patienten
- Patienter med særligt behov for samtale med lægen

På P3 og P4 går patientens kontaktperson med ind på patientstuen ved stuegangen. Som en sikkerhedsforanstaltning på P3 går der altid to personaler med ved stuegang og står i den åbne dør under samtalen.

Uanset om der er tale om V1, P3 eller P4, kommunikerer lægen ved stuegangen de ændringer til patienten, der er blevet besluttet på konferencen, fx ændringer i medicin eller i friheder/begrænsninger. Derudover kan samtalerne mellem læge og patient handle om pati-

entens ønsker, spørgsmål om muligheden for udskrivelse (hvis det er en mulighed) eller om lægens opfordringer til at dyrke motion, overholde aftaler mv.

Udover at patienterne drøftes på morgenkonferencer, drøftes de på P3 og P4 også på en ugentlig behandlingskonference. I konferencen på P4 deltager afdelingssygeplejersken, overlægen, så mange som muligt af plejepersonalet og de tværfaglige medarbejdere. Hver gang diskuteres 3-4 patienters behandlingsplaner. Det tilstræbes, at alle patienter kommer op på konferencen ca. hver 6. uge. Stemningen er dynamisk, og alle byder ind med deres observationer og kommentarer til den patient, der diskuteres. Der tages beslutninger om evt. ændringer i medicinering, aktiviteter, friheder/begrænsninger, og også hvis patienten selv har fremsat specifikke ønsker til ændringer i behandlings- eller plejeplan (fx ønske om at få udgang). På P4 har kontaktteamet på forhånd snakket sammen om patienten, og en fra teamet fremlægger på konferencen, hvordan det går, giver status på forskellige ting og fremlægger forslag. Personalet udtrykker, at der er en god stemning til konferencerne, at deres observationer og holdninger tages i betragtning, før der træffes beslutninger, og at de føler sig hørt af ledelsen.

På P3 deltager plejepersonalet almindeligvis kun i konferencen, når deres patient er på, dvs. hver 6. uge. Personalet oplever, at der ind imellem træffes beslutninger om patienten på disse konferencer, hvor de så ikke er med og derfor ikke bliver hørt.

På P3 har de endnu et forum, hvor de mødes for at drøfte, hvad der måtte ligge personalet på hjerte. Det værdsættes højt af medarbejderne og beskrives i den følgende tekstboks.

På P3 har man indført, at der afholdes et kort, ugentligt møde hver tirsdag kl. 13.00-13.30, det såkaldte 'pusterum'. Pusterummet er en anledning for personalet til at diskutere patienter eller specifikke hændelser, der i særlig grad har påvirket en. Der er ikke tale om supervision, men en mulighed for at dele ting, man har oplevet, og som man gerne vil tale med sine kolleger om. Undertiden er psykologen tilstede og hjælper med at strukturere processen. Disse møder er højt værdsat af personalet som en anledning til at få vendt episoder og oplevelser fra dagligsagen.

4.3 Sikkerhedsforhold

Afsnittenes indretning og de daglige arbejdsgange er i høj grad struktureret ud fra et sikkerhedshensyn – både personalets sikkerhed, idet ingen skal føle sig utrygge ved at gå på arbejde, patienternes sikkerhed i forhold til hinanden, samt patienternes sikkerhed for sig selv, så de i en krise ikke risikerer at gøre skade på sig selv eller andre. Sikkerhed tænkes fx ind i:

- **Indretningen:** Det skal være nemt at danne sig et overblik over afsnittet, dvs. der er ingen skjulte kroge, hvor man kan gemme sig, og få eller ingen pyntegenstande. De plakater, der er, er skruet fast på væggen, så de ikke kan tages ned og fx kastes med.
- **Praktiske forhold:** Artefakter, der kan gøre skade, fx tændstikker og lightere, opbevares af medarbejderne i et aflåst skab eller er af et materiale, der ikke kan gøre skade. For eksempel benytter man i nogle situationer bestik af plastik.
- **Placering i rummet:** Personalet er opmærksomt på, hvor de placerer sig i forhold til patienterne i et rum. De står aldrig med ryggen til en patient og sikrer, at der er en flugtvej mv.

- **Påklædning:** Personalet går i deres private tøj, men følger visse sikkerhedsnormer og undgår hængselsringe, store tørklæder, store halskæder, hårspænder og andre spidse genstande.
- **Muligheden for at alarmere:** Som en del af medarbejdernes påklædning skal de bære en overfaldsalarm.

I forhold til sikkerhed er personalegruppen først og fremmest afhængig af deres kollegers reaktioner og indsats, hvis en patient bliver aggressiv. Generelt er der stor opmærksomhed på lydniveauet i afsnittene, og højrøstede stemmer får straks personalet til at ile til for at se, hvad der sker. Personalet gennemgår psykofysisk træning for at forberede sig på at kunne håndtere udadreagerende patienter. Da medarbejderne oplever at være afhængige af deres kollegaer i forhold til deres egen sikkerhed i deres arbejde, fremhæver de udskiftning af kollegaer som en udfordring i praktiseringen af deres arbejde. Det beskrives i den følgende boks.

Det er vigtigt for personalet, at de føler sig trygge ved deres kolleger og stoler på, at de andre vil træde til og hjælpe i en akut situation. Derfor er hyppige udskiftninger i personalegruppen og mange nye eller unge kolleger en udfordring for personalets oplevelse af sikkerhed på jobbet. De nye kolleger skal først gennemgå træning i alle sikkerhedsprocedurerne og dernæst oparbejde en praktisk erfaring med at håndtere tilspidsede situationer, før de selv og deres kolleger kender og stoler på deres reaktioner.

Hvis afsnittets egen personalegruppe ikke kan håndtere en situation, fungerer de afsnit, der ligger i umiddelbar nærhed, som backup. Personalet bærer overfaldsalarmer, der er forbundet til de andre afdelingers alarmsystemer, og her løber personalet over og assisterer, hvis der trykkes alarm.

Da de tre sengeafsnit har forskellige patientgrupper, så er der på nogle områder store forskelle i sikkerheden og de sikkerhedsforanstaltninger, der tages. De beskrives i det følgende.

På V1 har man det seneste år oplevet en række problemer med patienter, der stikker af fra afsnittet, samt vold og uro, og for at løse dette er der i en periode blevet tilknyttet sikkerhedsmedarbejdere fra G4S. I dag- og aftenvagter er der to sikkerhedsmedarbejdere til stede i afsnittet. De opholder sig typisk der, hvor patienterne er – i opholdsstuen, i gårdhaven etc. Personalet giver udtryk for, at deres tilstedeværelse virker deeskalerende på situationer, hvor patienterne er oprørte, og at medarbejdere føler sig trygge, fordi de er til stede. Efter anmodning fra personalet er G4S' kontrakt blevet forlænget, men det er hensigten, at personalet på sigt selv skal varetage sikkerhedsopgaverne i afsnittet.

På P4 er der mange sikkerhedsforanstaltninger og begrænsninger, fordi patienterne er indlagt i henhold til en dom. Bygningen er ikke omkranset af en mur, men alle døre holdes låst, og vinduerne kan kun åbnes på klem. Bygningen er kameraovervåget udefra, og der er opstillet sensorer og alarmer. Gårdhaven er overdækket med et finmasket trådnæt, så der ikke kan smides ting ind. På P4 er der ingen lås på patientstuernes døre, og det er ikke tilladt at låse patienterne inde. Personalet går aldrig ind på patientstuerne alene uden at advisere en kollega om at være opmærksom, og døren holdes altid åben.

De fleste patienter på P3 er indlagt i henhold til et farlighedsdekret, og sikkerheden er højere end på V1 og P4. For at komme ind/på afsnittet skal man gennem tre låste døre. Alle døre inde på afsnittet er låst eller kan låses, dvs. til stuerne, bad, toilet og kontoret, hvis det er tomt. Der er altid personale til stede i opholdsstue og køkken, hvis patienterne har adgang til disse rum. I dørene ind til patientstuerne sidder en dørspion, så man udefra kan kigge ind uden at skulle åbne døren. Hvis patienterne er så syge, at de skønnes til fare for andre, kan de blive sat i isolation. Det betyder bl.a., at når personalet skal ind på patientstuerne, får patienten besked om at sætte sig i en stol med ryggen til døren, hvorefter to eller flere personer går ind på stuen og holder patienten fast, mens denne fx får medicin, eller maden sættes frem. Døren indtil patienternes stuer er for de flestes vedkommende ikke låst. For patienter i isolation holdes dørene altid aflåste, og patienterne skal ligeledes være alene, når de er på gårdtur eller i bad.

På P3 er det tilladt at låse alle patienter inde mellem kl. 13.00 og 13.30. Det betyder, at personalet i det tidsrum fx kan holde møde eller hjælpe til med fx en planlagt overførsel eller tvangsmedicinering på et andet afsnit, hvis det er nødvendigt. På P3 har alt personalet gennemgået sikkerhedskurser og konflikthåndteringskurser samt psykofysisk træning, der løbende vedligeholdes. I helt særlige situationer kan personalet bruge værnemidler, dvs. hjelm, stikvest, handsker og skjold.

4.4 Administration og dokumentation

I en typisk vagt på ca. otte timer bruger plejepersonalet ca. 30-45 minutter på at læse i journalen om hændelser og episoder i de forudgående vagter samt på at notere egne observationer i det patientadministrative system hen mod afslutningen af vagten. Hver medarbejder noterer for de patienter, de den dag har været kontaktpersoner for. Der noteres oplysninger og observationer om, hvordan det er gået, om patienternes fysiske og psykiske status, observationer af måltider, søvn, aktiviteter mv. Ergoterapeuter, idrætslærere, musikerterapeuter osv. noterer ligeledes deres observationer og beskrivelser af de udførte aktiviteter i patientjournalen.

Derudover skal der løbende følges op og skrives status i patientjournalen, fx afstemning af medicinlister, status på udgangsaftaler mv. Ligeledes skal der i hver vagt ajourføres i ESD (Elektronisk Struktureret Dokumentation), herunder KRAM-værdier, vitale værdier, selvmordsrisiko, voldsscore og observationsniveau. Opgaven med at dokumentere fylder meget i medarbejdernes bevidsthed, og introduktionen af ESD beskrives derfor nærmere i den følgende tekstboks.

ESD er et modul i OPUS Notatskabelon, der blev indført i juni 2013, og personalet er stadig i gang med at vænne sig til at bruge det og ikke mindst at få opdateret registreringerne løbende. Der buges en del energi på at huske sig selv og hinanden på at opdatere oplysningerne, og det virker, som om der er usikkerhed om, hvem der egentlig har ansvaret for, at alt er ajour. Der er også udfordringer i forhold til rækkefølgen. For eksempel skal plejepersonalet nogle gange vente på, at lægen har dokumenteret, før de kan gå ind og dokumentere. Endelig beskrives oplevelsen af, at man laver dobbelt journalføring, idet visse ting skal noteres både i ESD og andet sted i journalen.

Udover den daglige dokumentation i ESD skal tvangshandlinger også dokumenteres. Tvangsprotokoller skal udfyldes af plejepersonalet ved hvert tilfælde af tvangshandlinger, herunder fastholdelse, bæltefiksering og tvangsmedicinering. Der skal være en læge tilstede ved tvangshandlinger, og det er en læge, som skal signere og godkende tvangsprotokollerne. På P3 og P4 har nogle patienter meget langvarige tvangsforanstaltninger, fx i form af tvangsmedicinering, der regelmæssigt skal søges fornyet tilladelse til.

Behandlinger af klager er en anden dokumentationsopgave, der er tidkrævende. Der skal skaffes en mængde dokumentation, fx udskrifter fra patientjournalen. Det kan være patientklager over tvangshandlinger eller afslag på eksempelvis udgang eller besøg.

Ud over dokumentationen af deres arbejde skal plejepersonalet også varetage en række løbende administrative opgaver såsom bestilling af blodprøver, hjertediagrammer mv., mad fra fælleskøkkenet, købmandsvarer (til patienterne) og medicin.

Mens det ovenstående beskriver praksis på tværs af afsnittene, er der også forhold, der adskiller sig afsnittene imellem. Dem fokuseres der på i det følgende.

På P4 noteres enkelte forhold fortsat i papirskemaer, fx suicidalrisiko, idet man afventer en fælles oplæring i brugen af EDS. På P4 er man for nylig begyndt at arbejde med at udfylde aggressionsprofiler for patienterne. Det er en kort beskrivelse af patientens aggressionsprofil, baggrund, kriminalitet, tidligere indlæggelser mv. Disse profiler er et arbejdsredskab i patientbehandlingen og giver endvidere et godt grundlag for nye medarbejdere til at danne sig et hurtigt overblik over patienterne.

På V1, hvor patienterne typisk kun er indlagt i kortere tid, bruger personalet en del tid på at skrive indlæggelsespapirer, papirer i forbindelse med overflytninger og udskrivelsepapirer. For eksempel kan en sygeplejerske nemt bruge 2 timer på at dokumentere og registrere alle oplysninger i forbindelse med indlæggelse og journaloptagelse for en ny patient.

4.5 Medicin og anden behandling

Den behandling, som ydes den enkelte patient, fastsættes i en individuel behandlingsplan. Behandlingsplanen baseres på hele personalegruppens – dvs. både læger, plejepersonale og tværfagligt personale – observationer og samtaler med patienten. Det er den behandlingsansvarlige overlæge, der har ansvaret for, at der forefindes en behandlingsplan. I til-læg hertil udarbejder plejepersonalet en plejeplan for hver patient, hvor særlige forhold omkring plejen beskrives, fx faste badetider, 'friheder', hvilke møbler og ting de må have på deres stue osv. I udarbejdelsen af både behandlings- og plejeplan inddrages patienten i det omfang, det er muligt. Alle ændringer i behandlings- og plejeplan tages op og besluttet på konference og skal godkendes af den behandlingsansvarlige læge.

Den medicinske behandling er meget central. De fleste patienter har en skizofrenilignende sygdom og behandles med antipsykotisk medicin, stemningsstabiliserende og/eller beroligende medicin samt evt. medicin i forbindelse med alkohol- eller stofafhængighed. En korrekt medicinering er vigtig i medarbejdernes behandling af patienten, og det kræver daglig omhyggelighed fra medarbejderne. Medicinhåndteringen beskriver medarbejderne derfor som en vigtig opgave, der kan være udfordringer forbundet med at udføre med tilstrækkelig omhyggelighed i hverdagen. Det præciseres i følgende tekstboks.

Optælling og dosering af medicin er en af de arbejdsgange, hvor der er størst risiko for, at der sker utilsigtede hændelser og fejl. Den medicinansvarlige er altid en sygeplejerske eller en anden fagperson, som har været på medicinkursus, og der er ofte sygeplejestuderende eller andre elever med til at løse opgaven. I alle tre afsnit er medicinskabet/medicinrummet placeret inde i personalerummet og påvirket af generel støj og uro. Den medicinansvarlige medarbejder kan som sine kollegaer også være ansvarlig for at løbe alarm, hvis det skulle blive nødvendigt. Der er risiko for, at der bliver kaldt alarm, og den medicinansvarlige derfor må afbryde optællingen – med risiko for fejl.

Der er forskellige arbejdsgange forbundet med medicineringen af patienterne på de forskellige afsnit. På P3 og P4 observeres patienterne, mens de indtager medicinen. Hvis der er tvivl om, hvorvidt patienterne formår at snyde med medicinen og evt. spytte pillerne ud igen, kan man foretage rutinemæssige blodprøver for at tjekke medicinniveauet i blodet. I V1 observeres medicinindtaget kun, hvis personalet er i tvivl, om patienten tager sin medicin.

For alle afsnit gælder, at hvis patienterne nægter at tage deres medicin, kan overlægen søge Patientklagenævnet om lov til at påbegynde en tvangsmedicinering. Forud skal der være gået en motivationsfase af 3 dages varighed, hvor personalet tilbyder medicinen dagligt, og patienten orienteres mundtligt og skriftligt om, at man søger om tilladelse til at igangsætte tvangsmedicinering. Det dokumenteres i patientjournalen, at patienten nægter at indtage medicinen, og Patientklagenævnet tager så stilling til ansøgningen.

Udover den medicinske behandling tilbydes samtaleterapi til de patienter, der er mest stabile og vurderes at kunne få noget ud af det. Dette varetages af de tilknyttede psykologer eller af overlægerne. Andre patienter går i terapeutiske forløb hos en ergoterapeut, fx med fokus på at styrke deres kropsbevidsthed igennem sansestimulering og fysisk aktivitet. Af andre centrale principper i behandlingen på sengeafsnittene nævnes støttende og jeg-styrkende sygepleje, kognitiv terapi samt miljøterapi.

Den miljøterapeutiske tilgang udgør den overordnede ramme for plejegruppens arbejde og miljøet i sengeafsnittene. Målet er at skabe et overskueligt, struktureret og korrigerende plejemiljø samt at bibringe patienterne elementære sociale normer, fx i relation til personlig hygiejne, påklædning, sprogbrug, opførsel over for andre, overholdelse af aftaler, dagsrytme mv. Personalet forsøger at få dagligdagen til at ligne en almindelig dagligdag uden for et psykiatrisk afsnit, hvilket dog udfordres af de mange juridiske, retslige og sikkerhedsmæssige hensyn – fx meget fast struktur og rammer for spisetider, rygetider, badetider osv.

4.6 Kontaktpersonordning

Det daglige arbejde med patienterne er i alle afsnit baseret på, at patienterne har en kontaktperson, som har ansvaret for at sikre, at det, der skal gøres i forhold til en patient, bliver gjort. På V1 og P3 benytter man en ordning med, at hver patient har en primær og en sekundær kontaktperson samt en 'dagens kontaktperson'.

På P4 har man også kontaktpersonordning, men man har ligeledes en kontaktgruppe, hvor 4-6 plejepersonaler samarbejder i en gruppe om en patient. Formålet med denne organisering

ring er at sikre en vis bredde i de faglige kompetencer og personalets erfaringer. Ind imellem kan man skifte gruppe eller patienter, hvis der opstår træthed eller en uheldig relation.

Kontaktpersonerne er i princippet inde over alt, hvad der har med patientens behandling og plejeplan at gøre; de tager beslutninger og er med til at strukturere dagligdagen for patienten. Kontaktpersonerne deltager, når 'deres' patient er på konference og fremlægger deres observationer om patientens status.

Som kontaktperson for en patient har man flere opgaver:

- **Observation:** Det vil sige at være opmærksom på, hvordan patienten har det og opfører sig. Hvis fx patienten holder sig på sit værelse, skal kontaktpersonen banke på, kigge indenfor og beskrive observationerne i patientjournalen. Det kan være beskrivelser af konkrete episoder, som så indgår i den løbende vurdering af patientens status. Beskrivelsen kan fx være, hvordan en patient reagerede i en situation, hvor personalet korrigerede truende sprogbrug.
- **Relationsarbejde:** Medarbejderne skal søge at opbygge en god behandlingsalliance. Det tilstræbes at have kvalitetstid med den patient, man er kontaktperson for. Personalet på P4 estimerer, at de i en vagt taler ca. ½ time dagligt med den patient, de er dagens kontaktperson for. Det varierer dog fra patient til patient, hvor meget interaktion med personalet de ønsker og kan rumme.
- **Hjælp:** Medarbejderne skal hjælpe patienten med praktiske gøremål såsom hygiejne og sørge for, at patienterne overholder de planlagte aktiviteter for dagen mv. Praxis er, at patienterne skal henvende sig til dagens kontaktperson, hvis de skal bede om lov til noget eller har et problem, der skal løses. Hvis det drejer sig om lidt mere komplicerede beslutninger, henvises patienten til en af de faste kontaktpersoner.

Som beskrevet ovenfor har man i P4 fortsat en ordning med kontaktteams ved siden af kontaktpersonordningen. Ordningen med kontaktteams beskrives nærmere i tekstboksen nedenfor.

Ledelsen i Retspsykiatrien går ind for systemet med primære og sekundære kontaktpersoner, men på P4 har man kæmpet hårdt for at bevare ordningen med kontaktgrupper ved siden af kontaktpersonsystemet. Begrundelsen er, at det højner kvaliteten af det pædagogiske arbejde og plejearbejdet, at personalet er tvunget til at begrunde deres handlinger og holdninger i gruppen. På den måde undgår man, at der vokser en stilletiende indforståethed frem. Gruppediskussionerne giver også mulighed for at få flere vinkler og faglige argumenter i spil, fx når man skal beskrive patienten i forbindelse med en konference, og dermed bedre se patienten som en helhed. Desuden kan der være en fordel i, at der både er mænd og kvinder i gruppen, så patienten kan spejle sig i en af sit eget køn.

4.7 Aktivitetstilbud

Plejepersonalet og de tilknyttede tværfaglige medarbejdere tilbyder og varetager forskellige typer af aktiviteter med patienterne. Der er forskel afsnittene imellem på, hvilke faciliteter der er til rådighed, samt hvor mange personaleressourcer der er til disse aktiviteter.

- **Idræt og motion.** P3 og P4 nyder godt af Idrætshuset og de tilknyttede idrætslærere, som tilbyder patienterne at dyrke konditions- og styrketræning. Idrætshuset er placeret på etagen over P4, hvilket betyder, at P4s patienter ikke skal forlade bygningen, og dermed kan alle deltage, uanset om hvilke former for udgangstilladelser de måtte have. På P3 er der patienter, der ikke må forlade afsnittet, og de kan i stedet få besøg af idrætslærerne og motionere, fx i den lukkede gårdhave. Patienter, der ønsker at deltage i idrætsaktiviteter, får udarbejdet et træningsprogram, som de skal følge og overholde. I weekenderne er der mulighed for, at patienterne træner sammen med plejepersonalet. De patienter, der har ret til ledsaget udgang, kan deltage i udendørsaktiviteter med idrætslærerne, fx mountainbike i skoven, vinterbadning i fjorden, løb i terrænet mv. På V1 er der begrænsede muligheder for fysisk aktivitet. Der er to kondicykler i afsnittet, og ergoterapeuten laver ind imellem gymnastik med patienterne.
- **Ergoterapi.** Alle afsnit har tilknyttet ergoterapeuter, der tilbyder patienterne sanseintegration, ballstick massage samt spil og lege. Der er tilbud om at deltage i maleværksted/kreativt værksted. På V1 er der køkkenfaciliteter, og ergoterapeuten laver eksempelvis bageaktiviteter med patienterne.
- **Musikterapi.** P4 har tilknyttet en musikterapeut, der kommer et par gange om ugen. Der er et musikrum i bygningen med instrumenter, klaver, trommer mv., hvor den individuelle musikterapi kan foregå. Desuden er der oprettet en gruppe, hvor man sammen lytter til musik.
- På P4 er der enkelte patienter, der ugentligt modtager **undervisning i dansk**. Der er også mulighed for undervisning i andre fag.

Ud over disse tilbud er der bl.a. bordtennis, tv, computerspil, spillekonsoller og dvd i afsnittene samt tekøkken, hvor patienterne selv laver kaffe og te i løbet af dagen.

Selvom der er de ovenstående aktivitetsmuligheder, oplever medarbejderne et behov for flere aktiviteter. Det beskrives i nedenstående tekstboks.

Generelt er dagen lang for patienterne, når de er indlagt i et sengeafsnit, og plejepersonalet efterlyser flere aktiviteter – både bedre faciliteter og en indstilling hos personalet om at være mere aktive i vagterne, dvs. planlagte aktiviteter, fx i værksted (gartneri, træ, metal, elektronik værksted mv.), og ikke mindst spontane aktiviteter, forslag om et spil ludo, banko eller noget andet.

4.8 Miljøterapi og relationsarbejde

Som tidligere beskrevet fremhæver personalet miljøterapi som den fremherskende sygeplejefaglige tilgang i afsnittene. Udover de almindelige dagligdags aktiviteter arbejder man med en række adfærdsregulerende tiltag. Denne adfærdsregulering eller disse regelsæt er ikke en form for tvang, men miljøterapeutiske foranstaltninger, der i princippet aftales med patienten og begrundes over for denne. Det opfattes af personalet som en form for mindstemiddelsprincip⁴, hvor man griber forebyggende ind for at undgå, at der opstår konflikter. Der er væsentligt flere adfærdsregulerende regler på P3 og P4 end på V1. Det drejer sig bl.a. om:

⁴ Mindstemiddelsprincippet er egentlig et begreb, der stammer fra psykiatriloven. En del personale anvender det dog også i den daglige tale.

- **Skærmning:** P4 har et skærmet afdeling i den ene ende med tre patientstuer, en lille opholdsstue og et tekøkken. Her placeres patienter, der har særligt behov for at blive skærmet fra resten af afsnittet, fx fordi de har brug for ro, er udadreagerende eller selv ønsker at have værelse her. Patienterne har mulighed for at komme i gårdhaven og ryge på faste rygetider, men skal ellers opholde sig i 'Skærmen', dvs. spise her osv. Der er en medarbejder tilstede i 'Skærmen' døgnet rundt. På de andre sengeafsnit kan man skærme patienterne ved, at de skal opholde sig på egen stue, eller en medarbejder følger dem rundt i afsnittet.
- **Inde- og udetider** benyttes i P4 som et miljøterapeutisk behandlingsredskab til at regulere patienternes adfærd og råderum. Det skaber en struktur på dagen. Målet er at skabe mest muligt ro i afsnittet. Det er ikke alle patienter, der er omfattet af inde- og udetider. Det bliver besluttet for den enkelte patient, og typisk er patienten fx ude fra kl. 08.00-09.00, inde på sit værelse fra kl. 09.00-10.00, ude fra kl. 10.00-11.00, inde fra kl. 11.00-12.00 osv. Begrundelsen kan være at holde to patienter, der har dårlig indflydelse på hinanden, mest muligt fra hinanden. Der kan være andre patienter, der er rastløse, og som man vurderer, har godt af ro og at være på værelset. Det er også en måde at sikre et miljø i afdelingen, som alle patienter kan trives bedst muligt i – det vil fx sige at sikre, at mere sårbare patienter, som ellers kunne blive mobbet eller chikaneret af de stærke patienter, også trives.
- **Rygetider** er endnu en form for regulering af patienternes hverdag. På P3 aftales det med patienterne, hvornår det er muligt at komme ud i gården og ryge. På P4 har nogle patienter et fast klokkeslæt, de kan ryge, eller faste aftaler om en cigaret efter maden osv. Restriktionerne er indført, fordi nogle patienter hele tiden vil ud at ryge. Medarbejderne oplever, at faste rygetider giver dem ro. Samtidig er det dog også en kilde til konstante forhandlinger og diskussioner mellem patienter og personale. På P4 sidder en gangvagt midt i afsnittet med udsyn til alle sider. Denne medarbejder er hele tiden tilgængelig og nærværende i forhold til patienterne og er bl.a. behjælpelig med at udlevere cigaretter til dem. På V1 kan patienterne frit gå ud og ryge i en lille aflukket have.
- **Ringeregler.** På P4 har patienterne ikke lov til at have mobiltelefoner, da der kan være patienter, som er varetægtsfængslet i surrogat. De har dog mulighed for at ringe op og modtage opkald i en telefonboks. Enkelte har begrænsninger på deres opringninger, og der holdes generelt øje med, hvor meget patienterne ringer, til hvem osv.
- **Computere.** På V1 må patienterne medbringe deres computer, såvel som de kan låne en på afsnittet, og der er internetadgang. Dog kan medarbejderne som et led i at bekæmpe indsmugling af stoffer tjekke, om computerne bruges til uønskede aktiviteter, fx at lave aftaler om at få kastet noget over hegnet. Det samme gælder for mobiltelefoner, som patienterne i princippet har fri adgang til. De kan dog fratages deres telefoner, hvis personalet opdager, at patienterne ringer og fx truer deres sagsbehandler. På P4 har nogle patienter lov til at have computer på værelset, men ingen har adgang til internet, igen fordi der kan være patienter, der er varetægtsfængslet i surrogat.
- **Stoffer.** Det er på afdelingerne – såvel som i samfundet – ulovligt at tage euforiserende stoffer. For at forhindre indsmugling af stoffer eller lignende kan en patient under mistanke om risiko for indsmugling visiteres, hvis han eller hun har haft udgang alene. Visiteringen foretages af to personaler, og man tilstræber, at kvinder visiteres af en kvinde og mænd af mænd. Patienterne skal tage at alt tøjet af, undtagen undertøj, og man har ikke lov at visitere i kropsåbninger. Ved besøg skal gæster aflevere tasker og jakker, inden de kommer ind i besøgsrummet, og de visiteres. Patienten visiteres efter besøget. Ind imellem tilkaldes politiet for at tjekke afdelingen for stoffer. Patienterne kan også afkræves en urinprøve for at tjekke, om de har indtaget stoffer, fx efter en udgang.

- **Fysisk sundhed.** Gennem de senere år er der kommet et stadig øget fokus på patienternes fysiske helbred og særligt på livsstilsrelaterede problemer. Mange psykiatriske patienter har en forholdsvis usund livsstil med rygning, dårlig kost og manglende motion. Danske Regioner har i en nylig rapport beskrevet, at mennesker med en psykiatrisk diagnose dør 20 år før baggrundsbefolkningen (Danske Regioner 2011). Særligt på de retspsykiatriske afdelinger, hvor patienterne er indlagt længe, er livsstil kommet i fokus. Nogle steder udmønter dette sig i regler om, hvor ofte patienterne må bestille grillmad udefra, eller hvor meget slik de må spise om dagen. Personalet på sengeafsnittene udtrykker, at det er et dilemma, at de på den ene side skal respektere patienternes egne ønsker og på den anden side skal hjælpe dem til at opretholde et sundere liv.

4.9 Udgang og besøgsordninger

Som tidligere nævnt er de tre afsnit lukkede afsnit, dvs. dørene er aflåst, og patienternes mulighed for at forlade enheden er begrænsede. I forbindelse med afsnittene er der en lukket gård/gårdhave, hvor patienterne har mulighed for at ryge eller gå lidt rundt. Personalet er opmærksomt på, hvilke patienter der opholder sig i gården samtidig og går ofte med derud. På P3 er der enkelte patienter, som er i isolation og skal følges af personalet, når de er i gården.

Patienterne på V1 har mulighed for at komme på ledsaget eller uledsaget udgang, fx en tur til købmanden eller i banken, evt. besøg hos familien eller bosted, hvis personalet mener, at patienten er klar til det.

På P4 har patienterne forskellige friheder og muligheder for udgang alt efter deres dom og deres situation. For anbringelsesdømte gælder:

1. ledsaget eller uledsaget udgang til terræn (gåtur på hospitalets område)
2. ledsaget eller uledsaget udgang til skov og strand (mindre ture i nærområdet)
3. ledsaget eller uledsaget udgang til by og opland (ture på max. 3 timer)

Der skal søges, hver gang man ønsker, at patienten går fra det ene til det andet trin, og det er en langsom og proces. Efter at en patient har været alene ude af afsnittet, kan det efter vurdering besluttes, at vedkommende visiteres for at undgå indsmugling af ulovlige stoffer eller andet. Behandlingsdømte har mindre firkantede regler, og overlægen bestemmer i højere grad selv, hvilke friheder patienten skal have. På P4 råder man over en bil til brug for patienternes udgang. Der beskrives et dilemma i forhold til patienternes udgang, fx hvis en patient ønsker at komme i Zoologisk Have, og vedkommende skal følges af to personaler, hvem skal så betale deres indgang?

Patienterne på sengeafsnittene har mulighed for at modtage besøg. På P3 skal besøgende dog først have udstedt en besøgstilladelse og bl.a. fremsende deres straffeattest. På P3 og P4 er der et dekret om, at pårørende ikke må være på afsnittene af sikkerhedshensyn og for at beskytte medpatienternes privatliv. Besøg afvikles derfor i et besøgsrum, og gæster (samt patienter) skal visiteres ved ind- og udgang. Der er kun et besøgsrum i afsnittet, hvilket sætter en begrænsning for, hvornår og hvor længe patienterne kan have besøg. På V1 er der ikke noget besøgsrum, hvorfor besøg foregår på patientstuerne. Personalet oplever, at de fleste patienter har et begrænset socialt netværk og sjældent får besøg. Enkelte får besøg af familie eller måske en kontaktperson fra et bosted, men ind imellem ønsker patienten ikke besøg af familien. Holdningen blandt personalet er, at det er ikke egnet for

små børn at komme på besøg inde i afsnittet, idet de kan risikere at overvære voldsomme episoder.

Personalet har stor opmærksomhed på, hvordan den enkelte patient reagerer på besøg. For nogle patienter er de pårørende en støtte og ressourcer, som kan have positiv indvirkning på patientens sindstilstand. I sådanne tilfælde kan pårørende indgå som en aktiv part i behandlingsforløbet. For andre patienter oplever medarbejderne, at de pårørende kan have en negativ indflydelse. De kan fx vække angst, uro eller vrede hos patienten i forbindelse med besøg. Ifølge personalet sker det bl.a. i tilfælde, hvor de pårørende ikke anerkender eller forstår patientens sygdom eller ytrer sig negativt om behandlingen, personalet og afsnittet generelt.

4.10 Tvang

I relation til regulering af patienternes adfærd er der i psykiatrien også forskellige former for tvangstiltag, der kan anvendes, hvis det er nødvendigt (for en fuldstændig oversigt se <https://www.sundhed.dk/borger/patientrettigheder/tvang-i-psykiatrien/tvang-i-psykiatrien>, se også Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2013). De former for tvang, som personalet har berettet om i vores undersøgelse, gennemgås nedenfor:

- **Tvangsindlæggelse** er en indlæggelse, der foregår mod patientens vilje og kan foregå, hvis følgende betingelser er opfyldt: 1) Patienten er sindssyg eller i en tilstand svarende hertil, og 2) det er uforsvarligt at undlade at frihedsberøve patienten for at kunne give behandling, fordi patienten er til nærliggende fare for sig selv eller andre (også kaldet fareindikation eller rød tvang), eller udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af sygdommen ellers ville blive væsentligt forringet (også kaldet behandlingsindikation eller gul tvang).
- **Tvangstilbageholdelse.** En overlæge kan beslutte, at en patient ikke kan udskrives fra en psykiatrisk afdeling. I så fald gælder samme betingelser som ved tvangsindlæggelse.
- **Tvangsbehandling** kan anvendes, hvis en patient ikke vil give sit samtykke til den behandling, som den behandlingsansvarlige overlæge foreslår. Samme betingelser som ved tvangsindlæggelse skal være opfyldt. Tvangsbehandling dækker bl.a. over behandling med medicin, og dette omtales ofte også som tvangsmedicinering.
- **Tvangsfiksering.** En læge kan beslutte, at en patient skal fastspændes til en seng med mavebælte, hvis 1) patienten udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for skader, 2) patienten forfølger eller på anden måde groft forulemper medpatienter, eller 3) patienten laver hærværk. En overlæge kan, hvis der vurderes nødvendigt, også beslutte, at der skal anvendes hånd- og fodremme. En patient, der er tvangsfikseret, skal have en medarbejder fra afdelingen hos sig hele tiden – kaldet 'fast vagt'. Tvangsfiksering kaldes ofte også bæltefiksering.
- **Anvendelse af fysisk magt** gælder i flere forskellige situationer. Det kan fx anvendes som korterevarende fastholdelse i stedet for tvangsfiksering og kan anvendes for at afværgе fare, forfølgelse eller groft hærværk.
- **Anvendelse af beroligende middel** kan ske i akutte situationer, hvor det er af afgørende betydning for bedringen af en meget urolig patients tilstand, og hvor vedkommende ikke ønsker at medvirke.

På Sikringen er der derudover mulighed for to yderligere typer af tvangsforanstaltninger:

- **Aflåsning af patientstuer.** Det er normalt ikke tilladt at låse patienter på psykiatrisk afdeling inde. Hvis man har brug for, at en patient forbliver på sin stue, vil det normalt kræve, at man har en fast vagt placeret ved døren, der sørger for, at patienten bliver på stuen. Eneste undtagelse herfor er på Sikringen, hvor det på grund af patienternes farlighed er tilladt at låse døren, når patienten skal være på stuen og om natten.
- **Oppegående tvangsfiksering,** hvor patienten er iført et mavebælte og hånd- og fodremme fæstnet til dette bælte. Oppegående tvangsfiksering kan bruges som alternativ til langvarig isolation eller langvarig tvangsfiksering til en seng, hvis patienten opfylder kriterierne for tvangsfiksering (se ovenfor), og det vurderes, at langvarig isolation på egen stue eller langvarig fiksering til en seng vil have en negativ effekt på patientens samlede tilstand. Oppegående tvangsfiksering kan kun iværksættes efter tilladelse fra Sundhedsstyrelsen, og som ved anden tvangsfiksering skal der være en fast vagt.

På P3 og P4 foregår bæltefiksering på 0-stuen, som er en ekstra patientstue, hvor der er en solid seng klargjort med remme. Det er en 0-stimuli stue, der er helt tom og bar på væggene og ingen andre møbler end sengen. Fikseringen foregår ved brug af et mavebælte, evt. suppleret med hånd- og fodremme. Håndremmene kan forlænges, så patienten kan spise. Så længe patienten er fikseret til en seng, foregår toiletbesøg ved hjælp af et bækken. Ved bæltefiksering skal der sidde en fast vagt ved patienten. Derudover har man på Sikringen mulighed for, at patienten kan være i fællesarealet i oppegående remme.

På P3 og P4 foregår en bæltefiksering ved, at overlægen træffer beslutningen herom, kalder 8-10 mænd sammen fra de andre afsnit, og så forklares det til patienten, hvad der skal ske, og hvorfor det er blevet besluttet. Personalet beskriver, at patienten 9 ud af 10 gange lægger sig frivilligt ned, og det foregår helt udramatisk. Det er sjældent, at man decideret slås eller kæmper med patienten, og personalet oplever, at det virker beroligende på patientens kamplyst, hvis der står en flok stærke mænd. Ideen er, at det skal være tydeligt for patienten, at personalet vil kunne gennemføre fikseringen, også selv om patienten gør modstand. Også derfor er det vigtigt for personalet, at de, der kommer løbende fra naboafsnittene i tilfælde af alarm, er stand til at håndtere situationen.

På V1 foregår tvangsfiksering på patientstuerne. Personalet beskriver, at de næsten dagligt oplever episoder med fastholdelser, der skal skrives tvangsprotokoller på. Man har dog oplevet, at den projektansatte ergoterapeut kan være med til at deeskalere konflikter på V1 ved at hjælpe med at aflede patienten med beroligende aktiviteter, fx et bad, ballstick massage, en tur i gården og at drikke varm kakao. Det er kun tilladt at give beroligende medicin, hvis patientens adfærd er akut opkørt og truende. Det gælder, også selvom patienten har en behandlingsdom. Hvis patienten ikke vil tage den ordinerede medicin, kan der søges om lov til tvangsbehandling. Skal man have tilladelse til tvangsbehandling, kræver det, at patienten er psykotisk, og at 1) udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende forbedring af tilstanden ellers vil blive væsentligt forringet, eller 2) den pågældende patient frembyder en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre.

Alle patienter, der er underlagt en tvangsforanstaltning, har en patientrådgiver, der skal orienteres, hver gang der skrives tvangspapirer. Det gælder dog ikke de patienter, der har en behandlingsdom – de har i stedet en bistandsværge.

4.11 Samarbejde og patientovergange

For afsnittene gælder det, at man i det daglige samarbejder ledelsesmæssigt, sikkerhedsmæssigt og i forhold til patientovergange med de afsnit, man organisatorisk hører sammen

med. Udover med de nærmest liggende afsnit samarbejdes med en række eksterne aktører særligt i forhold til patientovergange.

På V1 er patienterne typisk indlagt i kortere perioder, og i forbindelse med både indlæggelser og udskrivninger samarbejdes der med socialpsykiatrien, andre enheder i kommunerne, sagsbehandlere, bosteder, privatpraktiserende læger mv. En del af patienterne på V1 er retspsykiatriske patienter, der er dømt til behandling eller anbringelse på et hospital, og enkelte af disse venter på en plads på P4. For de retspsykiatriske patienter skal V1 desuden samarbejde med Kriminalforsorgen, politiet og bistandsværger, og hvis en behandlingsdømt indlægges på V1, skal bistandsværgeren orienteres. Personalet på V1 giver udtryk for, at de kan bruge rigtig lang tid på at ringe og få kontakt med samarbejdspartnerne.

Desuden har V1, som ligger i umiddelbar nærhed af Slagelse Sygehus, et tæt samarbejde med de somatiske afdelinger. For eksempel når der er patienter, som er såkaldt dobbeltindlagt, dvs. at de er indlagt på to afsnit samtidig, så vil en læge fra V1 gå tilsyn på den somatiske afdeling. Eller de somatiske afdelinger henvender sig, hvis de har patienter indlagt med psykiske lidelser, og man har behov for faglig bistand fra V1. Det kan også være, at en patient indlagt på V1 har behov for at blive behandlet på et somatisk sygehus, og der så skal samarbejdes om de praktiske udfordringer med at få bestilt transport, ledsage patienten, orientere pårørende mv.

P3 og P4 har typisk patienterne i længere perioder, ofte mange år, og samarbejdet med patienternes hjemkommuner og fx bosteder er mere sporadisk. Patienterne fra P3 udskrives typisk til et andet retspsykiatrisk afsnit. Fra P4 udsluses patienterne til et åbent retspsykiatrisk afsnit som P5 eller et almenpsykiatrisk åbent afsnit. For at skabe plads på P4 er man begyndt at forberede en udskrivning af 'den bedste patient', som skal overflyttes til P5. Det opleves som en udfordring i varetagelsen af arbejdet og beskrives i den følgende tekstboks.

På de lukkede sengeafsnit oplever personalet et permanent pres for at udskrive eller overflytte patienter til åbent regi, fordi der er venteliste til sengepladserne. Personalet oplever et pres for at flytte "de bedste af de dårligste" videre i systemet. Dette medfører, at personalet afsnittene imellem opfatter hinanden som henholdsvis interessererede i at "komme af" med patienter eller modvillige til at modtage patienter. Samarbejdet på tværs af afsnit presses altså af ressourcehensyn.

4.12 Opsamling

I kapitlet har vi beskrevet, hvordan 11 arbejdsgange former hverdagen i afsnittene. Det drejer sig om:

1. Vagtplaner og vagtskifte
2. Morgenkonferencer, stuegange og behandlingskonferencer
3. Sikkerhedsforhold
4. Administration og dokumentation
5. Medicin og anden behandling
6. Kontaktpersonsordningen
7. Aktivitetstilbud
8. Adfærdsregulering

9. Udgang- og besøgsordninger
10. Tvang
11. Samarbejde og patientoverflytninger

Alle disse arbejdsgange er i en vis grad formaliserede. Det vil sige, at der foreligger faste regler – formelle såvel som uformelle – om, hvordan medarbejderne skal agere. Et eksempel kan være den måde, som vagtplanerne former hverdagen. Medarbejderne møder ind til faste tidspunkter, hvor der er en overlevering osv. De 11 overskrifter fortæller på den måde alle om hverdagen i organisationen – hvordan medarbejderne og patienterne bevæger sig rundt i organisationen, og hvordan medarbejdere og patienter kan relatere sig til hinanden.

I kapitlets gennemgang har vi desuden peget på specifikke arbejdsgange, som personalet har fremhævet som særligt positive eller vigtige i deres dagligdag, samt særlige forhold der opleves som udfordringer i dagligdagen. Disse opsummeres her. Af de positive fremhæves det daglige stuegangsmøde (på V1) som en forbedring af praksis, der har betydning for, at stuegangen afvikles hurtigere. Af særligt vigtige forhold fremhæver personalet tryghed i hverdagen – især tryghed i forhold til, at kollegerne er klar til at hjælpe i tilspidsede situationer og ved, hvad der skal gøres. Af udfordringer nævnes de nye elektroniske værktøjer som ESD og hele processen omkring opdatering. Her oplever personalet en del usikkerhed og uhensigtsmæssige arbejdsgange, hvilket delvis kan skyldes, at der er tale om et relativt nyt element i patientjournalen, som personalet på undersøgelsestidspunktet ikke havde opnået stor rutine i anvendelsen af. Medicindosering er en anden central arbejdsopgave, som kræver ro og koncentration, fordi der her er risiko for fejl, og hvor forholdene i øjeblikket ikke er optimale. Der udtrykkes fra personalets side (på P4) tilfredshed med kontaktteams eller kontaktgrupper i stedet for alene at have primære og sekundære kontaktpersoner, fordi det giver anledning til tværfaglige diskussioner og beslutninger og sikrer flere perspektiver på den samme patient. Muligheden for et fast ugentligt møde i personalegruppen, hvor man kan tale om specifikke hændelser og vende episoder fra dagligdagen, værdsættes af personalet (P3). Endelig oplever hele personalet på sengeafsnittene, at det er en løbende udfordring at få overflyttet "de bedste af de dårligste" til åbne regi for at frigøre sengepladser.

Gennemgangen af arbejdsgangene på sengeafsnittene tegner et billede af en hverdag, hvor personalet i vidt omfang styrer og har kontrol med patienterne og deres adfærd, og hvor der er en lang række redskaber og tvangsmidler til rådighed for personalet. Dette afspejler selvfølgelig, at der er tale om alvorligt sindssyge patienter, men også at den institutionelle håndtering af disse patienter i vid udstrækning sker gennem rammesætning og kontrol. De fysiske rammer spiller en vis rolle i disse praksisser, og de vil derfor i et vist omfang blive udfordret, når rammerne ændrer sig med det nye sygehus.

5 Arbejdsgange i de ambulante enheder

I dette kapitel beskrives de arbejdsgange, der kendetegner hverdagen i de to ambulante enheder. Der veksles mellem at give en samlet beskrivelse af dagligdagen i enhederne med fokus på det, der er fælles, og en beskrivelse af de arbejdsgange, der er særlige for den enkelte enhed. I tekstbokse beskrives specifikke arbejdsgange, som personalet har fremhævet som særligt positive eller vigtige i deres dagligdag, samt særlige forhold der opleves som udfordringer i dagligdagen.

På tværs af enhederne er der en række formelle procedurer og arbejdsredskaber, som former medarbejdernes daglige arbejde. Tabel 5.1 nedenfor giver et overblik over de mest centrale af disse arbejdsopgaver, som også er fokus i dette kapitel. I tabellen skelnes der mellem fire personalegrupper: læger, sygeplejersker, sekretærer samt psykologer, socialrådgivere og ergoterapeuter. Overordnet kan lægernes rolle beskrives som de behandlingsansvarlige, som tilrettelægger patienternes behandling. Gruppen af sygeplejersker, psykologer, socialrådgivere og ergoterapeuter varetager behandlingen af patienterne. Sekretærerne kan overordnet siges at være dem, der koordinerer dagen i enhederne for de øvrige medarbejdere såvel som for patienterne.

Tabel 5.1 Arbejdsgange opdelt på faggrupper

Faggrupper	Læger	Sygeplejersker	Psykologer, socialrådgivere, ergoterapeuter	Sekretærer
Arbejdsopgaver				
Bookning af samtaler og aftaler	X	X	X	X
Lave receptlister				X
Modtage patienter				X
Afholde patientsamtaler	X	X	X	
Godkende recepter	X			
Morgenmøde (dagligt)	X	X	X	
Hjemmebesøg		X	(X)	
Gruppeforløb		X	X	
Behandlingskonference (ugentlig)	X	X	X	
Journaloptag (nye patienter)	X	X		
Screening for KRAM-faktorer		X		
Medicin udlevering	X	X		
Journalnotater (diktere og skrive)	X	X	X	X
Ajourføre behandlingsplaner ⁵	X	X	X	X
Oprette, arkivere og hente papirjournaler				X
Registrering i skemaer (ESD, RKKP)	X	X	X	X
Koder i ydelsesberegning				X
Afslutning af patienter			X	X
Samarbejde med eksterne aktører	X	X	X	X

⁵ Det er lægerne, der har det formelle ansvar for at ajourføre behandlingsplaner. Men andre faggrupper kan ajourføre behandlingsplanen på delegation fra lægerne, og sekretærerne har ansvaret for at registrere nye behandlingsplaner.

5.1 Arbejdsdagens start og struktur

Hverdagen i de to enheder er bl.a. struktureret ud fra medarbejdernes arbejdstider. På Klinik for traumatiserede flygtninge møder sekretæren kl. 07.30 og de øvrige medarbejdere kl. 08.00. Sekretæren, der sidder i underetagen, tager sig af modtagelsen af patienter og sørger for booking af alle aftaler. Behandlerne går op på kontoret og forbereder dagens 3-4 patientsamtaler.

I Distriktpsychiatrien møder alle ind kl. 08.00. Sekretærene sætter sig i modtagelsen for at besvare telefoner og tage imod sygemeldinger fra patienter, afbud mv. De skal ligeledes klargøre lister til behandlerne med navne på dagens patienter og lægge receptsedler frem til lægerne til godkendelse.

Behandlerne begynder dagen med et morgenmøde/morgenkonference fra kl. 08.10-08.30, hvor alle, der er på arbejde, deltager. Efter morgenmødet og indtil kl. 10.00, hvor patienterne begynder at komme, står overlægens dør åben, og her kan alle behandlere kigge ind for at drøfte konkrete patienter, stille spørgsmål eller få justeret en patients medicin.

Normen i Distriktpsychiatrien er fire ydelser pr. dag pr. fuldtidsansat behandler, som kan være patientkonsultationer, samtaler eller hjemmebesøg. Generelt er der afsat 1 time pr. konsultation inkl. tid til at diktere og/eller skrive journalnotater (ca. 70 % benytter elektronisk talegenkendelse).

Læger og psykologer i distriktpsychiatrien afholder samtaler med patienter på eget kontor resten af dagen, og de går selv ud i venteværelset for at hente den næste patient. Distriktsygeplejerskerne har bookede hjemmebesøg hos patienterne resten af dagen (de er ude af huset ca. to tredjedele af deres arbejdstid og en tredjedel på kontoret). Samtaler med patienter over telefonen og deciderede telefonkonsultationer er også noget, der ofte benyttes, fx hvis en patient aflyser eller udebliver fra en konsultation, og sygeplejersken eller lægen vælger at ringe vedkommende op for at tjekke, hvordan det går.

5.2 Morgenmøder, behandlingskonferencer og andre møder

Som nævnt i forrige afsnit begynder arbejdsdagen i Distriktpsychiatrien med et morgenmøde, hvor alle behandlere deltager. Teamledelsen deltager skiftevis i morgenmødet i Slagelse og i Dianalund. Tidligere deltog også socialrådgiverne, men det gør de ikke længere på grund af nedskæringer i deres timetal. Medarbejderne fremhæver morgenmødet som meget vigtigt for deres arbejde, hvilket udfoldes i den følgende tekstboks.

Behandlerne i Distriktpsychiatrien fremhæver det daglige morgenmøde som et vigtigt forum, de meget gerne vil bevare i det nye sygehus. Mødet er en anledning til at se hinanden i øjnene og få overblik over, hvem der er på arbejde den dag. Udover informationer og beskeder benyttes mødet til at drøfte aktuelle emner og akutte patientproblemstillinger. Her kan de andre behandlere få kontakt med lægerne, som ellers kan være svære at få fat i på grund af generel travlhed, fx i forhold til ændringer i medicinen, få drøftet akut dårlige patienter, lave akutindkaldelser eller få sparring om konkrete udfordringer. Det er også her, at medicinbestillingssedler fordeles til de respektive kontaktlæger. Personalet kan også dele bekymringer eller svære oplevelser.

I Distriktpsychiatrien afholdes behandlingskonference hver torsdag kl. 14.00-15.30, hvor alle behandlere deltager, og der foregår en tværfaglige drøftelser af patienternes behandling. Her præsenterer de enkelte behandlere problemer, som de gerne vil have drøftet, fx justering af behandlingen eller feedback på ændringer i behandlingsplanen. Der gennemgås typisk ca. 8-10 patienter på en conference.

Konferencen foregår ved, at patientens journal i Opus vises på en storskærm, så deltagerne kan se, hvad der står. Behandleren, der har indstillet patienten til konferencen, beskriver problemstillingen. Deltagerne i konferencen har mulighed for at byde ind med input til det videre forløb. Afslutningsvis dikterer en læge de konkrete beslutninger som et journalnotat. Medarbejderne sætter stor pris på den ugentlige behandlingskonference, bl.a. fordi der er sket en opgaveglidning, som har flyttet opgaver fra lægerne til sygeplejerskerne. Det beskrives i denne tekstboks:

Grundet lægemangel løfter sygeplejerskerne i afsnittet opgaver, som tidligere lå hos læger. Denne opgaveglidning betyder, at den ugentlige behandlingskonference er helt central, fordi det er her, sygeplejerskerne møder lægerne og kan få justeret behandlingen og få feedback eller supervision i forhold til konkrete patienter og udfordringer.

På Klinik for traumatiserede flygtninge afholdes der hver torsdag formiddag en behandlingskonference, hvor lægen deltager. Ind imellem afholdes en ekstra ugentlig conference uden deltagelse af lægen. På konferencen gennemgår man alle indskrevne, dvs. hvad er status på den enkelte, og hvad skal der videre ske. Alle medarbejdere i huset deltager – også sekretæren – i gennemgangen af patienterne. Klinik for traumatiserede flygtninge i Korsør hører sammen med to tilsvarende klinikker i Vordingborg og Roskilde. Der afholdes personalemøde for alle tre klinikker den tredje tirsdag i måneden via videokonference. Fysiske personalemøder afholdes cirka en gang i kvartalet.

En gang om måneden afholdes et obligatorisk sekretærmøde for alle sekretærer i Psykiatrien Vest. Det afholdes på skift i Slagelse, Dianalund og gennem videokonference. Ind imellem er der også faglig undervisning for behandlerne, fx i nye behandlingsmetoder, brugen af fx nye lægemidler eller faglige arrangementer med andet indhold, der afholdes for hele Psykiatrien Vest.

5.3 Sikkerhedsforhold

I Distriktpsychiatrien og Klinik for traumatiserede flygtninge er arbejdsgangene ikke domineret af et fokus på sikkerhed. Ingen bærer alarm, og bygningerne er ikke specielt indrettet med sikkerhed for øje.

I Distriktpsychiatrien er der en alarmknap i modtagelsesområdet, hvor sekretæren sidder. Alarmen er koblet til PAM og V1, der ligger i underetagen, og de kan således 'løbe alarm', hvis det bliver nødvendigt. I Klinik for traumatiserede flygtninge er sekretæren alene i modtagelsen, og det opleves af personalet generelt som sårbart. Tilkald af hjælp alarmeres via eksternt vagtbureau. Der er erindring om, at det har været benyttet en enkelt gang.

Personalet i enhederne er generelt opmærksomme på patienternes opførsel, og højrøstet opførsel udløser straks opmærksomhed fra de andre i nærheden. Behandlerne kan også vælge at varsko en kollega, hvis de skal have en samtale med en patient, der kan være

udadreagerende, således at kollegaen er ekstra opmærksom på, at samtalen forløber, som den skal.

I forhold til hjemmebesøg er der særlige sikkerhedsudfordringer, da personalet er langt fra deres kollegaer og i omgivelser, de ikke nødvendigvis kender. Her er behandlerne meget opmærksomme på evt. faresignaler og på, hvor de placerer sig selv i rummet, om der er frie flugtveje osv. I enkelte tilfælde kan de vælge at køre to ud sammen af sikkerhedshensyn, eller at aftale med en kollega at de ringer op før og efter besøget. Det har gentagne gange været drøftet, hvorvidt det personale, der tager på hjemmebesøg, burde udstyres med en alarm.

Sikkerhedsforholdene er vigtige for medarbejderne, og de peger på en række områder, hvor sikkerheden kan forbedres i klinikker og ambulatorier. De fremhæves i tekstboksen nedenfor.

- Patienter og besøgende, der kommer ind i ambulatoriet, bør passere gennem en metaldetektor.
- I samtalerummene bør dørene kunne åbne både indad og udad for at sikre bedre flugtmuligheder.
- Der bør ikke være indhak og blinde vinkler på gangene, hvor man kan gemme sig.
- Hele personalegruppen, inkl. læger og psykologer, bør have psykofysisk træning og have træningen genopfrisket med jævne mellemrum.
- Alt personale bør bære alarm.

5.4 Administration og dokumentation

Det arbejde, der udføres i relation til patienterne, skal dokumenteres. Efter hver patient-samtale skal behandlerne notere i journalen. Distriktpsychiatrien modtager patienter fra et defineret geografisk område. Der skal optages journal på alle nye patienter, og den oprettes elektronisk. Enkelte læger ønsker dog fortsat journalen udskrevet og løbende opdatering af en papirjournal.

Dokumentationen af patientbehandlingen former bl.a. arbejdet med nye patienter. I forbindelse med indskrivning i Distriktpsychiatrien indhentes der en række oplysninger, som skal føres ind i dokumentationssystemet. Tekstboksen nedenfor beskriver, hvordan mødet med nye patienter er formet af, at der skal indhentes de påkrævede informationer.

I Distriktpsychiatrien har man valgt at afsætte 2-3 timer til det første møde med en ny patient. Det skyldes de høje dokumentationskrav og mængden af oplysninger, der skal indhentes for at kunne optage journal. I denne samtale deltager om muligt en reservelæge, en seniorlæge og en sygeplejerske. På denne måde kan man komme hele vejen rundt om patienten på en gang og alle de påkrævede skemaer mv. blive udfyldt med det samme. Det er en ressourcekrævende procedure, men den vurderes som faglig vigtigt, idet den for de yngre læger er en læringsproces. Det er samtidig en tværfaglig proces, hvor de tre deltagere efterfølgende diskuterer patientens sygdomshistorie og fastlægger behandlingsplanen. Der er et regionalt krav om, at behandlingsplanen skal ligge klar senest umiddelbart efter tredje besøg.

5.5 Medicin og anden behandling

Generelt er de patienter, der er tilknyttet Distriktpsychiatrien, diagnosticeret med en psykotisk eller bipolar lidelse, og medicinsk behandling, der kan dæmpe symptomerne bedst muligt, er centralt i behandlingen. Et ligeså væsentligt element er samtalerne, hvor man følger patienterne og deres sygdom samt vurderer, om de tager medicinen, og hvordan den virker. Behandlerne beskriver selv, at relationsarbejdet og samtalen er den væsentligste del af behandlingen, mens medicinen kommer i anden række. Ofte er patienterne tilknyttet distriktpsychiatrien i årevis, og der oparbejdes et tillidsforhold mellem behandlere og patienter. I dagligdagen spiller medicin dog en væsentlig rolle i medarbejdernes arbejde, bl.a. i relation til:

- Ændring i medicin: Ændringer kan udelukkende besluttet af en læge, og de skal kommunikeres til patienten, til patientens egen læge og evt. til patientens bosted, såfremt de administrerer patientens medicinske behandling.
- Medicinbestilling: Recepter kan udelukkende fornys af en læge og helst af den behandlingsansvarlige læge. Recepterne skal lægges til afhentning på et apotek eller i ambulatoriet.
- Medicinudlevering: Ambulatoriet er åbent to formiddage om ugen, og her kan patienterne komme og få udleveret medicin af en sygeplejerske. Nogle indtager den på stedet, andre får den med hjem i afmålte doser. Der udleveres vederlagsfri medicin til behandlingsdømte og til patienter i de første to år efter en debuterende psykose.
- Liponex/Lithum: Patienter, der behandles med disse to medikamenter, er tilknyttet et specialambulatorium, der ledes af en sygeplejerske. Sygeplejersken udleverer medicinen og fortager de nødvendige blodprøver, blodtryksmålinger, vejninger mv.

Udover behandlingsrelationen med sygeplejersker og læger tilbydes nogle patienter et samtaleforløb hos en psykolog eller deltagelse i et terapeutisk gruppeforløb. Det afhænger af, om patienterne vurderes som i stand til at få noget ud af terapi, om de kan tænke tilstrækkeligt klart og koncentrere sig, og om de er motiverede og kan komme op om morgenen. Et forløb hos psykologen kan strække sig over 12 eller 24 samtaler, og et gruppeforløb typisk over 12 ugentlige sessioner. Der er tilknyttet tre psykologer, som har forskellige tilgange – psykoterapeutisk og kognitivt, og der er øget fokus på den kognitive metode, som søges udbredt i behandlergruppen.

I Distriktpsychiatrien benytter man hjemmebesøg, som giver mulighed for at lave observationer i patientens hjem, fx i forhold til børn i familien og deres situation og ligeledes i forhold til hygiejne og andre forhold i hjemmet. Patienter, der bor på bosteder, kan også mod-

tage hjemmebesøg. Hvis der er børn i hjemmet, er der mulighed for at tilbyde samtaler med fokus på børnene. I det hele taget er relationen mellem patient og pårørende noget, man spørger ind til i samtalerne, og man opfordrer patienterne til at tage pårørende eller støtte/kontaktperson med til samtalerne. Dog har fremmødet været yderst begrænset de gange, man har afholdt aftenarrangementer for pårørende. Samarbejdet med de pårørende er et område, man gerne vil prioritere i psykiatrien, men man oplever en indbygget udfordring i ydelsessystemet, som kun honorerer møder og konsultationer, hvor patienten selv deltager. Det vil sige, at hvis en sygeplejerske deltager i et netværksmøde med bosted og forældre om en autistisk pige, som ikke selv deltager i mødet, udløser denne aktivitet ingen ydelseshonorering. Personalet oplever denne begrænsning som frustrerende og føler, at det bremser en prioritering af pårørendearbejdet.

Medicinsk og psykologisk behandling er også central på Klinik for traumatiserede flygtninge, som desuden har fokus på det fysiske igennem kropsterapi. Ofte starter patienterne med at modtage medicinsk behandling mod fx angst, depression, forhøjet blodtryk eller søvnløshed. Når de er klar til det, tilbydes de psykologiske behandlinger og kropsterapi for at bearbejde deres angst. Typisk lægges der ud med et forløb på to måneder, hvor der aftales en række ugentlige møder med relevante behandlere. Hvis det vurderes nødvendigt, kan patienten tilbydes hjemmebesøg af en sygeplejerske eller af lægen, som fx kan regulere patientens medicin. Det drejer sig typisk om de patienter, der er så dårlige, at de ikke selv kan komme til klinikken.

Lægen er på klinikken en dag om ugen og tager samtaler med patienterne. Herefter vurderer man i samtale med patienten, hvordan det er gået, hvad de har fået ud af det, og om der skal sættes ind med anden form for behandling eller fortsættes med det samme. Hvis patienten vurderes klar til det, opfordres vedkommende til at deltage i et gruppeforløb. Der nedsættes løbende grupper baseret på fælles sprog (fx arabisk-, bosnisk- eller afghansk-talende); også opdelt efter køn. Personalet beskriver, at det er en udfordring at få sammensat grupperne ud fra disse kriterier. Grupperne mødes over en periode en gang om ugen. Indholdet i gruppeforløbene tilpasses deltagernes kognitive niveau og kan indeholde psyko-udvikling, dvs. læring om egen sygdom og fælles snak om symptomer og oplevelser, eller fysiske øvelser til musik, afspænding, meditation mv. Som regel er der to behandlere tilknyttet grupperne, så der er mulighed for at gå udenfor med en deltager, der får det dårligt undervejs. Det er meget vigtigt, at patienterne mødes med venlighed. Det er en meget sensitiv patientgruppe, og de kan reagere voldsomt på ikke at føle sig imødekommet.

Socialrådgiveren er en central figur, for de fleste af patienterne oplever sociale, økonomiske eller familiemæssige problemer. Socialrådgiveren tager sig af det sociale område og den socialmedicinske del af behandlingsforløbet, fx bolig, økonomi og forsørgelse. Socialrådgiveren har som hovedregel samtaler, der dækker det sociale område. På det område er det ofte økonomidelen, der fylder meget. I mange tilfælde handler det om at få skabt et overblik over økonomien og få opstillet et budget, så patienterne har en mulighed for at kunne overskue deres økonomi. Samtalerne kan også omhandle at få tjekket, om patienten er berettiget til de ydelser, vedkommende får. Et andet aspekt kan være at hjælpe patienten ind i mere hobbyagtige/foreningsagtige aktiviteter for at modvirke den ensomhed, som mange lider af. Andre samtaler drejer sig om arbejdsløshed, skilsmisser og andre familierelaterede sociale begivenheder. Arbejdet og samtalerne beskrives som meget forskelligartede og varierede.

Sygeplejersken tager sig af de sygeplejefaglige opgaver, herunder screening for KRAM-faktorerne og samtaler om somatiske problemer. Både sygeplejerske, psykolog og socialrådgiver inddrager lægen i de enkelte sager, når han er til stede, undertiden direkte i forbindelse med patientsamtaler.

I særlige tilfælde, dvs. hvis patienterne har det for dårligt, tilbyder sygeplejersken – og ind imellem også socialrådgiveren og psykologen – at komme på hjemmebesøg. Udover de individuelle konsultationer afholdes løbende gruppeforløb, der forgår i mødelokalerne eller i bevægelsesrummet. På klinikken er der ofte behov for at benytte tolke, og man har bl.a. adgang til tolkebistand via video.

5.6 Samarbejde og patientovergange

Nye patienter, der henvises til Klinik for traumatiserede flygtninge, skal inden for 30 dage efter henvisningen er modtaget til en visitationssamtale, hvor klinikens psykolog vurderer, om patienten lider af PTSD og dermed falder ind under målgruppen. Efter visitationssamtalen kommer patienten på venteliste, hvor der p.t. ikke kan loves behandling inden for 60 dage, selvom det er den norm, klinikken er underlagt. I øjeblikket omstruktureres alle procedurer for visitation, udredning og ventetider, og planen er bl.a., at alle behandlere skal kunne visitere til tilbuddet. Disse forandringer har ikke noget med det nye sygehus at gøre.

Flertallet af patienterne i Distriktpsychiatrien og Klinik for traumatiserede flygtninge har et samarbejde med andre offentlige aktører, dvs. kommunale eller andre regionale aktører. Det betyder, at de to enheder også har en samarbejdsflade til sådanne aktører.

I Distriktpsychiatrien samarbejder man tæt med en række aktører, herunder den kommunale socialpsychiatri, private bosteder, hjemmesygeplejersker, jobcentre og sagsbehandlere. Ligeledes er de privatpraktiserende læger vigtige partnere i de ofte lange udrednings- og behandlingsforløb. Her går distriktpsychiatriens læger ind og rådgiver om fx en patients medicinering. En model med 'shared care' har været afprøvet, hvor erfarne sygeplejersker tog ud til de praktiserende læger og rådgav, dog uden at måtte ændre i medicinen.

En stor del af kommunikationen med samarbejdspartnerne foregår via telefonsamtaler. Ind imellem afholdes møder (tidligere var der aftalt faste møder mellem distriktsygeplejerskerne og socialpsychiatrien, dvs. personale fra bostederne, kommunale støtte-kontaktpersoner etc., og man overvejer at genoptage den praksis). Der sendes breve med posten, mens e-mailkorrespondance forsøges undgået. Det skyldes, at der er særlige krav til databeskyttelse, og personfølsomme oplysninger må ikke sendes ud af huset ukrypteret. Det opleves som besværligt, når e-mailkorrespondance skal lægges i patientjournalen – oftest foregår det ved, at sekretæren printer e-mailen, scanner den og lægger den elektronisk ind i Opus.

En del af patienterne oplever problemer i deres samarbejde med det kommunale jobcenter i forhold til sygemelding, sygedagpenge, arbejdsprøvning, statusrapporter fra den behandlingsansvarlige læge mv. Distriktpsychiatriens socialrådgiver hjælper patienten med disse problemer og afholder fx samtaler med kommunen, sørger for at udfylde de rigtige blanketter, ansøgningspapirer mv. De senere år er der beskåret kraftigt i socialrådgiverressourcerne. Det betyder, at disse opgaver så falder på sygeplejerskerne, som ikke har de rette forudsætninger for at hjælpe patienterne i forhold til det kommunale system. Det oplever medarbejderne som problematisk.

Internt i det psykiatriske system har man tæt samarbejde med Psykiatrisk Akutmodtagelse. Det åbne sengeafsnit i Dianalund modtager patienterne, hvis de får det dårligt i en periode og har behov for indlæggelse, og vil typisk informere distriktpsychiatrien, når en af 'deres' patienter igen udskrives. I Slagelse ligger også Psykiatrisk Klinik, der behandler personer med ikke-psykotiske lidelser, fx spiseforstyrrelser, personlighedsforstyrrelser, depression mv. Der er også indimellem dialog og sparring med distriktpsychiatrien i andre kommuner,

fx i Ringsted, hvor to repræsentanter fra Slagelse har været på studiebesøg for at sammenligne arbejdsvilkår, bemanning mv.

På Klinik for traumatiserede flygtninge samarbejder man også tæt med kommunerne om alle forhold inden for Serviceloven og inden for lovkomplekset vedrørende beskæftigelse og evt. ansøgning om førtidspension.

Efter gennemført behandlingsforløb udarbejdes en afslutningserklæring for patienterne. En del af patienterne, der afsluttes, bliver genhenvist til klinikken på et senere tidspunkt. I forbindelse med afslutningen af en patient afholdes der desuden et netværksmøde. Medarbejderne finder, at netværksmøderne er et vigtigt redskab i deres samarbejde med patientens øvrige samarbejdspartnere. Det beskrives i tekstboksen nedenfor.

Når en patient afsluttes fra klinikken, indkalder socialrådgiveren til et netværksmøde, hvor både behandlere, repræsentanter fra kommunen samt patienten selv og dennes pårørende deltager (møderne minder om de koordinationsmøder, man afholder, når en patient udskrives fra psykiatrisk afdeling). På disse netværksmøder gennemgår man alle de initiativer, der skal sættes i værk, både af behandlingsmæssig karakter og af social karakter. Det kan være hjælp til tandlæge, tilskud til handicappede børn, hjælp til medicin, psykolog o.l.

5.7 Opsamling

Også i dette kapitel har vi identificeret de vigtigste arbejdsgange, der former hverdagen på de ambulante enheder. Her drejer det sig om:

1. Arbejdsdagens start og struktur
2. Morgenmøder, behandlingskonferencer og andre møder
3. Sikkerhedsforhold
4. Administration og dokumentation
5. Medicin og anden behandling
6. Samarbejde og patientoverflytninger

Som det også er fremgået ovenfor, mangler de ambulante afsnit alle de arbejdsgange, der fokuserer på at holde styr på patienterne, mens de er i fællesmiljøet. Det skyldes selvfølgelig, dels at patienterne på de ambulante afsnit kun kommer til konkrete aftaler og ikke bare er til stede, og dels at patienterne alt andet lige er mindre syge i de ambulante afsnit end på sengeafsnittene.

Generelt kan man sige at de ambulante enheder fungerer som traditionelle lægehuse, hvor patienter kommer ind til konsultation, samtale eller tjek en gang imellem. Der ud over afholdes gruppeforløb, og der tages jævnligt på hjemmebesøg. Som beskrevet i det indledende kapitel er der nogle udfordringer forbundet med at observere arbejdsgangene i det ambulante regi, idet disse overvejende foregår på kontorernes bag lukkede døre. Vi havde mulighed for at overvære enkelte patientsamtaler, men flere ønskede ikke, at vi var til stede. Samtidig var det en udfordring at få afholdt interviews med behandlerne, som havde det meste af deres dag booket op med patientsamtaler eller konsultationer.

I kapitlets gennemgang af arbejdsgangene i de ambulante afsnit har vi fokuseret på specifikke arbejdsgange, som personalet har fremhævet som særligt positive eller vigtige i deres dagligdag, samt særlige forhold, der opleves som udfordringer i dagligdagen. Af de særligt positive arbejdsgange kan bl.a. nævnes et dagligt fællesmorgenmøde, som er en anledning til at drøfte akutte problemstillinger med sine kolleger, samt den ugentlige behandlingskonference, hvor der foregår en vigtig tværfaglig diskussion af behandlingsplanerne. Desuden fremhæves praksissen om tværfagligt journaloptag for nye patienter samt netværksmøder med eksterne aktører ved patientafslutninger som særligt vigtige arbejdsgange, fordi der her udspiller sig et tværfagligt samarbejde, som er med til at sikre kvaliteten i behandlingen. Af særligt udfordrende forhold nævnes de store forskelle kommunerne imellem på omfang og kvalitet af de socialpsykiatriske tilbud, fx til patienter der kommer hjem efter en indlæggelse. Ligeledes er der forskel på den rolle, som de praktiserede læger spiller i patienternes behandlingsforløb i forhold til opfølgning, medicinregulering, receptfornyelse mv. Disse forskelle har stor betydning for personalets arbejdsopgaver og arbejdsbyrde i Distriktpsychiatrien og på Klinik for traumatiserede flygtninge.

6 Kultur på sengeafsnittene

I dette kapitel beskrives centrale elementer af kulturen på de tre sengeafsnit baseret på observationer og interviews med personale. Som nævnt i kapitel 2 drejer det sig primært om de forskellige relationer, som personalet på afsnittene har: relationer med ledelsen, relationer med hinanden, relationer med patienterne og måske med pårørende. I kapitlet er der anvendt en del citater, som viser personalets udsagn og vurderinger.

6.1 Ledelse og inddragelse

De fem afsnit i Afdelingen for Retspsykiatri (P1, P2, P3, P4 og P5) hører under en fælles afdelingsledelse. Sikringsafdelingens tre afsnit har en fælles ledelse på overlægeniveau samt hver sin afdelingssygeplejerske.

Overlægen, der dækker P3 (sikringsafsnit) og P4 (almindeligt lukket retspsykiatrisk afsnit), har typisk meget travlt og oplever, at personalet er gode til at tage selvstændige beslutninger, når hun ikke er der. Når der skal tages beslutninger om patienternes behandling og evt. ændringer, foregår det på de ugentlige behandlingskonferencer. Som beskrevet i kapitel 4 tilstræbes det, at så meget af personalet som muligt deltager i P4s behandlingskonference, og at patientens kontaktpersoner fremlægger deres observationer og beskrivelser af patienten. På den måde integreres forskellige fagligheder i tilrettelæggelsen af patienternes behandlingsplan. På P4 oplever personalet også generelt, at de bliver hørt til behandlingskonferencerne, og at deres oplevelser med patienten og meninger tages i betragtning, når der tages beslutninger om en konkret patient. Som det også er beskrevet i kapitel 3, deltager plejepersonalet fra P3 almindeligvis kun, når en patient, som de er kontaktperson for, bliver diskuteret. Personalet fra P3 oplever ind imellem, at overlægen og afdelingssygeplejersken tager beslutninger om ændringer på conference, hvor kontaktpersonerne ikke deltager, og de føler derfor ikke, at de inddrages nok i det, der foregår.

Lægegruppen på V1 er relativ lille, og der er en god dialog mellem overlægerne og de yngre læger. At stedet er lille gør også, at de yngre læger får lov til at løse flere forskellige opgaver end på et stort sted, og de får mere ansvar. De ældre læger har således en ledelsesstil, hvor de yngre læger får lov at prøve kræfter med mere. På V1 beskriver personalet sig selv som åbne over for forandringer, fx nye forslag fra ledelsen til den daglige organisering af stuegangen, og at man i dialog på personalemøderne beslutter, hvad der skal afprøves af nye tiltag og herefter evaluerer det sammen.

6.2 Samarbejde og kollegaer

Relationen mellem medarbejderne er præget af, at der på hver enhed er en tværfaglig gruppe, der skal arbejde sammen. Som det også blev beskrevet i kapitel 4, er det vigtigt for medarbejderne at have et godt og tillidsfuldt kollegialt fællesskab. Det gode kollegiale fællesskab forbindes med at være tryk i sit arbejde, for når en situation med patienterne spidser til, er det det kollegiale fællesskab, der skal sikre, at situationen håndteres, så medarbejderne ikke kommer i fare – eller kommer i mindst mulig fare. At man er en tværfaglig gruppe, der skal arbejde sammen, betyder dog også, at der er forskellige tilgange. Det kan være en udfordring for medarbejderne, og der var en række forskellige diskussioner blandt dem om deres kollegiale samarbejde. Det fokuseres der på i dette afsnit – først på diskussionen om, hvordan det psykiatriske arbejde skal praktiseres.

Formålet med det psykiatriske arbejde: På P3 handler dagligdagen om at skabe en struktur, der gør, at patienterne ikke længere er farlige. *"Vi skal pille farligheden ud af vores patienter"*, som en medarbejder udtrykker det. Jo færre konflikter og jo færre voldsepisoder, der er, jo bedre har personalet gjort deres arbejde. At minimere konflikter og voldsepisoder er også vigtigt for at kunne have et godt og trygt arbejdsmiljø. For at skabe den struktur, der piller farligheden ud af patienterne, er det en værdi for medarbejderne, at de bevarer overblikket og handler ud fra de fastlagte sikkerhedsprocedurer selv i pressede situationer.

At arbejde stramt ud fra procedurer giver dog også anledning til diskussioner om, hvad der er et godt stykke psykiatrisk arbejde. Hvor nogen vil tilpasse reglerne efter den enkelte patient, er andre mere regelstyrede i deres tilgang. Nogle personaler oplever, at der ind imellem håndhæves forskellige regler, alt efter hvem der er på arbejde i den pågældende vagt. Det gør det til en udfordring at overholde de ting, der er aftalt i personalegruppen og kan således skabe gnidninger mellem medarbejderne, hvor nogle udråbes som 'slappere' og andre som 'regelryttere'.

På P4 beskriver personalet, at de nyder godt af mange års oparbejdet kultur omkring den faste rammesætning og strukturen omkring patienterne. De arbejder som beskrevet i kapitel 4 med kontaktpersonsteams, og personalegruppen sætter stor pris på den tværfaglighed og det samarbejde, som udspiller sig i disse grupper. Der opstår jævnligt uenigheder af faglig natur mellem kontaktpersoner eller kontaktteams, fx i forhold til hvordan en bestemt patient skal beskrives eller vurderes. Der er også en dokumentationsopgave, som kontaktpersonerne skal løfte, og det kan skabe uoverensstemmelser, når ikke alle er lige opmærksomme på den del af arbejdet.

Kollegaernes kvalifikationer: Kollegaernes kvalifikationer er også et emne, der tales om. Personalegruppen på P3 og P4 er tværfaglig, og mange har lang erfaring inden for området. Der arbejder bl.a. plejere, som var en korterevarende uddannelse specifikt målrettet arbejde i psykiatrien. Det får nogle medarbejdere med mellemlange uddannelser, som sygeplejersker og pædagoger, til at efterspørge en mere faglig tilgang til arbejdet, hvilket kunne skabe en underliggende skelnen mellem de forskellige uddannelsesgrupper.

At kende sine kollegaer: I forlængelse af diskussioner om kollegaernes kvalifikationer ligger også en diskussion om vigtigheden af at kende den faglighed, som kollegaerne står for. På V1 er der i forbindelse med de seneste års flytninger forsvundet en stor del af den gamle garvede personalegruppe, og der er kommet nye og unge medarbejdere til. Desuden har det været en udfordring at rekruttere uddannet fast personale, og afsnittet er derfor i perioder afhængigt af vikarer. Det har betydet noget for personalets oplevelse af sikkerhed, fordi de i dagligdagen er afhængige af at stole 100 % på hinanden. Det beskrives som *"at kunne læse hinandens tanker"* og vide, hvordan den anden vil reagere i en presset situation. Det er særligt i de voldsomme situationer, at erfaring betyder noget helt særligt, når der skal træffes hurtige beslutninger om, hvordan situationen skal håndteres. Og det er, som personalet siger, ikke noget man kan læse i en bog, men det skal prøves og læres af erfaringerne.

Sommeren 2013 var afdelingen præget af absenteringer og konflikter patienterne imellem og med personalet, og det blev besluttet at hyre sikkerhedsmedarbejdere fra G4S. Personalet oplever det som en stor sikkerhed at have to mænd gående rundt i afdelingen, som kan træde til i tilfælde af episoder eller konflikter med patienterne. Der falder dog et par bemærkninger om, at sikkerhedsmedarbejdernes tilstedeværelse kan komme til at virke som en "sovepude" for personalet, som så ikke får oparbejdet erfaring og tillid til selv at håndtere voldsomme episoder.

Samarbejdet og sikkerheden, når man ikke laver det samme: Mens diskussionerne oven for primært findes i gruppen af plejepersonale, forhandles samarbejdet mellem plejepersonalet og de tværfaglige medarbejdere også i diskussioner i hverdagen. På alle afsnit beskrives det, at der er diskussioner mellem resten af personalegruppen og de tværfaglige medarbejdere om, hvordan man som medarbejder skal praktisere sit arbejde på en sikkerhedsmæssigt forsvarlig måde. Et eksempel på en sådan diskussion er, hvorvidt det er okay, at ergoterapeuten har været inde på en patientstue og give massage – alene og med lukket dør, hvilket plejepersonalet aldrig ville gøre. Diskussionerne kan også vedrøre den adfærdsregulerende behandling af patienten. Plejepersonalet anvender det at give patienterne privilegier i deres arbejde med at lære patienten en bedre social adfærd. Et privilegium kan fx være at have en træningscykel på patientstuen. Hvis en tværfaglig medarbejder giver lov til det, uden at kontaktpersonerne synes, det er en god idé, skaber det gnidninger. Gnidningerne opstår således både ud fra en uenighed om, hvad der er den rette tilgang til patienten, men også i forhold til et beslutningshierarki. Kontaktpersonerne mener ikke, at den tværfaglige medarbejder kan tage en sådan beslutning uden om dem. Endelig kan der opstå gnidninger i forhold til, hvilke patienter de tværfaglige medarbejdere arbejder med. De er ikke fast tilknyttet patienterne, som plejepersonalet er det. Plejepersonalet har en opfattelse af, at fx idrætslærerne helst vil være sammen med de mest velfungerende patienter, hvor man kan lave de lidt mere udfordrende og sjove aktiviteter, mens de "tungeste" patienter ikke tiltrækker deres opmærksomhed på samme måde. Plejepersonalet kan ikke på samme måde vælge kun at arbejde med de mest velfungerende patienter.

På P3 har ledelsen for nylig implementeret en ændring over for de tværfaglige medarbejdere. Man har ønsket at få denne medarbejdergruppe bedre integreret i de daglige opgaver på linje med plejepersonalet. Det har afstedkommet utilfredshed hos nogle af medarbejderne og skabt nogle kampe funktionerne imellem i forhold til arbejdsopgaver og ansvarsområder.

6.3 Sociale relationer mellem medarbejderne

Som det også berøres i afsnittet ovenfor, fylder den sociale relation medarbejderne imellem meget for medarbejderne i hverdagen. I dette afsnit uddyber vi, hvordan den sociale relation praktiseres, og hvilken betydning den tillægges.

Personalestuen som arena for det kollegiale samvær: Personalestuen er det centrale sted for personalets interaktion med hinanden. Her ordnes administrative opgaver ved computerne, der foretages telefonopkald, og der slappes af og hyggesnakkes med kollegerne. Det er her, man tager sig en pause, drikker kaffe og spiser frokost, og der småsludres hen over bordet om private og faglige emner.

Tonen i samværet: Som personalegruppe er man afhængig af hinanden i forhold til sikkerheden i hverdagen og for at føle sig tryk på arbejdet, men under overfladen optræder der visse problemer personalet imellem. Det står i kontrast til medarbejdernes forventninger til deres arbejdsmiljø.

"Jeg synes, at der er lidt fnidder. Altså, jeg havde forventet, at når man kom op sådan et sted, hvor sikkerheden er i meget høj fokus, så havde jeg forventet, at man bare havde en sammentømret personalegruppe, som virkelig var god til at arbejde sammen. Der vil jeg sige, at det ikke har levet op til mine forventninger".

Et andet problem, der nævnes på P3, er en jargon, som er præget af sarkasme og ironi personalet imellem. En kultur med meget sarkastiske kommentarer kan virke sårende på nogen og i længden være opslidende for nogle af personalemedlemmerne.

"... noget af det, vi ikke har snakket så meget om, er vores sarkasme og ironi. Og der er en speciel tone her, og det er der sikkert på mange arbejdspladser, men den er speciel. [...] Den kan til tider være hård og ikke særlig empatisk, og det synes jeg, er et problem..."

En af de forklaringer, der gives af personalet, er, at mennesker, der arbejder i psykiatrien, som regel er stærke mennesker med en særlig robusthed. Det er som regel en fordel, men kan lede til stor splid og stridigheder, hvis man bliver uenige i personalegruppen. Som nævnt i kapitel 4 er der på P3 indført "pusterummet", som er et møde, hvor personalet kan få luft og netop adressere sådanne konkrete oplevelser, hvor de snerrede af hinanden eller tacklede en situation dårligt, og så få rensset luften.

På P4 er man enige om, at personalegruppen har et stærkt sammenhold og en stor tryghed ved hinanden. Alligevel foregår der ting under overfladen, og der formes alliancer og grupperinger.

"Der er helt klart et godt samarbejde på mange punkter. Man kan noget, når man står sammen. Men samtidig sker her altså også ting; som i alle andre kulturer er der skyggesider, og der er alle mulige sindrige procedurer om, hvem man kan gå til, og hvem man kan snakke med, og hvem man ikke snakker med..."

På V1 beskrives arbejdsrelationerne i gruppen som rigtig gode, og at gruppen fungerer godt sammen. Personalegruppen er god til at få luft og få sagt til hinanden, hvis der er noget, man er ked af eller utilfredse med i forhold til de andres handlinger. Selvom flere er relativt nyuddannede, er der vilje til at få teamet til at fungere for alle, og sikkerhedsmedarbejderne giver tryghed i forhold til konfliktsituationer, hvor manglende erfaring kan være et problem. Generelt er debriefing blandt kolleger efter voldsomme oplevelser noget, som personalet sætter pris på.

"Jeg synes, at vi er gode til at være sammen i personalegruppen. Vi er gode til at rumme hinanden. Og skabe rum for frustrationer, men at holde dem inde på kontoret og ikke sammen med patienterne".

Den spydige tone kan også gå på tværs af afsnit, hvis fx medarbejderne på forskellige afsnit er uenige om, hvem der har ansvaret for en patient. Der beskrives således en vis splid mellem V1 og PAM, der handler om, hvorvidt patienter skal indlægges det ene eller det andet sted, og som blandt plejepersonalet bliver til interne gnidninger.

"... måske falder der engang imellem sådan lidt spydigheder. At man siger et eller andet med, at dem inde på PAM, de vil ikke have patienterne, de vil bare prøve at påvirke vagthavende læge til at lægge dem herind, og dem inde på V1, de laver heller ikke noget..."

6.4 Relationen til patienterne

Medarbejdernes relation til patienterne er også i høj grad formet af formelle og uformelle regler og værdier om, hvordan en sådan relation skal være. I dette afsnit fokuseres der på

de diskussioner, medarbejderne har med hinanden om, hvordan relationen mellem patient og medarbejder skal være.

6.4.1 Interaktionen mellem patienter og medarbejdere

Relationen til patienten, der ikke selv har valgt at være patient: På alle tre sengeafsnit præges arbejdet med patienterne af, at de er tvunget til at være der, og at der af sikkerhedshensyn udøves en høj grad af kontrol med dem. Flere patienter har tidligere haft dårlige oplevelser med tvang, og det giver et særligt udgangspunkt for arbejdet med at skabe en relation.

På P3 og P4 er patienterne dog typisk indlagt i så lange perioder, at personalet har mulighed for at opbygge gode relationer til dem. Det betyder også, at personalet kommer til at kende patienterne og opbygger en tryghed ved dem. Opfattelsen er, at det handler om at være venlig, imødekommende og lyttende over for patienterne. Medarbejderne skal forsikre dem om, at de er der for at hjælpe, og når det gentages mange gange nok, så skabes behandlingsalliancen.

"... mange af os bliver jo en professionel familie omkring dem, fordi de har ikke så mange andre. Vi er deres netværk på en eller anden måde".

Når patienter er i isolation: På P3 er der som nævnt nogle patienter, der er i isolation – ofte på grund af farlighed. Her er interaktionen med personalet begrænset, bl.a. på grund af de meget syge patienters manglende evne til dialog og interaktion. De tilses cirka en gang i timen med tilbud om samtale eller hjælp til praktiske gøremål. De patienter, der har fuldt fællesskab, dvs. må opholde sig frit i fællesrummene, har personalet en anden mulighed for at interagere med og opbygge en relation til.

Patienternes forhold til lægerne: Som beskrevet i de foregående afsnit er der forskel afsnittene imellem på, hvor ofte lægerne har stuegang (se kapitel 4). Det er overlægerne, som har bemyndigelse til at tage beslutninger om patienternes forhold og behandling. Derfor er interaktionen med lægerne særlig betydningsfuld for patienterne, der gerne vil, at lægerne lytter til dem. I det daglige er det dog plejepersonalet, som langt overvejende varetager interaktionen og samtalerne med patienterne.

Kontaktpersonens ansvar for kontaktpatienten: I det daglige arbejde har kontaktpersonerne en særlig opgave i forhold til at observere og være i kontakt med "deres" patient. Hvor meget og hvor intensivt dette foregår, afhænger meget af patienten, og hvor denne er henne i sit forløb.

"Man skal jo se, hvilken patient man har at gøre med, og hvor vi er henne i forløbet. Der kan være nogen, der lige er kommet ind, og vi kender dem dårligt, ja så har man mange observationsopgaver. Og med andre hvor vi er så langt, at vi har en god behandlingsalliance, ved man, at de kommer selv, når der er noget".

Patienterne er også meget opmærksomme på, hvem der er dagens kontaktperson. Typisk er dette skrevet på en whiteboard-tavle, hvor patienterne kan orientere sig. I princippet kan kontaktpersonerne være enige om, hvad der skal gøres i forhold til en patient, men selvom målet er det samme, kan måden, de hver især gør det på, være forskellig. Det falder nogle nemmere at være mere restriktive, mens andre er mere bløde osv.

Hverdagens aktiviteter hvor medarbejdere og patienter interagerer: En del af patient-personale interaktionen foregår i forbindelse med de daglige rutiner som måltider, tøj-

vask, bad mv., og så er der de skemalagte aktiviteter som idræt, ture i terræn, massage eller spil. Langt de fleste patienter er selvhjulpne, men skal måske motiveres og støttes af deres kontaktperson til at komme i bad, få rent tøj på eller få ryddet op på værelset. Samtidig er dagen lang på et lukket sengeafsnit, og nogle peger på, at der er rum for flere aktiviteter.

"Jeg synes ikke, at vi er gode nok til at sætte os ned spontant og lave nogle aktiviteter. [...] Jeg siger ikke, at vi ikke gider eller noget i den retning, men aktiviteterne skal komme fra os, og det skal struktureres noget mere og det. Jeg synes ikke, der er fokus nok på det, at det skal være en del af dagen, at der er et vist antal aktiviteter, der tilgodeser, så alle patienter ligesom får gavn af det".

Korrigerig: Relationen mellem medarbejder og patient er grundlæggende formet af, at medarbejderne er i afsnittene, fordi de har en opgave at udfylde i forhold til borgerne. Som tidligere beskrevet er det bl.a. at 'pille farligheden ud af dem'. Det vil med andre ord sige, at patienterne ideelt skal få en adfærd, der overholder de sociale spilleregler for, hvordan mennesker interagerer med hinanden, som findes alle steder. Derfor arbejder medarbejderne med at lære patienterne disse spilleregler. Rammesætningen er derfor styrende for interaktionen mellem personale og patienter, herunder korrigerig af patienternes opførsel mv. Korrigerig dækker bl.a. over, at personalet påtaler patienternes opførsel, sprogbrug, påklædning, hygiejne eller andet. Det observeres og beskrives, hvorvidt patienten "lader sig korrigerig" eller protesterer og afviser personalets påtale. Korrigerigen er et en del af behandlingen, men samtidig noget personalet reflekterer over og nogle stiller spørgsmålstegn ved. Nogle beskriver, at der er sket et skred de senere år. På trods af den struktur, der styrer dagligdagen på P4 og sætter faste rammer for, hvordan dagligdagen organiseres, er medarbejderne blevet bedre til at møde ham eller hende der, hvor personen er, dvs. til at tage hensyn til individet og ikke behandle alle ens.

"Der er trods alt sket et skred. Det er meget sådan en korrigeringskultur og irettesættelseskultur, hvilket jeg er helt med på, men uden, synes jeg, det tilstrækkelige blik for, hvornår man bryder den. Fordi det er, når man bryder den, at man skaber udviklingen".

Personalet på V1 opfatter afdelingen som en hård afdeling, og at patienterne kommer ind her, når de er i en meget dårlig fase. Derfor kræver det noget særligt af personalet at tackle dem. Det handler om at kunne rumme og tackle patienterne, og det er noget, man lærer efterhånden, som man oparbejder erfaringen. Her fylder den jeg-styrkende sygepleje meget i dagligdagen med patienterne. Det handler om ikke hele tiden at gøre alting for patienten, men at styrke deres evne til selv at tage ansvar, så de kan komme videre. Rammesætning er vigtig, men ikke så fremtrædende som for ti år siden, fortæller en af de erfarne medarbejdere. Nu fokuserer man på kun at sige nej til patienternes ønsker og forespørgsler, hvis der er et fagligt argument for det.

Medarbejderområder og patientområder: Afdelingerne er fysisk opdelt i forskellige rum. Nogle af disse rum er forbeholdt medarbejderne, hvor de udfører forskellige arbejdsopgaver og tager pauser. For at sikre, at patienterne ikke opholder sig i disse rum, er der indført forskellige regler i afsnittene, som medarbejderne håndhæver.

Døren indtil personalestuen er fx det sted, hvor patienterne søger hen, når de vil i kontakt med personalet. De fleste steder arbejder man bevidst på at holde døren ind til personalestuen lukket, fordi det er her, personalet kan drøfte fortrolige ting, som andre patienter ikke skal overheøre. Udover at det bryder ind i medarbejdernes arbejde på kontoret, beskri-

ver medarbejderne det også som et problem i forhold til patienternes værdighed, at de føler sig nødsaget til at opsøge medarbejderne på kontoret for at få lov til det, de ønsker.

"Der er også noget ydmygende ved at stå i sådan en dør og hænge og bede om lov til et eller andet. Det er på en eller anden måde ikke værdigt".

For at undgå at patienterne henvender sig på kontoret eller står og hænger i døren til kontoret, har afsnittene således iværksat forskellige løsninger. På P4 har man indført, at et personalemedlem – kaldet gangvagten – har den funktion at tage sig af patienternes henvendelser, løse deres akutte behov for adgang til cigaretter og lightere, der er låst inde i et skab osv. På V1 har man miljøvagter, der på skift opholder sig "ude i miljøet" og er tilgængelige for patienterne. På P3 har patienterne ret til teambetjening en gang i timen, fx for at komme ud og ryge.

Mens der således er indført løsninger, der sikrer, at medarbejderne ikke forstyrres af patienterne, når de er på kontoret, er der en løbende debat om, hvor meget tid personalet bruger inde på kontoret i forhold til at opholde sig ude i miljøet – i afsnittet – blandt patienterne. Et område hvor flere peger på, at der stadig er brug for forbedringer:

"Jeg synes, at en engang imellem kunne man godt tænke, at der måske kunne være flere ude i miljøet og eventuelt snakke med patienterne. Det er ikke enestående for denne afdeling, det har jeg oplevet andre steder, altså men jeg tror, det ville give mere ro i afdelingen. Jeg tror, der er mange konflikter, der kan forebygges, hvor plejepersonalet er mere ude i miljøet og snakker med patienterne".

Medarbejderens karakteristika og relationen til patienten: Der er flere eksempler på opmærksomhed på betydningen af personalets alder, køn og fysiske styrke i forhold til interaktionen med patienterne. For eksempel bemærker en kvindelig overlæge, at enkelte mandlige patienter ikke kan holde ud, at hun bestemmer over dem, og de opfører sig særligt nedladende over for hende, fordi hun er kvinde. Størrelse og styrke er en anden dimension, der reflekteres over, fx i forbindelse med at håndtere voldsomme patienter.

"Det er jo ikke nogen hemmelighed, at patienterne har større respekt for mændene. Det kan vi jo også se tydeligt i konfliktsituationer, eller ved at de puster sig op og laver ballade eller et eller andet. Er vi 3-4 kvinder på vagt, som forsøger at få ro på det her eller korrigerer dem, det kan vi ind i mellem have meget svært ved. Specielt ved en særlig kategori patienter. Det er nemmere, hvis der er mænd på vagt, og det er måske størrelsen og magten. Sådan er det jo også ude i den virkelige verden".

Der er også hele spørgsmålet om rollemodeller og muligheden for, at patienterne kan spejle sig i personalet. En af afdelingssygeplejerskerne siger det således:

"Jeg tør snart ikke sige det højt, men der er nogen, der mener, at det er lige meget, om det er mænd eller kvinder, der er der. Og det mener jeg jo ikke. [...] Det skaber jo også noget rent rollemæssigt, et eller andet, at der er mænd. Med så mange mandlige patienter, som vi har, er det godt med nogen mænd som rollemodeller. Jeg tror, at en jævn fordeling vil give et godt klima".

Endelig er der spørgsmålet om personalets alder og erfaring, som har betydning for interaktionen med patienterne. Forestillingen hos personalet er, at jo mere erfaring, jo mere overskud, tålmodighed og evne har man til at rumme patienterne.

"Man oplever også, at patienterne, hvis der er et eller andet, der går dem på, eller at der opstår en akut situation, at de faktisk som regel søger os, der har overskuddet og erfaringen med de her patienter, fordi de føler sig trygge".

6.4.2 Kommunikation og sprogbrug

Tonen i kommunikationen: Ligesom tonen i relationen medarbejderne imellem er i fokus, når medarbejderne beskriver kulturen i deres afsnit, er tonen i kommunikationen også i fokus i medarbejdernes relation til patienterne såvel som i patienternes kommunikation med hinanden. Det bunder i en den faglige fundering i miljøterapien, hvor der er fokus på ordentligt sprogbrug i dagligdagen både i personalegruppen og blandt patienterne.

"... vi accepterer ikke, at folk taler grimt, hverken til hinanden eller til os, og det er vi meget opmærksomme på, altså, at der er en ordentlig tone. Det kan godt lyde lidt gammeldags, men det er det også. På den anden side ville det være uudholdeligt, hvis de gik og skældte ud og kaldte hinanden det ene og det andet. Det ville ikke være rart, og der er nogen, som ikke ville kunne tåle det, især af patienterne".

I den daglige interaktion med patienterne oplever personalet ind imellem at blive skældt ud eller truet, og det er forskelligt, hvordan der reageres på patienternes voldsomme sprogbrug. Det afhænger af en vurdering af, om det er tomme trusler, eller om patienten kan tænkes at sætte handling bag ordene. Personalet kan vælge at politianmelde patienten for trusler eller fx for at spytte på personalet. Sådanne voldsomme episoder vil oftest udløse en eller anden sanktion fra personalets side. Det kan være, at patienten skal opholde sig på sit værelse eller får frataget privilegier, fx en planlagt udgang, adgang til pc eller andet.

Den venlige og imødekommende kommunikation: Interaktionen mellem patienter og personale er præget af venlighed og professionalisme. Der bliver talt respektfuldt om og til patienterne. Plejepersonalet forsøger at kommunikere ens til patienterne, dvs. de drøfter, hvordan et problem skal tackles, hvad der skal svares, og rammerne sættes i fællesskab. Det skyldes, at de vil undgå, at patienten oplever, at de fremstår uenige, og der skal ikke være mulighed for at "spørge videre" og måske få nej fra én og ja fra en anden.

Kommunikationen der skal få patienten til at erkende: For nogle af patienterne handler kommunikationen med fx overlægen om, at de skal holdes fast i, at de er syge, og det er derfor, de er indlagt, og at det er derfor, de er underlagt en given behandling.

En del af den støttende og jeg-styrkende sygepleje går ud på at se patienten som et helt menneske og også tage den eksistentielle del med i samtalerne, hvis patienterne kan magte at snakke om det. Det kan fx være, at en patient er frustreret og ked af ikke at have kontakt til sine børn eller er kommet ud for en stor skuffelse i sit liv.

Kommunikationen der værner om patientens integritet: Der er generelt stor opmærksomhed i personalegrupperne på tavshedspligt og diskretion, fx ved ikke at tale om og med patienterne om private ting, når andre patienter kan høre det. Samtaler med indhold af mere privat karakter og drøftelser af patienterne holdes til personalestuen. Døren til personalestuen står dog ofte åben, og nogle steder er der generelt meget lydt, så det kan være svært at overholde diskretionen i praksis. Hvis patienterne henvender sig til personalet med spørgsmål om deres medicin eller andet privat, er personalet meget bevidste om at fortsætte samtalen inde på patientstuen, så det ikke foregår i fællesrummet – af hensyn til både patienten selv såvel som de andre patienter.

6.4.3 Etik og refleksion over egen praksis

Det fremgår af observationer og interviews, at personalet generelt har opmærksomhed rettet mod etiske udfordringer i arbejdet og også reflekterer individuelt og i fællesskab over egen praksis. De etiske overvejelser er tydelige i forhold til, hvad der kan betegnes som en række forskellige forhold i hverdagen. I overvejelserne kommer medarbejdernes værdimæssige og faglige overvejelser i spil, som både den nuværende kultur bygger på, og som en fremtidig kultur også tager sit udspring i. I det følgende præsenteres overvejelser i forhold til disse emner.

Diskussionen om, hvornår magt anvendes etisk forsvarligt: Personalet beskriver, at de er i en position, hvor de helt formelt såvel som uformelt har en større magt end patienterne. Medarbejderne er med til at påvirke beslutninger om indlæggelser, udskrivelser, behandling, medicin, privilegier, restriktioner osv. Patienterne har derimod ikke indflydelse på medarbejdernes liv – i hvert fald ikke ud over den påvirkning deres interaktion har, når medarbejderne er på arbejde.

Personalet er generelt bevidst om risikoen for, at der sker en forråelse, at tonen kan blive skarp, og at der er en risiko for, at magten forvaltes efter traditioner og personligheder mere end efter etiske og professionelle principper. Der er flere eksempler på, at personalet reflekterer over denne magt, og over hvordan den forvaltes mest etisk og hensigtsmæssigt. Der er også eksempler på personale, som efterlyser en mere tydelig etisk diskussion i dagligdagen, mere stillingstagen til forvaltningen af magten osv. Endelig er der også enkelte eksempler på, at magten tages for givet – at der netop ikke reflekteres over hverdagspraksisserne.

"... tvang, det fylder jo i hverdagen, men på en eller anden måde bliver det meget normalt, altså det bliver lidt normalt for os. Det bliver integreret på en eller anden måde, ja det er bare endnu en dag på kontoret, så man tænker nok ikke så meget over det".

Selvbestemmelse versus behovet for regulering: I diskussionen om, hvordan magten forvaltes forsvarligt, indgår overvejelser om, hvordan personalet i videst muligt omfang kan interagere med patienterne på en måde, som 'normale mennesker', dvs. personer uden for de psykiatriske afsnit, interagerer med hinanden. På P4 er personalet fx opmærksomme på, at rygetider, rygeregler og kontrollen med patienternes cigaretter er et magtmiddel, som de ikke skal benytte mere end højest nødvendigt. Restriktionerne af rygetider opleves fx som uden for, hvad man kunne kalde "normal omgang med mennesker", men samtidig kan personalet se, at "der er en mening med galskaben", som en udtrykker det. At der er patienter, som har behov for denne struktur, og som ikke kan administrere almindelige friheder i hverdagen.

Det er en løbende diskussion, hvorledes personalet skal håndtere dilemmaet med patienternes kost og sundhed. På den ene side er de voksne mennesker og har ret til at spise, hvad de vil. På den anden side føler personalet, at de har et ansvar for patienternes sundhed. Dette diskuteres i forhold til kostpolitik, patienternes indkøb hos købmanden og patienter med spiseforstyrrelser. I retspsykiatrien er der vedtaget en kostpolitik, men det er opfattelsen på P3, at de er det eneste afsnit, der egentlig håndhæver den. Et andet dilemma er fx en patient, som bestiller 9 flasker Red Bull hos købmanden, og personalet drøfter, om det er en god idé, at en manisk patient drikker adskillige dåser i træk, og om de kan forbyde det eller ej.

Patienternes penge er et andet område, der skaber dilemmaer for personalet. For eksempel på V1, hvis en patient, der aldrig køber noget, ønsker at få hævet 1.000 kr., og personalet

frygter, at det kan være til interne pengeudlån eller køb af stoffer. På den anden side er det patienternes egne penge, og de har lov at hæve dem.

Tvangen og den gode relation: På V1 har målsætningen om at nedbringe tvang i psykiatrien præget arbejdet i afdelingen de sidste mange år. Der reflekteres meget over brugen af tvang i afsnittet, og personalet er meget fokuserede på, at man kun benytter tvang, når der ikke er andre veje. I de situationer, hvor det er nødvendigt at skride til tvangshandlinger, oplever personalet, at dette efterfølgende kan have betydning for relationen til patienten:

"... hvis der er tvangsmedicinering på daglig basis, fordi det er blevet ordineret af lægen, så skal der gives tvangsmedicin. Og patienten vil ikke have det, patienten tager det så til sidst, så har du ligesom lavet en skade i det forhold, der er. Så patienten har sine parader oppe, og personalet har sine parader oppe, og så er det ikke en rar situation. [...] Det kan komme til udtryk ved, at man bliver kort for hovedet, en lille smule afstumpet måde at tale på, ... fordi man til sidst siger fra".

"Jeg vil sige, at vi er blevet bedre. Eller det vi også har ændret på, det er ikke at blive i situationerne for længe. Altså hvis en patient siger skrid, og det er for svarligt at skride eller gå i den sammenhæng, man er i, jamen så trækker man sig og giver rum til patienten i stedet for at blive ved at være i situationen. For vi skal ikke vinde noget som personale, det er ikke det, vi er her for".

I forbindelse med, at en patient er i bælte, foregår der kommunikation mellem den faste vagt og patienten for at finde ud af, hvad der er bedst for patienten. Om denne skal have fuldstændig ro eller måske har lyst til at sidde og spille kort. Der foregår også en slags forhandling mellem patienten og lægen, om hvorvidt patienten lover at overholde aftaler om at tage sin medicin, at opføre sig ordentligt osv. En første "prøve" på, om patienten er til at lave aftaler med, er typisk, at bæltet løsnes for toiletbesøg. Det opleves som meget uværdigt at benytte et bækken, så patienterne får ofte lov at komme ud og selv gå på toilettet, og så gå stille og roligt tilbage til bæltet. Hvis patienten lover at opføre sig godt fra nu af, er der ikke længere belæg for at holde ham/hende i bælte.

At være en engageret professionel – ikke en engageret privatperson: Et af de områder i den daglige praksis, der jævnligt problematiseres i personalegruppen, er overinvolvering, dvs. hvis personalet udvikler følelser for en patient, der ligger udover det professionelle. Det kan være en beskyttertrang. En sådan adfærd, der ikke er fagligt begrundet, bliver ind imellem omtalt som "mor-agtig" opførsel, eller at patienten "kommer ind under huden på en". Det er noget, man er meget opmærksom på at undgå og påtaler, hvis man ser det hos kollegaer. Nogle gange bliver dette italesat som et skel mellem at være personlig og være privat (se også Grünenberg og Johansen 2013; Hochschild 1999; Martinsen og Wærness 1979; Vatne 2003; Petersen 2013). Det er i orden at være personlig i sit arbejde og bruge sig selv, men det er ikke i orden at være privat. At være privat vil sige, at man får etableret nogle relationer, der ligner relationer, som hører til i privatlivet – fx at være mor-agtig.

I personalegrupperne er man bevidst om, at man skal disciplinere sig i forhold til miljøet, miljøterapien og behandlingen, dvs. at der hele tiden skal holdes fast i en professionel distanceret tilgang til patienten, og at der skal være ensartet konsekvens i tilgangen. Derfor skal personalet være varsom med at tro, at man kan være sjov og jovial og få et godt forhold til patienterne. Man er også meget opmærksom på grænserne for fysisk kontakt, og

ofte rører man ikke ret meget ved hinanden. Det hører sammen med ambitionen om at opretholde et professionelt forhold til patienterne. På P4 har ikke altid været sådan:

"... der var en afdelingssygeplejerske før mig, der syntes, at det var alle tiders at gå og kramme patienterne. Og jeg kan forstå, at nogle af dem måske kan have brug for et kram, det skal bare ikke være af personalet. Det er ligesom det professionelle ryger lidt af".

Personalet fortæller, at patienterne er klar over, at det ikke er meningen, at de har fysisk kontakt med personalet, fordi det er noget, som bliver påtalt, hvis de overtræder det og fx griber en personales hånd.

Et andet aspekt af diskussionen om balanceringen af det professionelle og det private kommer frem i følgende eksempel. En af sygeplejerskerne benytter e-cigaretter ligesom nogle af patienterne. Hun har fået et par gode råd af en patient om, hvordan hun skal gøre, og en dag lånte han hende et mundstykke. Sammen med et par kolleger reflekterer hun over, om det er i orden at låne eller bytte sådanne dimser med patienterne, eller om det er at "købe" patienterne.

At se det ligeværdige menneske – og ikke kriminaliteten: Medarbejderne på P3 og P4 har det som en værdi at møde patienten som vedkommende er – her og nu – og ikke som den kriminelle handling, der har ført til, at patienten er på et retspsykiatrisk afsnit (se også Jacobsen 2006). Medarbejderne taler fx ikke meget om patienternes domme eller den kriminalitet, de har lavet, og forsøger at behandle dem med respekt uanset deres baggrund og domsforhold. Alligevel kan det ikke undgås, at det ind imellem bliver et samtaleemne personalet imellem. Det afstedkommer ofte refleksion over, om personalet egentlig er i stand til at behandle alle ens. Der blev udtrykt enighed om, at vold mod børn er en af de forbrydelser, de har sværest ved at "glemme", når de er sammen med patienterne.

At placere sig som ligeværdige med patienten: Ligesom medarbejderne er bevidste om deres placering i rummene i forhold til deres sikkerhed, er de det også i forhold til deres praktisering af et godt psykiatrisk arbejde. Det fremgår fx af en situation, hvor to kontaktpersoner drøfter dagens stuegang. En af patienterne blev liggende i sin seng, da lægen kom ind. Den ene kontaktperson spørger, om det var noget, patienten selv havde valgt, fordi han syntes, at det var uværdigt. Den anden forklarer, at de havde prøvet at vække patienten og få ham ud af fjerene længe, men han nægtede. Hun tolker det som hans måde at bestemme over eget liv.

Det etiske i forhold til patientens privat livets fred: Personalet på V1 oplever, at afsnittets placering gør det problematisk at sikre patienternes anonymitet. Der er frit udsyn til den lukkede gård fra Lungemedicinsk afdeling, der ligger på 1. sal. Det betyder, at gæster på de somatiske afdelinger kan stå og kigge lige ned i gårdhaven på patienter, der måske har en højtråbende adfærd. Det har man påtalt og bedt personalet henstille til diskretion.

Af andre eksempler på etiske refleksioner kan nævnes, at en af patienterne på P4 er i gang med at skrive en bog sammen med sin dansklærer, og at han gerne vil præsentere bogen på GodMorgen Danmark, når den er færdig. Personalet taler om dette ved en konference, og det drøftes, at dette indebærer en eksponering, som patienten måske ikke kan gennemskue. Bagefter kan det måske give patienten paranoia eller ubehag, at en million danskere har set vedkommende i tv.

6.4.4 Patient- og pårørendeinddragelse

Endelig er patient- og pårørendeinddragelse et element, som medarbejderne forholder sig til i deres arbejde. I den almene psykiatri tilstræbes det at involvere patienterne i deres behandlingsforløb, fx gennem deltagelse i behandlingskonference. Dette er ikke praksis på P3 og P4, hvor medarbejderne udtrykker, at patienterne er for syge til at kunne deltage i en faglig diskussion om deres behandling og forløb. På P4 tager kontaktpersonen en samtale med patienten inden konferencen for at høre patientens ønsker og holdninger. Disse fremlægges på konferencen, og evt. beslutninger vedrørende behandling og forløbet meddeles til patienten efterfølgende – enten af overlægen ved stuegang eller af kontaktpersonen.

På P4 holder man månedlige patient-personalemøder, hvor afsnittets ordensregler og dagligdag kan diskuteres. Det kan være tidspunkter for måltiderne, regler for om man skal stå op eller kan blive i sin seng mv. Det er her, at patienterne har mulighed for at komme med deres meninger om ordensreglerne og foreslå ændringer.

Retspsykiatrien sætter klare grænser for pårørendeinddragelse, fx begrænsninger i muligheden for besøg mv. På P3 skal gæster ansøge om besøgstilladelse, og de har ikke adgang til selve afsnittet og kan således ikke se patientens stue og de omgivelser, som han eller hun lever i til hverdag. På V1 må patienterne modtage besøg i afsnittet, men af hensyn til de andre patienters anonymitet skal besøg foregå på stuerne og ikke i fællesrummet.

Pårørende er altid velkomne til at ringe til afsnittene, og personalet er indstillet på og interesseret i at afholde pårørendesamtaler. Hvis patienten ikke har givet sit samtykke, må personalet dog ikke informere de pårørende om status vedrørende patientens sygdom og behandling, men gerne modtage information om den pågældende patient.

6.5 Opsamling

I kapitlet har vi identificeret en række vigtige relationer, der former afsnittene, og som medarbejderne var engagerede i. Det drejer sig om, hvad der kan kategoriseres som følgende emner:

1. Ledelse og inddragelse, hvor vi beskriver:
 - a. Hvordan ledelsen er organiseret
 - b. Hvordan ledelsen og personalegruppen kommunikerer, og viden herved deles
2. Samarbejde og kollegaer, hvor vi beskriver:
 - a. Medarbejdernes overvejelser om formålet med og tilgangen til det psykiatriske arbejde
 - b. At sammensætningen af medarbejdernes faglighed kan have betydning for deres kollegiale relation
 - c. Betydningen for medarbejderne af, at kende deres kollegaer godt
 - d. Hvordan samarbejdet med kollegaer, der ikke har samme opgaver som én selv, kan være forbundet med gnidninger. Fx samarbejdet mellem de tværfaglige medarbejdere og plejepersonalet
3. Sociale relationer mellem medarbejderne, hvor vi beskriver:
 - a. Hvordan personalestuen fungerer som arena for praktiseringen af et godt kollegialt fællesskab
 - b. Hvordan medarbejderne tillægger tonen i kommunikationen med deres kollegaer betydning

4. Relationen til patienterne, hvor vi beskriver:
 - a. At det at patienterne ikke selv har valgt at være patienter i afsnittet har betydning, når medarbejderne skal opbygge en relation til patienterne
 - b. Det særlige forhold, at patienter kan være i isolation
 - c. Patienternes forhold til lægen
 - d. Kontaktpersonens ansvar for kontaktpatienten
 - e. Hverdagens aktiviteter, hvor medarbejdere og patienter interagerer
 - f. Hvordan korrigerende opfattes som et redskab til rehabilitering
 - g. Hvordan afsnittene er opdelt i medarbejder- og patientområder, og hvordan det praktiseres
 - h. Hvordan medarbejdernes fysik spiller en rolle
5. Kommunikation og sprogbrug, hvor vi beskriver:
 - a. En grundlæggende værdi om, at tonen i kommunikationen skal være god
 - b. Værdien om, at medarbejderne skal kommunikere venligt og imødekommende
 - c. Hvordan medarbejderne anvender kommunikationen som et redskab til at skabe erkendelse hos patienten
 - d. Værdien om, at medarbejderne skal værne om patienternes integritet i deres kommunikation
6. Etik og refleksion over egen praksis, hvor vi beskriver:
 - a. Hvordan der finder en diskussion sted om, at det diskuteres nok, hvordan medarbejdernes større magt skal forvaltes
 - b. Hvordan medarbejderne skal balancere, at patienterne skal have selvbestemmelse, men også har behov for at blive reguleret
 - c. Hvordan den gode relation opretholdes i tvangssituationer
 - d. Hvordan man som medarbejder er en engageret professionel, men ikke engagerer sig i en privat relation
 - e. Værdien i at se det ligeværdige menneske og ikke det kriminelle menneske
 - f. Hvordan medarbejderne kan placere sig som ligeværdige i interaktionen med patienten
 - g. Det etiske i forhold til at sikre patientens integritet
7. Pårørende inddragelse, hvor vi beskriver rammerne for og praksis med at inddrage patienter og pårørende.

Alle disse forhold former hverdagen i afsnittene. De former samtaler mellem medarbejdere, mellem medarbejdere og ledere og mellem medarbejdere og patienter – og nogle gange pårørende. De former interaktioner mellem dem alle, og de former den måde, som det psykiatriske arbejde praktiseres på i hverdagen. Derfor former disse aspekter, sammen med arbejdsgangene beskrevet i kapitel 4, den måde, som afsnittene fungerer på – og dermed det psykiatriske arbejde, der leveres.

På alle tre afsnit er de mange forskellige relationer vigtige, og ovenstående gennemgang af en række forskellige relationer kan genfindes på alle tre sengeafsnit. Når der er så mange relationer til stede, kan det være fristende at spørge, hvilke relationer der så er vigtigst, og som personalet bør prioritere. Man kan godt ind imellem få en oplevelse af, at relationen til kollegaerne er en skarp konkurrent til relationen til patienterne, og at en del af de tiltag, der gøres fra ledelsesside – også i forbindelse med det nye sygehus – handler om at tvinge personalet til at prioritere relationen til patienterne over relationen til kollegaerne. Det er dog vigtigt at være opmærksom på, at når personalet oplever relationen til kollegaerne som meget vigtig, skyldes det bl.a., at man i konfliktsituationer er fysisk afhængig af sin kollega, og relationen til kollegaerne kommer derfor også til at handle om sikkerhed.

7 Kultur i de ambulante enheder

I dette kapitel beskrives centrale kulturelle elementer i de to ambulante enheder baseret på observationer og interview med personale. Som tidligere nævnt er det indsamlede materiale om de ambulante enheder af flere årsager ikke så omfattende som det fra sengeafsnitene. Det reflekteres i kapitlet her, som er kortere og mindre fyldestgørende end det forrige kapitel.

7.1 Ledelse

I Distriktpsychiatrien er der en organisatorisk struktur med en teamledelse, som dækker to afsnit – Distriktpsychiatrien i Slagelse og åbent afsnit i Dianalund – som er fysisk adskilte, hvilket giver udfordringer i hverdagen. Dels skal teamledelsen dele arbejdstiden mellem de to matrikler, og dels oplever medarbejderne til tider ledelsen som fraværende, fordi den ikke er permanent fysisk tilstede. Sekretærerne kan ind imellem føle sig lidt overset af teamledelsen, som de oplever, har mest fokus på de behandlingsmæssige udfordringer. Så selvom sekretærerne er en del af gruppen i enheden, er med til møder mv., oplever de, at teamledelsen ikke er så opsøgende over for dem og deres daglige problemer.

Samme problemstilling gør sig gældende for den øverste ledelse for Psykiatrien Vest, som fysisk sidder et andet sted, og som i dagligdagen opleves som fjern. Personalet oplever, at den overordnede ledelse kommer med pålæg, men fordi ledelsen ikke er tæt på og kan observere, hvorledes pålæggene implementeres i virkeligheden, er det svært for medarbejderne at få kommunikeret de udfordringer, som disse måtte medføre.

"Der har været en stor ledelseskulturel ændring fra en flad ledelsesstruktur, hvor ingen rigtig gad at være leder, til en mere hierarkisk struktur, hvor ledelsen sidder væk fra den daglige gang i afsnittet. (...) Den allerøverste ledelse er meget usynlig, og der ledes efter andre processer, mere firkantede pålæg fra oven, og ikke den nære dialog om, hvordan det bedst tilrettelægges".

Ledelsen for Klinik for traumatiserede flygtninge sidder fysisk placeret i Vordingborg, og derfor oplever personalet, at de i dagligdagen må tage mange beslutninger selv. Det fungerer fint for de af personalet, der sætter pris på at arbejde selvstændigt, men andre efterlyser en lidt klarere ledelsesstruktur og retningslinjer for, hvordan arbejdet i klinikken skal foregå.

"... der skal være faste retningslinjer for, hvordan vi gør. Det skaber lidt uro i personalet. Hvis vi kan få lidt mere klar besked, kunne det være bedre".

7.2 Samarbejde og kollegaer

Medarbejdergruppen i Distriktpsychiatrien opfatter sig selv som karakteriseret ved stor erfaring og kontinuitet. Der beskrives fra flere steder et godt og tæt kollegialt sammenhold, et solidt tværfagligt samarbejde og respekt for hinandens opgaver og fagligheder. Man har nem adgang til hinanden og stor tryghed i gruppen til at spørge kolleger om råd eller hjælp. I snart mange år har dagligdagen været præget af udfordringen med at rekruttere læger, og derfor har de erfarne sygeplejersker i afdelingen overtaget flere og flere opgaver,

som tidligere blev varetaget af læger. Sygeplejerskerne i Distriktpsychiatrien er således vant til at arbejde meget selvstændigt.

På Klinik for traumatiserede flygtninge er man en lille personalegruppe, der arbejder tværfagligt med fokus både på kroppen, psyken og medicinsk behandling. Alle patienter ses af alle behandlere, og de har fælles drøftelser af behandlingsplaner mv. Der er en god og ordentlig tone imellem faggrupperne og stor respekt for hinandens faglighed. Alle patienterne lider af PTSD, og det kan være et psykisk belastende arbejdsmiljø, fordi behandlerne skal lytte til og rumme patienternes traumatiske oplevelser. Personalets oplevelse er, at man skal være erfaren og godt klædt på for at kunne håndtere og rumme patienternes historier. Personalet bruger hinanden meget i det daglige arbejde; de vender patienternes komplekse problemstillinger med hinanden og sparrer i pauserne imellem patientsamtalerne. Medarbejdernes behov for dette er dog større. De efterspørger et forum for supervision eller debriefing for personalet, fx et ugentligt møde, hvor der er sat tid af til at få snakket om oplevelserne med patienterne – om den belastning det er at skulle rumme deres traumer, angst og paranoia.

7.3 Sociale relationer mellem medarbejderne

I Distriktpsychiatrien arbejder behandlerne meget selvstændigt med samtaler og konsultationer det meste af dagen. Der er en frokoststue, hvor personalet prioriterer at mødes enten ved formiddagskaffen eller i forbindelse med frokosten. Formiddagskaffen er et fast ritual, som medarbejderne er glade for. Her mødes medarbejderne kort, tager sig en kop kaffe og sludrer med sine kolleger på kryds og tværs om private såvel som faglige ting i en god tone og en afslappet stemning.

I Klinik for traumatiserede flygtninge mødes medarbejderne, når de om morgenen kommer ind hos sekretæren, der møder kl. 07.30. Her vender de lige dagen og udveksler både private og arbejdsmæssige informationer, afbud, aflysninger og nye bookninger. Til frokost mødes alle i møderummet i stueetagen. Der er en god og uformel tone, og der tales både om faglige og private emner.

7.4 Relationen til patienterne

7.4.1 Interaktionen mellem patienter og medarbejdere

På Klinik for traumatiserede flygtninge handler det meget om at få opbygget en god kontakt til patienterne og få dem til at føle sig trygge på klinikken. Nogle har fordomme om psykiatrien og er bange for at blive kategoriseret som sindssyge. Personalet er opmærksomme på at være fleksible og tilpasse sig patienternes situation og behov. For eksempel hvis en patient får det dårligt under en samtale, er klaustrofobisk over for små rum eller andet, er man åbne for at henlægge samtalerne til en gåtur ved stranden. Man følger gerne patienterne ud til taxaen, hvis de har fået det dårligt, og er generelt utrolig serviceminded og opmærksomme på patienternes særlige behov.

I Distriktpsychiatrien er nogle af patienterne tilknyttet i mange år, mens andre kun går i behandling i en kortere periode. For sygeplejerskerne er samtalen med patienterne helt central i behandlingen, der i høj grad handler om relationsarbejde, om at lære patienterne at kende og hjælpe dem med at løse helt dagligdags udfordringer. Sygeplejerskerne varetager mange af patientsamtalerne, og de kan fx handle om, hvordan det er gået siden sidst

i forhold til kost, motion, døgnrytme og forholdet til familien. De trækker både på kognitive principper, jeg-støttende sygepleje og miljøterapi.

"Nogle gange er det ikke så farligt at sige ting til en sygeplejerske. Hende kan man godt... fordi hun er sådan mere på lige fod i forhold til, hvis du skal ind og snakke med en læge eller en psykolog, fordi de svæver, i patienternes øjne, tit lidt mere over vandene, og der siger man måske ikke de samme ting, som man gør til os andre".

For psykologerne handler den terapeutiske relation til patienterne om at søge at skabe en behandlingsalliance igennem at lytte, spejle og validere det, patienten fortæller. Det er centralt for den måde, der arbejdes på, at give patienten en følelse af at blive hørt og forstået og mødt af empati for at opbygge en behandlingsalliance. Det er ligeledes vigtigt at give patienterne redskaber til at håndtere deres sygdom og udfordringer, så de føler, at de, som psykologen formulerer det, "får noget med hjem" fra sessionerne.

Konsultationerne i de ambulante enheder er overvejende centreret om, at lægen eller sygeplejersken spørger patienten, hvordan det går og ud fra svarene tager stilling til evt. ændringer i medicinen. Da personalets muligheder for at observere patienten er begrænsede – undtagen ved hjemmebesøg, tillægges patientens egne beskrivelser stor betydning. Generelt udviser lægerne stor opmærksomhed over for udskrivning af de præparater, der kan skabe afhængighed, og dem der er salgbare på det sorte marked.

7.4.2 Kommunikation og sprogbrug

Sekretærerne er enhedernes ansigt udadtil og er derfor bevidste om at ville yde en god kommunikation. Det er dem, der besvarer opkald fra patienter og andre, og er deres vej indtil behandlerne. Sekretærerne er bevidste om at yde en god og professionel service og forsøger at løse patienternes problem eller hjælpe dem videre. Holdningen er, at patienterne kommer i første række, og man er meget bevidst om, at de grundet deres sygdom nogle gange kan optræde utålmodigt eller blive lidt grove i sproget. Der noteres i journalen, hvad patienten har ringet om, og hvad der er blevet aftalt.

Personalet er generelt opmærksom på deres sprogbrug, ikke mindst når de laver journal-diktater, som kan læses af patienten via e-journal. Sekretærerne, som lytter mange af journaldiktaterne igennem, oplever generelt, at medarbejderne er meget noble i deres sprogbrug.

7.4.3 Etik og refleksioner over egen praksis

Personalet har løbende etiske overvejelser og reflekterer på forskellig vis over egen praksis. Et eksempel fra distriktspsykiatrien drejer sig om at håndtere mødet med dårlige eller opkørte patienter. Der er en opfattelse blandt personalet om, at den tilgang, man vælger, har stor betydning for, hvorvidt konflikter eskaleres eller kan undgås.

"I de 26 år jeg har arbejdet i psykiatrien, der har jeg aldrig følt mig truet. Og jeg har da været sammen med masser af rigtig dårlige patienter... det handler også rigtig meget om den tilgang, man har til patienterne, og respektfuldhed, noget med at kunne mærke, om en patient har det dårligt, så de ikke magter kontakten, og noget med ikke at eskalere konflikter. Der er lige præcis tre måder, du kan vælge. Om du bare har den der laissez-faire, eller du trapper op, eller du prøver at korrigere sådan med lidt følelse".

7.4.4 Patient- og pårørendeinddragelse

Når der lægges en behandlingsplan for en patient i Distriktpsychiatrien, forsøger man så vidt muligt at gøre det i dialog med patienten selv og med evt. pårørende eller kontaktpersoner. Hvis man påtænker at afprøve et bestemt præparat kan det fx være, at patienten kan bidrage med vigtige oplysninger fra tidligere oplevelser med dette og sige, at det virkede sådan og sådan. Patienterne bliver løbende opfordret til at tage deres pårørende eller evt. kontaktpersoner på bosteder med til samtaler og konsultationer, hvilket en del også gør.

På Klinik for traumatiserede flygtninge er samarbejdet med pårørende højt prioriteret. Med den historik patienter har, kan de pårørende ofte bidrage med nyttig information om den aktuelle situation, patientens livshistorie og hidtidige sygdomsforløb. Samarbejdet med de pårørende bygger på et samtykke fra patienten og med respekt for tavshedspligten. I de tilfælde, hvor patienten ikke giver sit samtykke til information til de pårørende, tilbydes de pårørende generel information/undervisning/vejledning om sygdom, medicin og behandling.

7.5 Opsamling

I kapitlet har vi gennemgået en række forhold, som former hverdagen i afsnittene. Det drejer sig om:

1. Ledelse i afsnittene, hvor det beskrives, at:
 - a. Ledelsen kan opleves fjern, og personalegrupperne er vant til at arbejde meget selvstændigt
2. Samarbejde og kollegaer, hvor det beskrives, at:
 - a. Selvom medarbejderne er vant til at arbejde meget selvstændigt, så bruger de hinanden aktivt som sparringspartnere
 - b. Arbejdet i enheden i høj grad finder sted på hver enkelt medarbejders kontor eller i patienternes hjem, og de derfor ikke er synlige for hinanden, mens de arbejder med patienter
3. Sociale relationer mellem medarbejderne, hvor det beskrives, at:
 - a. Medarbejderne oplever at have et godt og støttende kollegialt fællesskab
4. Interaktionen mellem patienterne og medarbejderne, hvor det beskrives, at:
 - a. Medarbejderne har langvarige relationer med patienterne
 - b. Medarbejderne fokuserer på, at patienterne skal være trygge
 - c. Medarbejderne fokuserer på, at medarbejderne skal have 'noget med hjem' fra deres møder med medarbejderne
5. Kommunikation og sprogbrug, hvor det beskrives, at:
 - a. Der er fokus på, at der skal kommunikeres venligt og imødekommende til patienterne
 - b. Det er en værdi, at patienterne kommer i første række
6. Etik og refleksioner over egen praksis, hvor det beskrives, at:
 - a. Medarbejdernes høje faglighed er essentiel i samarbejdet med patienterne og for at undgå konflikter
7. Patient- og pårørendeinddragelse, hvor det beskrives, at:
 - a. Det er en højt prioriteret værdi i det psykiatriske arbejde.

Som vi kunne konkludere i opsamlingen til kapitel 6, så former disse forhold hverdagen i de ambulante enheder. De former samtaler mellem medarbejdere, mellem medarbejdere og ledere og mellem medarbejdere, patienter og pårørende. De former interaktioner mellem dem alle, og det former den måde, som det psykiatriske arbejde praktiseres på i hverdagen. Derfor former disse aspekter sammen med arbejdsgangene beskrevet i kapitel 5 den måde, som afsnittene fungerer på – og dermed det psykiatriske arbejde, der leveres.

Karakteristisk for kulturen i de ambulante enheder er, at behandlerne sidder alene på deres respektive kontorer og afholder samtaler eller konsultationer med patienterne det meste af dagen. Der er således ikke en række løbende interaktioner personalet imellem, som vi så det på sengeafsnittene. Som modvægt til disse 'ensomme' samtaler fremhæver alle vigtigheden af fælles faglige udvekslinger ved morgenmøder og konferencer – ikke mindst nogenlunde faste rammer om det sociale samvær, fx ved en fælles formiddagskaffepause. Da interaktionen med patienterne i langt højere grad er skemalagt, er der ikke samme 'konkurrence' fra kollegaerne i relation til patienterne, som vi så det på sengeafsnittene. Det betyder dog ikke, at relationen til kollegaerne ikke er vigtig – også her er spørgsmålet om den individuelle sikkerhed knyttet op til relationen med kollegaerne. Det er formentlig i dette perspektiv, at den store betydning, som møderne får, skal forstås. Og dermed også bekymringen for, hvordan dette bliver i forbindelse med flytningen til det nye sygehus.

8 Det nye sygehus

I det følgende gives en beskrivelse af, hvorledes personalet i de fem enheder/afsnit forholder sig til det nye sygehus: dels hvilke bekymringer de giver udtryk for, og dels hvilke forventninger de har. Der vil i afsnittet også blive set på medarbejderinddragelse, medarbejdernes ønsker til den nye arbejdsplads og muligheder for kompetenceudvikling. Vi følger strukturen fra de foregående kapitler og behandler de tre sengeafsnit under ét og de to ambulante enheder under ét. Det er vigtigt at understrege, at disse beskrivelser er øjebliksbilleder eller "temperaturmålinger", der beskriver personalets holdning til det nye sygehus på det tidspunkt, hvor undersøgelsen blev lavet (oktober 2013). Personalets bekymringer og forventninger kan forandre sig løbende, i takt med at selve flytningen kommer nærmere, og de får mere konkret viden om deres nye arbejdsplads.

8.1 Sengeafsnit

8.1.1 Forbehold

De vigtigste forbehold og bekymringer hos personalet i sengeafsnittene fordeler sig på flere forskellige områder. Områderne er vidt forskellige og spænder fra personale- og ledelsesmæssige forhold, sikkerhed, mulighederne for fiksering af patienterne på det nye sygehus og til afstand til arbejdet.

På P4 var det en central bekymring hos dele af personalegruppen, om man ville blive splittet ved flytningen. Udsigten til at skulle skilles fra gamle kolleger skaber hos nogen både stor modstand mod det nye sygehus, utilfredshed og stor utryghed. Som beskrevet tidligere kan der være usikkerhed forbundet med en ny personalegruppe. Det enkelte personalemedlem kan være usikker på, hvordan nye og måske mindre erfarne kollegaer reagerer, fx i en situation med en udadreagerende patient eller ved alarmløb til et andet afsnit. Lige præcis denne bekymring hos medarbejderne på P4 er senere blevet imødekommet, og det er fra ledelsesside blevet lovet, at personalegruppen kan blive sammen i det nye.

I den del af retspsykiatrien, der tidligere har trukket på Sikringens mandenormering ved alarm, ser medarbejderne det som en mulig sikkerhedsmæssig risiko at skulle undvære disse medarbejdere og i stedet løbe alarm for hinanden. Her har Sikringens store fokus på sikkerhed og erfaring med håndtering af udadreagerende patienter spillet en betryggende rolle for den øvrige retspsykiatri.

For V1, der skal til at foretage bæltefiksering i særlige rum uden for afdelingen, ser flere denne ændring som et muligt etisk og praktisk problem – et praktisk problem, fordi det kræver op til seks personer at bære en stærkt psykotisk person ud af døren og ind i et andet rum. Alternativet kan være, at man fastholder patienten på gulvet inde i afsnittet, giver beroligende injektion og venter, til patienten er rolig, inden man flytter vedkommende. Denne måde at gribe det an på ses dog som etisk krænkende over for patienten. Man forestiller sig, at det kan virke voldsomt på de andre patienter og deres evt. pårørende at se en anden patient blive "slæbt af sted", og at det kan skabe uheldige forestillinger om, hvad der egentlig foregår ved en tvangshandling.

På P4 skal man til at fikse patienterne deres egne stuer i stedet for som hidtil på en dertil indrettet 0-stimuli stue i et skærmet område. Det betyder rent praktisk, at bælteerne ikke ligger klar, men først skal monteres på patientens seng, og at patientstuen først skal ryddes for stimuli. Der er generelt utilfredshed med, at fiksering skal foregå i patientens egen

stue, som burde være et roligt og sikkert sted for patienten. Alt i alt forestiller man sig, at det bliver mere langsomt og omstændeligt at foretage en tvangsfiksering.

Disse forbehold hos personalet peger på en bekymring i forhold til, at den normale praksis vedrørende tvang udfordres og skal ændres. Personalet oplever selv, at de bruger den tvang, der er nødvendig for at sikre deres egen og patienternes sikkerhed og patienternes behandling, men ikke mere end det. Og når arkitekturen så ændrer ved dette, udfordres ikke alene den konkrete brug af tvang, men også mere overordnet personalets opfattelse af sikkerhed og behandling.

Arkitekturen med den megen brug af glas, frit udsyn og store fællesarealer mødes også med forbeholdet, at det nemt kan blive meget upersonligt. Der er en bekymring for, at indretning og materialevalg kan have en negativ effekt på fx meget paranoide patienter, der foretrækker at kunne gemme sig, sidde i en stille krog eller holde deres patientstue i delvis mørke. Der er også en frygt for, at spejlinger i glasset om aftenen kan skabe øget uro og paranoia hos patienterne⁶.

Et andet aspekt af den megen brug af glas i afsnittene er tanken om, at personalet af tryghedsmæssige årsager til enhver tid skal være synlig for patienterne. Forbeholdet her er, at man undertiden har brug for et sted, hvor man kan være sig selv i 15 eller 20 minutter for at hvile hovedet. Et andet forbehold er, at patienterne vil være publikum, når personalet sidder i personalestuen og fjoller med hinanden, lægger alle de svære ting af til kollegerne, måske græder efter en særlig oprivende episode eller skriver om patienterne – at glasset dermed kommer til at udstille personalet i mere private roller.

Selvom der ikke på alle afsnit er lige stor tilfredshed med de fysiske rammer, er der dog en fælles erfaring med, hvordan disse rammer virker. Og der er en bekymring om, hvorvidt de nye rammer tager tilstrækkeligt hensyn til psykisk syge mennesker, eller primært er skabt af æstetiske eller politiske årsager.

Kontorforholdene giver også anledning til forbehold, særligt fra lægerne side – dels over for storrumskontorerne, hvor man er bekymret for støj, afbrydelser og manglende koncentration, dels over for det system, hvor man skal booke et samtalerum. Det lader til, at det, at man ikke har sit eget kontor, er ret grænseoverskridende for lægerne.

Endelig er der det nye krav om brug af uniform eller arbejdsdragt, som man ser som udtryk for en gammeldags måde at tænke på, der kan gå udover relationsarbejdet og peger tilbage på den gammeldags institutionspsykiatri med meget markerede skel mellem personale og patienter (Goffman 1967). Og som derudover kræver særskilte faciliteter til omklædning.

8.1.2 Forventninger

Generelt er der store forventninger til at skulle flytte over i noget nyt. Der bliver mere plads, bedre og rummelige fysiske rammer, tidssvarende værelser med eget bad og toilet, fjernsyn på stuen, flere og bedre besøgsrum, mulighed for flere og nye aktiviteter osv. "*Det bliver bedre i Slagelse*", som vi har hørt en del personale sige. Derudover ser man nye muligheder for at præge både kulturen og behandlingen. Personalet nævner bl.a. forventninger om:

⁶ Dette søges imødegået ved, at der er lys uden for, når det bliver mørkt, men er ikke desto mindre en bekymring hos personalet.

- at man i retspsykiatrien opsplitter personalegrupperne og laver en ny enhed med fire afsnit, giver for første gang i 100 år ledelsen mulighed for effektivt at præge normer og kultur og skabe et nyt fællesskab
- at de nye integrerede afsnit for V1s patientgruppes vedkommende giver mulighed for at fordele de akut dårlige patienter ud på flere afsnit, så de enkelte afsnit bliver mere rolige, og personalet derved kan koncentrere sig mere om den enkelte dårlige patient. Der er også en forventning om, at de nye integrerede afdelinger vil give mere ro om patienten og patientforløbet. De kan være på samme afdeling, fra de bliver indlagt, til de bliver udskrevet. Forløbene bliver mere kontinuerlige, så man kan lave meget mere med patienterne i alle sammenhænge. Og når patienten bliver det samme sted fra start til slut, giver det mulighed for bedre og mere helhedsorienterede plejeforløb
- at større dele af personalegruppen vil få mulighed for at arbejde med et bredere spektrum af patienter og ikke kun med de tunge kroniske patienter, der kan give et ret negativt perspektiv på patienter med psykisk sygdom og deres mulighed for at komme sig
- at der et køkken, giver mulighed for en pædagogisk indsats i forhold til ADL-træning⁷
- at haverne aktivt kan indgå i behandlingen som køkkenhave, sansehave eller en ergoterapihave
- at der generelt vil være bedre muligheder for aktiviteter, som vil have betydning for patienternes adfærd og mulighed for at komme sig
- at det giver mulighed for tværfagligt samarbejde, så der bliver en mere holistisk tilgang til behandlingen, så det bliver mindre opbevaring og mere behandling rettet mod hjælp til styr over eget liv (recovery). I det hele taget forventer man et fagligt løft ved flytningen
- at fordi det nye sygehus ligger tæt op af det somatiske sygehus, hvilket skulle give mulighed for et tæt samarbejde om patienterne, der ofte også har somatiske sygdomme
- at de nye personalerum med den megen glas giver mulighed for at følge med i, hvad der foregår ude i miljøet og er med til at gøre helhedsindtrykket mere lyst og åbent.

Med hensyn til kompetenceudvikling peges der på en generel uddannelse i benyttelse af den nye teknologi, der indføres i det nye sygehus. I forbindelse med de integrerede afsnit og længere patientforløb efterspørges der uddannelse i kognitiv adfærdsterapi og gerne en recovery-tilgang til arbejdet (se fx Jensen 2004), der som nævnt kan være langt væk for personale, som primært har arbejdet med de dårligste og mest kroniske patienter.

De ønsker og spørgsmål, som medarbejderne rejser, er for en stor dels vedkommende af meget lavpraktisk karakter. Det drejer sig om, hvordan det nye sted indrettes, hvilke arbejdstider der bliver, længden på vagterne og en mulighed for at følge byggeriet. Medens det fra ledelsen mere spørges til:

"Altså, hvordan skal samarbejdet være dernede, og hvem skal vi samarbejde med? Og man kunne tænke sig mange ledelseslag, man kunne tænke sig afdelingsledelsen, og man kunne tænke sig den kliniske oversygeplejerske, og man kunne tænke sig teamleder på hvert afsnit, afdelingssygeplejerske på hver afdeling, man kunne tænke sig færre afdelingssygeplejersker og så nogle stuechefer, jamen alt er jo i spil. Hvad skal med og arbejde under, hvordan skal det se ud, hvordan, hvad er det for noget?"

⁷ Træning i borgernes daglige færdigheder.

8.1.3 Medarbejderinddragelse

På sengeafsnittene føler personalet sig mindre inddraget, end det er tilfældet i de ambulante afsnit. Selvom de anerkender, at enkelte repræsentanter har været inddraget i forskellige grupper om indretning, sikkerhed, inventar o.l., er det generelle billede en fornemmelse af at være for lidt inddraget i processen, fordi det kun var et fåtal, der var med i de forskellige arbejdsgrupper, og fordi arbejdsgrupperne først kom i gang, da de største (arkitektoniske) beslutninger var truffet. Derfor har man også en bekymring for, om medarbejdernes arbejdsvilkår – herunder ikke mindst sikkerhed – er blevet ordentligt varetaget og repræsenteret af nogen, der virkelig kender til arbejdet på de psykiatriske enheder.

På ledelsessiden er der tilfredshed med medarbejderinddragelsen:

"Det synes jeg helt klart, jeg er (inddraget i processen). Altså, jeg er måske ikke lige blevet inddraget i processen om udformningen af hospitalet, men jeg er blevet inddraget i processen omkring det med arbejdsforholdene... Men nej, det føler jeg helt klart, at der er rig mulighed for (at deltage i arbejdsgrupperne), hvis man gerne vil".

8.1.4 Opsamling vedrørende sengeafsnit

Forbeholdene for personalet i sengeafsnittene fordeler sig på meget forskellige områder lige fra ledelses- og personalemæssige forhold til sikkerhed, fiksering og afstand til arbejdet.

Et område, der fylder meget, er det forhold, at personalet ikke kan garanteres at blive overflyttet som en samlet gruppe til det nye sygehus, men i stedet af organisatoriske og behandlingsmæssige årsager risikerer at blive fordelt på en ny måde. Personalet frygter, at dette kan gå ud over dels sikkerheden, dels behandlingen af vanskelige patienter, da personalet mener, at dette kræver en velfungerende og sammentømret personalegruppe.

At man ikke længere kan trække på Sikringens mandenormering i tilfælde af alarm og fiksering uden for eget sengeafsnit ses for normeringens vedkommende som en sikkerhedsrisiko og for fikseringen som både et etisk og praktisk problem.

Arkitekturen med den megen brug af glas og stål mødes også med forbehold. Der er en bekymring for, at den store gennemsigtighed kan have negative effekter på behandlingen, kan afskære personalet fra at tage en kort "timeout" i fred og ro, og at personalet mister det rum, hvor de agerer med hinanden på det sociale niveau, skriver om patienterne og lægger de svære ting af på kollegerne. Et andet synspunkt på denne sag er, at de nye personale rum giver mulighed for at følge med i, hvad der rører sig ude i miljøet, og er medvirkende til at skabe et lyst og åbent helhedsindtryk.

Kontorerne og bookingsystemet giver også anledning til de samme bekymringer som hos de ambulante afsnit (se videre under de ambulante enheder).

Der er store forventninger til flytningen over i det nye sygehus; der bliver mere plads, det bliver mere tidssvarende med hensyn til værelser, mulighed for nye og flere aktiviteter.

Med de nye integrerede afsnit er der en forventning om, at der bliver mere ro om patienten, så man kan lave mere helhedsorienterede og kontinuerlige forløb.

Der er en forventning om, at køkken og haver vil give større og bedre muligheder for ADL-træning. Personalet forventer et kvalitativt løft med de muligheder, der viser sig i det nye sygehus. Med hensyn til kompetenceudvikling peger de på opkvalificering i ny teknologi, uddannelse i kognitiv adfærdsterapi og gerne indførelse af en recovery-tilgang til arbejdet.

På sengeafsnittene er der en fornemmelse af, at personalet har været for lidt inddraget i processen, fordi alt for få har været med i de forskellige arbejdsgrupper, og der i de fleste tilfælde har været sparsomme tilbagemeldinger fra møderne. På ledelsessiden er der tilfredshed med medarbejderinddragelsen.

8.2 Ambulante enheder

8.2.1 Forbehold

Den største fælles bekymring for hele personalegruppen er, at de i det nye sygehus vil komme til at sidde i åbne kontorlandskaber.

Bekymringen er, at fælleskontorer giver dårligere arbejdsmiljø, flere forstyrrelser, afbrydelser mv. De frygter for støj, uro, afbrydelser osv. En stor del af kontortiden går med at lave telefonopkald til samarbejdspartnere (kommune, praktiserende læger, hjemmesygeplejersker mv.). Diktering i mikrofon er også en væsentlig arbejdsopgave, og det er meget forstyrrende, hvis andre taler udenom én. Personalet fortæller, at de har opponeret imod denne plan.

Ud over fælleskontorerne vil der blive etableret samtalerum, der kan bookes i forbindelse med patientsamtaler. Personalet forudser mange praktiske udfordringer, bl.a. at det vil være:

- omstændeligt at skulle booke rum til patientsamtaler, da der vil skabes flaskehalse, hvis alle, der er på arbejde, skal bruge lokaler samtidig
- ufleksibelt, fx hvis en patientsamtale trækker ud, og der står en anden og venter på lokalet
- besværligt, at man skal bære rundt på sine personlige ting som bøger, materialer til uddeling osv.
- langsommeligt, hvis der er fælles computere i rummene, som skal opdatere mv., hver gang man logger på
- irriterende, at man – hvis man skal drøfte noget med en kollega – så må gå ud af fælleskontoret og finde et rum at være i
- uoverskueligt at lokalisere medarbejderne, hvis de ikke har et fast kontor, og man skal lede efter dem
- udfordrende for nogle patienter at skifte rum, hver gang de er til samtale, fordi de af tryghedsmæssige grunde foretrækker faste, genkendelige rum og rutiner.

8.2.2 Forventninger

Af positive forventninger til flytningen over i det nye sygehus kan nævnes forventninger eller forhåbninger om, at:

- en større nærhed til sengeafdelingen vil gøre samarbejdet nemmere og tættere
- der vil blive mere tværfagligt samarbejde
- det bliver mere patientvenligt end de nuværende lidt slidte og triste rammer
- der kommer nye muligheder for at benytte musik, sanserum, sansehave og lækre lokaler
- der kommer grupperum med plads til et stort rundt bord, kæmpe whiteboard-tavler og kamera i loftet til at optage sessioner og efterfølgende lave supervision

- det vil skabe mulighed for, at alle i afdelingen kan få et kompetenceløft gennem fx studiebesøg hos andre, kurser osv.
- der vil være stordriftsfordele i forhold til kompetenceudvikling, undervisningen af personale, udviklingsprojekter, afholdelse af psykoedukation mv.
- fælleskontorerne fx kan give distriktssygeplejerskerne, der sidder med mange individuelle opgaver, et fagligt fællesskab, hvor de kan sparre i det daglige arbejde
- etableringen af studiemiljø vil give nye muligheder for faglig læring
- flytningen alene på grund af størrelsen af den samlede enhed og placeringen tæt op af et somatisk sygehus vil bevirke et fagligt løft, der vil tiltrække læger udefra.

Med hensyn til kompetenceudviklingen i forbindelse med flytningen og ibrugtagelsen af det nye sygehus peges der i sekretærgruppen på, at sekretærerne generelt ikke er opdaterede på it-kompetencer i forhold til de almindelige programmer såsom Word og Excel. De kender de særlige programmer, der arbejdes i Opus osv., men har behov for efteruddannelse. Der vil uden tvivl være behov for kompetenceudvikling bredt inden for brugen af den nye teknologi, der indføres. Et andet område, der fra personalegruppen mere bredt peges på i forbindelse med kompetenceudviklingen, er en generel genopfriskning af de psykofysiske kurser, dvs. hvorledes man håndterer de voldelige og urolige patienter.

For de ambulante afsnit understreger man, at det er vigtigt, at det nye sted er nemt at finde, og at der er direkte adgang fra gaden dertil, fordi patienterne ofte er angste og paranoide og derfor vanskeligt kan bevæge sig mellem mange mennesker. Tryghed, ro og genkendelighed er vigtige faktorer. Det er også vigtigt, at Klinik for traumatiserede flygtninge placeres langt fra fx skadestuen, hvor man ofte ser politi og blå blink, der kan minde patienterne om tidligere traumer. Det er karakteristisk, at personalet er meget opmærksomt på patienternes sårbarhed.

8.2.3 Medarbejderinddragelse

Der er delte meninger om medarbejderinddragelsen blandt medarbejderne. Der er nedsat arbejdsgrupper, de såkaldte GAPS-grupper, om arbejdsgange, arbejdspladsvurdering, møb-
lering, diverse faglige grupper mv. Dem har alle medarbejderne i en eller anden forbindelse hørt om og hørt fra. Medarbejderne fortæller, at de får tilbagemeldinger og information fra disse arbejdsgrupper, bl.a. fra møder i eksempelvis sekretærgruppen eller på café-møder, eller ved informationsmøder og fyraftensmøder.

"Som jeg ser det, så har man kunnet deltage i det ene og det andet, og det er vel et eller andet sted op til en selv, hvor meget man vil have af yderligere information. Vil man have mere information, så kan man sagtens få det".

Et andet synspunkt blandt medarbejderne handler om en opfattelse af, at man generelt er blevet underinformet:

"Jeg synes ikke sådan, at vi er inddraget sådan i det. Altså, vi får da sådan lidt nyheder om det en gang imellem, og så kan vi da gå ind på nettet og se byggeriet og sådan noget".

På ledelsessiden er billedet lidt anderledes. Her synes man generelt at man har haft gode muligheder for at blive inddraget i arbejdet i de forskellige arbejdsgrupper:

"Og i øjeblikket arbejder vi faktisk med, hvordan det faktisk skal organiseres, dels ledelsesmæssigt... Vi ved, at vores leder, hun er med i en arbejdspladsvurderingsgruppe, og det synes jeg er godt".

8.2.4 Opsamling ambulante afsnit

For personalet i de ambulante afsnit er det helt overskyggende forbehold planerne om storrumskontorer. Holdningen er, at denne type af kontorer vil give et dårligt arbejdsmiljø på grund af forstyrrelser, støj og uro.

Med storrumskontorer er det ikke længere muligt at have patientsamtaler på sit eget kontor, men er henvist til at booke et samtalerum, der bevirker, at patienterne ikke får den tryghed, de er vant til med faste og genkendelige rum. Hele tanken bag storrumskontorer opfatter man som både besværlig, ufleksibel og også forældet – noget man indførte i 1990'erne i det private og for længst er gået bort fra igen.

Af positive forventninger til det nye sygehus ser man frem til, at der vil være plads til nytænkning, at det tværfaglige samarbejde vil stimuleres, og i det hele taget at det faglige får et kvalitativt løft. Dette nye miljø, placeringen tæt på et somatisk sygehus og det faglige løft håber man vil tiltrække læger udefra.

Med hensyn til kompetenceudviklingen peger man på undervisning i it og den nye teknologi, der skal tages i brug på det nye sygehus. Man peger også på, at det vil være ønskeligt at få genopfrisket de psykofysiske kurser.

Vedrørende medarbejderinddragelsen er der delte meninger blandt personalet. Det ene synspunkt er, at man har haft mulighed for at kunne deltage eller få information om processen. Det andet synspunkt hos medarbejderne er, at man generelt har følt sig underinformet og ikke ordentligt inddraget i processen om det nye sygehus.

På ledelsessiden synes man, at man generelt har haft gode muligheder for at gøre sin indflydelse gældende.

8.3 Afrunding

Når vi ser på de forbehold, som medarbejderne giver udtryk for i interview og under observation, handler de i mindre grad om en generel modvilje mod selve den forandring, som følger med det nye sygehus eller egne praktiske problemer, fx ift. transport. Tværtimod glæder de fleste sig til forbedrede fysiske rammer og nye muligheder i forbindelse med behandling og patientforløb. Forbeholdene handler i højere grad om, hvordan de arkitektoniske valg kommer til at påvirke udførelsen af arbejdet, og om de vil være til ulempe for patienterne, fx om der er taget hensyn til traumatiserede flygtninges følsomhed overfor politisirener, eller om placeringen af bælterummet udenfor afsnittet vil betyde at voldsomt udad-reagerende patienter skal flyttes foran andre patienter. Nogle forbehold handler også om det kollegiale samarbejde, fx i forhold til gensidig tillid og forudsigelighed i konfliktsituationer. Det vil sige, at der i høj grad er tale om fagligt funderede forbehold.

Disse forbehold knytter medarbejderne til oplevelsen af at have fået begrænset information om byggeriet, fx via tilbagemelding fra deltagere i arbejdsgrupper eller nyhedsbreve, samt en usikkerhed om, hvem der træffer de konkrete beslutninger om arkitektur og indretning, organisering og arbejdstilrettelæggelse, og om hvorvidt disse har erfaring med arbejdet på psykiatriske enheder. Det skaber en uro og tvivl om, hvorvidt byggeriet er afstemt med de

behov, der får hverdagen til at fungere – ikke kun på papiret, men også i praksis. Der efterspørges i høj grad mere detaljeret og praktisk information om, hvordan arbejdet kommer til at forme sig, og hvordan arkitekturen understøtter eller udfordrer den måde at udføre arbejdet på, som medarbejderne finder af afgørende betydning. På baggrund af dette materiale vil det være relevant at overveje, om inddragelsen af og/eller information til medarbejderne kan målrettes mod de specifikke bekymringer omkring de fysiske rammer, sikkerhed og hvordan det daglige arbejde vil blive tilrettelagt inden for disse.

9 Diskussion og konklusion

I dette kapitel præsenteres først nogle mere generelle overvejelser og refleksioner omkring arbejdsgange og kultur i psykiatriske organisationer, og derefter følger et afsnit om kompetenceudvikling.

9.1 Arbejdsgange og kultur

De foregående kapitler 4, 5, 6 og 7 har identificeret en række arbejdsgange og kulturelle elementer, der er formende for medarbejdernes nuværende praksis. I en fremtidig tilrettelæggelse af arbejdsgange i en ny bygning bør man være opmærksom på, hvordan de beskrevne arbejdsgange og kulturelle elementer former arbejdet, og hvordan det ønskes, at arbejdet organiseres. I det følgende præsenteres en række refleksioner over dette, hvor der inddrages eksisterende litteratur om organisering af psykiatrisk arbejde.

I kapitel 4 og 5 blev der præsenteret en række forskellige arbejdsgange, som for de flestes vedkommende er formaliserede. Det vil fx sige, at de er faste rutiner, som evt. er funderet i regler, som alle kender, og der sjældent stilles spørgsmålstejn ved. Når enhederne rykker til nye lokaler, vil de skulle etableres på ny, og i den forbindelse er det en god idé at overveje, hvordan de former organisationen. Det reflekteres der over i det følgende.

Vagtplaner og vagtskifte, morgenkonferencer, stuegange, behandlingskonferencer, administration og dokumentation samt kontaktpersonordningen har alle det til fælles, at de påvirker, hvornår og hvordan patienterne kan være i kontakt med medarbejderne. De nævnte arbejdsgange strukturerer, hvor medarbejderne er på et givent tidspunkt. Det vil alt andet lige betyde, at patienternes behandlings- og rehabiliteringsbehov skal passes ind i de strukturer, som medarbejderne arbejder under. Her argumenteres der ikke for en bestemt strukturering af dagen. Det konstateres blot, at det former hverdagen, og det i forbindelse med indflytningen i nye bygninger grundigt bør overvejes, hvilke strukturer der bedst gavner behandlingsarbejdet med patienterne såvel som skaber en harmonisk arbejdsdag for medarbejderne.

Morgenkonferencer, behandlingskonferencer samt dokumentation har alle det tilfælles, at patientens situation beskrives, vurderes og gøres meningsfuld i medarbejdergruppen. Men patienten er sjældent med i disse processer. Det kan være, at patienterne netop på grund af deres situation ikke er i stand til at drøfte den eller ikke kan drøfte den i større fora, og at det derfor er meningsfuldt, at patienten ikke deltager. Omvendt er det også sandsynligt, at der vil være patienter, der kan dette – om ikke andet så periodevist. Forskning i rehabilitering af psykisk syge personer peger på, at det at have kontrol over sin egen situation og behandlingsproces i sig selv er et vigtigt element i rehabiliteringen (se fx Davidson et al. 2007; Onken et al. 2002). Ligeledes har patienten heller ikke indflydelse på beslutningen om, hvem der skal være hans eller hendes *kontaktperson* for dagen. I en fremtidig tilrettelæggelse af arbejdsgange vil det være oplagt at overveje, hvordan arbejdsgangene kan tilrettelægges, så patienten i videst muligt omfang inddrages i drøftelser og beskrivelser af egen situation (se fx Pedersen 2011).

Sikkerhedsforholdene har stort fokus i afsnittene. Arbejdsgange er formet af en grundlæggende oplevelse blandt medarbejderne om, at deres arbejde er risikobetonet. Det ses også i formelle såvel som uformelle regler om, at medarbejderne bærer alarm, løber til undsætning, hvis der lyder alarm fra andre afsnit, og at ens kollegaer reagerer og kommer

til undsætning, hvis man fx hæver stemmen. Andre undersøgelser af psykiatriske afsnit har ligeledes fundet, at oplevelsen af at have et risikofyldt arbejde former medarbejdernes praksis. Når de i hverdagen står i risikobetonede situationer, er det deres kollegaers hjælp i den farlige situation, de har at belave sig på såvel som til at bearbejde situationerne efterfølgende (se fx Vatne 2003; Petersen 2013; Jakobsen 2006). Det betyder, at medarbejderne oplever et behov for at have et godt og tillidsfuldt forhold til deres kollegaer. Det forudsætter, at medarbejderne kender hinanden, og derfor prioriterer de det praksisfællesskab, som de har med hinanden i løbet af deres arbejdsdag.

I det fællesskab taler de både om faglige som private forhold. De lærer hinanden at kende, og giver hinanden opbakning til, hvad der måtte være svært. Fællesskabet praktiseres, fx når medarbejderne sidder sammen på kontoret og taler uformelt med hinanden, eller ved formaliserede møder som fx det korte ugentlige møde, der er indført på P3. Praktiseringen af disse faglige og private fællesskaber bør der være fokus på, når afsnittene flytter ind i de nye bygninger. Mens det er vigtigt at give medarbejderne rum og mulighed for at opbygge gode, tillidsfulde relationer med hinanden, er det også vigtigt, at praktiseringen af fællesskaberne mellem medarbejderne netop holder fokus på, hvordan de kan kende hinandens reaktioner og faglighed. Behovet for at have et godt fællesskab har nemlig i tidligere undersøgelser vist sig dels at kunne føre til, at praktiseringen af fællesskabet mellem kollegerne prioriteres over praktiseringen af det psykiatriske arbejde med patienterne (se fx Vatne 2003, Petersen 2013 kap. 13), såvel som at det kan medføre, at kollegaer holder op med at diskutere, hvordan det psykiatriske arbejde skal praktiseres bedst muligt (Petersen 2013, s. 378-380). På den måde vil udviklingen af det gode psykiatriske arbejde gå i stå.

I kapitel 6 og 7 beskrives en række forskellige diskussioner, som finder sted mellem medarbejderne, og som har betydning for praktiseringen af det psykiatriske arbejde. Diskussionerne trækker umiddelbart i forskellige retninger. Der er diskussionen af, hvordan det påvirker arbejdet og relationen til patienterne, hvis medarbejderne opholder sig meget på kontoret og praktiserer et kollegialt fællesskab med hinanden. Herved relaterer medarbejdernes diskussioner sig til gamle såvel som meget aktuelle diskussioner på det psykiatriske område. "Dem og os"-perspektivet (se også Goffman 1967; Johansen 2009). Når medarbejderne opholder sig på kontoret, og synligt for patienterne praktiserer et fællesskab, tydeliggøres det, at der er sociale fællesskaber, som patienterne ikke har adgang til. Det skaber en hierarkisk sontring mellem medarbejdere og patienter, som kan virke hindrende for deres rehabilitering.

Det diskuteres, at omgangstonen blandt medarbejdere kan være hård, og mere end at der fokuseres på hinandens faglighed, kan diskussionerne komme til at handle om personlige træk ved medarbejderne. Det står i kontrast til medarbejdernes markante ønske om at have et godt og tillidsfuldt forhold til hinanden. Fokusset på medarbejdernes personlige egenskaber såvel som sontringen mellem forskellige kollegers uddannelsesmæssige baggrund er også fundet i en ny undersøgelse af psykiatriske organisationer (Petersen 2013). Det ses bl.a. som en sontring mellem en gammeldags og en moderne praksis. Plejerne forbindes således med en gammeldags tilgang, der i vidt omfang opfattes som illegitim, fordi den er paternalistisk og anvender regulering over for patienterne, ud over hvad der er fagligt belæg for – siger medarbejdere med en længere uddannelse, fx sygeplejersker. De plejeruddannede medarbejdere er uenige i dette og beskriver deres praksisser som meningsfuld, mens de omvendt ser en række fejl hos sygeplejerskegruppen, som de opfatter, har større tilbøjelighed til at opholde sig på kontoret end at være sammen med patienterne (se fx Petersen 2013, s. 211-216; 307-310). Sontringen mellem *gamle plejere* og *nye sygeplejersker* gives som sådan også legitimitet af, at der i mange psykiatriske organisationer for tiden fokuseres på at ansætte medarbejdere med længere uddannelser for at styrke

fagligheden. Mens der kan være gode rationaler i det, er det stadig vigtigt at være opmærksom på, hvordan medarbejdergruppen fungerer, og hvordan den udvikles.

For et fællesskab, der befinder sig i et risikobetonet miljø, er der en risiko for, at stemningen af utryghed bliver selvforstærkende. Det har i en psykiatrisk kontekst vist sig at kunne skabe skel mellem medarbejdere og patienter, der modarbejder det rehabiliterende behandlingsarbejde (Petersen 2013; Oeye et al. 2009).

Praktiseringen af sikkerhed skaber i sig selv en sondring mellem medarbejdere og patienter, for selvom den enkelte patient måske ikke er farlig her og nu, vil vedkommende tilhøre gruppen af patienter, som opfattes som potentielt farlige personer. Medarbejderne vil udføre deres sikkerhedsforanstaltninger over for alle patienter, for det kan fx ikke risikeres, at den dag, hvor medarbejderne *ikke* stod i døren, når deres kollega var hos en patient, var den dag, det gik galt. Fordi det kan gå galt, og fordi konsekvenserne af det er uacceptable, skabes der således en omgangsform, hvor medarbejderne praktiserer, at de ikke stoler på patienterne. Den ulighed, der skabes mellem medarbejdere og patienter, kan være en ulempe for at praktisere en rehabiliterende tilgang, hvor der etableres en tillidsfuld relation mellem medarbejdere og patienter. En tillidsfuld relation fremmer patientens muligheder for at spejle sig i medarbejderne, opbygge kompetencer og en tro på, at han eller hun kan komme sig (Jensen 2004; Schjødt et al. 2004 s. 19 ff.). Sikkerhedsprocedurerne former således relationen mellem medarbejdere og patienter. Mens der igen ikke argumenteres for en bestemt strukturering af hverdagen, når det nye sygehusbyggeri tages i brug, argumenteres der for, at det overvejes, hvordan sikkerheden praktiseres i enhederne, og hvordan det påvirker, hvordan der arbejdes med rehabiliterende behandling af patienterne.

Oplevelsen af, at arbejdet er risikobetonet, har også ført til, at der i to enheder er en regel om, at der altid skal være mandlige medarbejdere på arbejde, og i to enheder er der ansat vagtpersonale fra et vagtselskab – på V1 ophører ordningen dog i foråret 2014. I det eksempel er det tilstedeværelsen af en 'muskelmasse', der skaber trygheden blandt medarbejderne. Omvendt er det også i andre undersøgelser fundet, at medarbejderne oplever, at risikobetonede situationer kan deeskaleres ved, at der tales roligt til patienten, og også at det er en fordel, at det er kvinder, der gør det (Vatne 2003, Petersen 2013). Det bør overvejes, hvad sikkerhedsnormering, mandenormering og vagtfolk gør ved den måde, det psykiatriske arbejde praktiseres på, når der skal etableres nye arbejdsgange i et nyt byggeri, som rummer nye muligheder. Som vi så i kapitel 6, er det overvejelser, der er præsente hos medarbejderne. Det vil derfor være oplagt at facilitere yderligere diskussioner med medarbejderne, hvor der fx kan stilles spørgsmål såsom: Hvordan oplever patienterne, at der er professionelle vagter til stedet i afsnittet? Hvordan udvikler medarbejderne deres kompetencer til at håndtere udadreagerende adfærd? Opbygger medarbejderne samme opmærksomhed over for hinandens faglige reaktioner, som hvis der ikke var vagter til stedet? Hvordan påvirker det medarbejdernes tilgang til det rehabiliterende arbejde med patienterne?

Korrigeringen af patienternes adfærd beskrives af medarbejderne som knyttet tæt sammen med selve formålet med deres arbejde: at pille farligheden ud af patienterne og opnå den bedst mulige sociale rehabilitering. Denne praksis er også velbeskrevet i tidligere undersøgelser (Petersen 2013, Vatne 2003, Oeye 2009). Disse undersøgelser har bl.a. fundet det dobbelte formål med reguleringen, som også findes i denne undersøgelse: at sikre at den enkelte patient overholder de sociale spilleregler, der er på afdelingen, og at sikre et miljø, der gavner fællesskabets bedste. I denne regulering bringer medarbejderne en større magt i spil over for patienterne, for det er dem, der sætter de sociale spilleregler. Mens det harmonerer med den miljøterapeutiske tilgang, hvor det bl.a. netop er medarbejdernes opgave at sikre et godt miljø for alle i afdelingen, er det en tilgang, der har svært ved at

rumme den brugerinddragende og individualiserede tilgang, som i dag er fremtrædende i psykiatriske organisationers visioner og strategier (Region Sjælland 2008; se også Oeye 2009). Petersen (2013) har fx beskrevet, hvordan der på et lukket afsnit ubevidst arbejdes med både en konsekvenspædagogisk adfærdsregulering såvel som en recovery-orienteret tilgang, selvom disse kan synes i modsætning til hinanden, fordi det giver mening for medarbejderne i de mange forskelligartede situationer, de står i i dagligdagen. Flere steder i denne undersøgelse fremhæves også diskussionen blandt medarbejdere om, at nogle medarbejdere er 'slappere', mens andre er 'strammere' af regler, og i forbindelse med kontaktpersonordningen fremhæves det, at selvom medarbejderne kan være helt enige om, hvad der er målet med arbejdet med en patient, kan der være mange måder nå det på. Det psykiatriske arbejde er mange ting, og de mange forskellige tilgange eksisterer side om side i de psykiatriske organisationer (se Petersen 2013 kap. 14).

En regel, der går igen på tværs af afsnittene, er, at patienterne ikke må være på kontorerne eller henvende sig til personalet her. I alle sengeafsnittene er indført faste procedurer for, hvordan patienterne skal henvende sig til medarbejderne. I to af afsnittene er der en fast vagt i afsnittenes miljø. I et afsnit er der en timebaseret ordning. Denne ordning strukturerer i høj grad, hvordan patienterne må interagere med medarbejderne og er således også en markering af, at medarbejderne sætter rammerne for, hvordan de to grupper kan interagere med hinanden. I etableringen af det nye psykiatriske hospital bør det derfor også overvejes, hvordan de ikke bare ubevidst, men netop bevidst vil arbejde med bl.a. adfærdsregulering og sociale regler for, hvordan man opfører sig i afsnittene såvel som en brugerinddragende og individuel tilgang.

Medarbejderne efterlyser flere aktiviteter for patienterne, da dagene føles lange for dem. Et af de væsentligste elementer for rehabilitering af personer med psykisk sygdom er, at de kan engagere sig i meningsfulde aktiviteter (se fx Davidson et al. 2007; Onken et al. 2002). Udfordringen for lukkede og retspsykiatriske afsnit er, at hvad patienten måtte opfatte som meningsfulde aktiviteter, skal kunne finde sted i regi af afsnittet eller en givet udgangstilladelse. Hvad der er meningsfuldt for det enkelte menneske, ved det menneske bedst. I et rehabiliteringsperspektiv bør oprettelsen af nye aktivitetstilbud ske med inddragelse af den enkelte patient.

9.2 Kompetenceudvikling

Hvor medarbejdernes beskrivelse af deres nuværende arbejde og deres forventninger og bekymringer til det nye sygehus var let tilgængelig, viste identifikationen af konkrete behov for kompetenceudvikling sig at være mere udfordrende. Det er der flere årsager til. For det første føler medarbejderne sig generelt ikke tilstrækkeligt informerede om, hvordan arbejdet vil blive tilrettelagt i det nye sygehus, og derfor har de svært ved at pege på specifikke behov for kompetenceudvikling. For det andet er medarbejdernes bekymringer tæt knyttet til deres nuværende arbejdsforhold, og de har ikke forholdt sig særlig konkret til de mulige ændringer og udfordringer, som flytningen måtte afstedkomme, da den først finder sted i 2015.

Muligheden for at identificere relevante kompetenceudviklingstiltag på baggrund af det øvrige empiriske materiale er ligeledes begrænset. Da tilrettelæggelsen af arbejdet i det nye sygehus stadig er under udvikling, kan vi kun relatere beskrivelsen af arbejde og omgangsformer i enhederne til de ændringer, som er indbygget i arkitekturen eller meldt ud på nuværende tidspunkt. Nogle ændringer – fx hvor tvangsfiksering skal foregå – er meldt klart ud, og det er derfor nemmere at pege på konkrete kompetenceudviklingsbehov i forhold til

disse ændringer. Andre ændringer er fortsat ikke meldt ud, og det er derfor vanskeligere at pege på behov for kompetenceudvikling i forhold til dem.

Med disse begrænsninger in mente vil vi i dette afsluttende kapitel forsøge at indkredse spørgsmålet om kompetenceudvikling.

9.2.1 Rum og nye behandlingsteknologier

En af visionerne med det nye sygehus er at gøre personalet mere tilgængelige og give mulighed for en bedre interaktion mellem patienter og personale. Åbenhed og transparens i arkitekturen skal fjerne afstanden mellem personale og patienter, der af nogle informanter blev beskrevet som en "dem og os"-tilgang (se også Goffman 1967; Johansen 2009), og som visse arbejdsgange er med til at skabe og fastholde (se ovenfor). Bekymringen for eksistensen af disse uhensigtsmæssige praksisser retter sig overvejende mod sengeafsnitene, hvor patienterne opholder sig i lange perioder.

For at fremme mulighederne for interaktion vil personalerummet, det såkaldte dueslag, blive udformet i glas og placeret midt i fællesrummet med frit ind- og udsyn. I tillæg vil der være nogle bagvedliggende rum, hvor personalet kan afholde møder mv., men ingen faste, individuelle kontorer. Hensigten er, at rammerne vil skabe en naturlig interaktion, fordi personalet på grund af de store glaspartier ikke kan opholde sig usete bag en lukket dør og gerne skal opholde sig mere i de åbne fællesarealer. I sådanne lokaler er det også vigtigt, at medarbejderne netop er bevidste om deres synlighed. Praktiseringen af det kollegiale fællesskab i dette rum vil således netop kunne risikere at bidrage til, at patienterne oplever en sondring mellem "dem og os".

Personalet opholder sig en del af den daglige arbejdstid i personalestuen, bl.a. for at udføre administrativt arbejde. På flere afsnit har man indført ordninger, der adresserer tilgængeligheden og placerer personalet på skift som faste miljø- eller gangvagter i fællesrummene for at fremme interaktionen og tilgængeligheden. Der er således allerede elementer i arbejdsgangene, som understøtter dette. Generelt er personalet positive over for disse ordninger og fremhæver, at de skaber mere ro i afsnittene. Omvendt peges der også på potentiale for forbedringer, fx i forhold til at tilbyde flere planlagte aktiviteter og engagere sig mere i spontane aktiviteter med patienterne.

Der er hos personalet en del bekymring over, hvordan de ovenfor beskrevne principper for transparens og tilgængelig i praksis vil komme til at fungere, og om centrale arbejdsgange kan gennemføres uden for meget besvær. Som beskrevet anvender personalet i dag de afskærmede personalerum til aktiviteter, som de ikke mener, at patienterne har en legitim rolle i; primært til at holde en pause fra interaktionen med patienterne og lade op til det fortsatte arbejde med dem. Personalet har altså i deres praksisfællesskab en erfaring med, at interaktion med patienterne kræver perioder med manglende interaktion. Og denne erfaring skubber det nye byggeri til. Fra ledelsens side bør man være opmærksom på fortsat at forklare, understøtte og meningssætte transparens og tilgængelighed som centrale dele af en ny forbedret praksis, men samtidig være åbne over for de behov for justeringer, der vil komme. En fortsat inddragelse af personalet er her central.

Ud over transparens kommer der også en række andre nye fysiske tiltag, der skal give forbedrede muligheder for aktivitet og forebygge brugen af tvang. Der skal arbejdes med lys, lyd og natur i det nye byggeri. Personalet skal også klædes på til at arbejde konstruktivt og målrettet med disse nye tiltag. Grundig forklaring af principper for og instruktion i arbejdet med fx sansestimulation og deeskalering vil være nødvendigt. Der er allerede sat et projekt om deeskalering i gang i udvalgte enheder af psykiatrien i Region Sjælland, hvis metoder

skal udrulles til hele regionen. Især it-delen inden for de nye tiltag kan kræve en særlig indsats. Generelt oplever personalet på de psykiatriske afsnit det som besværligt og svært at tage nye it-systemer i brug. De kæmper med udstyr, printere, software mv. Der er fx udfordringer med at få implementeret elektronisk talegenkendelse, e-journaler osv. En del af disse udfordringer skyldes også, at en del af medarbejdernes har begrænsede it-kompetencer. Dette er derfor et område, hvor det er vigtigt, at der løbende sker en opkvalificering af alle medarbejdere, hvis man ønsker den nyeste teknologi taget i brug af hele personalegruppen.

9.2.2 Kommunikation og sprogbrug

Nogle informanter har givet udtryk for en antagelse om, at der er blandt nogle medarbejdere eller grupper af medarbejdere er en hård tone over for patienterne – at der bliver skældt ud, talt ned til eller hen over hovedet på og måske ind imellem brugt groft sprog. Det er beskrevet som en forråelse af miljøet. Den gennemførte undersøgelse afkræfter imidlertid denne formodning.

Der faldt et par enkelte bemærkninger, særligt fra nyere personale, om at de oplevede, at de blev mere firkantede over for patienterne efter at have arbejdet et stykke tid på afsnittene. Det var dog ikke en tendens, der fremgik af observationsmaterialet fra de fem enheder, og det blev heller ikke nævnt af flertallet af de interviewede medarbejdere. Tværtimod blev det samstemmende fremhævet, at der er en god og respektfuld tone over for patienterne – også selv om det ikke altid gælder den anden vej, og især plejepersonalet på de lukkede sengeafsnit i undersøgelsen bliver ofte udsat for stærkt nedsættende udtalelser om deres person.

Der kan selvfølgelig være en metodisk 'blind vinkel' i forhold til kommunikation. Principielt kan medarbejderne blive enige om eller intuitivt søge at fremstille sig selv i et så positivt lys som muligt. Negativ kommunikation med et hårdt sprog kunne være noget, man ønskede at skjule. Vi mener ikke, at dette er tilfældet. Vi var til stede fire dage i hver enhed, og selvom det er et ret begrænset tidsrum, ville det alligevel kræve en stor indsats, hvis hele personalegruppen skulle omlægge noget så vanepæget som kommunikation i den periode. Samtidig var medarbejderne generelt optaget af deres etiske ansvar over for patienterne, af at yde en professionel behandling og fastholde en respektfuld tone, og havde der været udbredte problemer med deres kommunikation om og med patienterne, antager vi, at det ville være blevet italesat.

Omvendt faldt enkelte steder bemærkninger om, at jargonen *internt* i personalegruppen til tider er hård og præget af ironi og sarkasme, samt at man oplever, at der i særligt stressede eller pressede situationer falder hurtige og måske sårende bemærkninger imellem personalet. Her er det lidt forskelligt, hvor meget der bliver lagt vægt på at få sagt undskyld eller talt om sådanne episoder på afsnittene.

På baggrund af materialet i denne undersøgelse kan der ikke identificeres noget presserende behov for at arbejde med patient-personale kommunikation. Til gengæld er der enkelte fund, der kunne pege på et behov for et fokus på kommunikation personalet imellem.

Var sproget ikke præget af en hård tone, var det til gengæld meget tydeligt, at rigtig meget af kommunikationen omkring behandling og pleje havde et stærkt fokus på medicin (se også Johansen 2006, Petersen 2013). En af ambitionerne med det nye sygehus er, som tidligere beskrevet, at behandlingsarbejdet skal omfatte andre virkemidler, fx lyd, lys, natur m.m. Hvis dette for alvor skal udfoldes og integreres i medarbejdernes praksis, vil der formentlig være behov for, at der arbejdes systematisk – også i form af kompetenceudvik-

ling – med at få inkluderet dette i personalets kommunikation med og om patienterne. Dette vil understøtte, at den positive italesættelse af de nye tiltag og en anderledes forståelse af patienterne etableres som en del af personalets nye praksisfællesskab.

9.2.3 Tværfaglighed, tilgængelighed og vidensdeling

En af de arbejdsgange, som fremhæves af personalet som helt central, er muligheden for tværfaglig opgaveløsning. Det drejer sig fx om journaloptag i teams, kontaktteams, netværksmøder mv. Personalet værdsætter disse muligheder for tværfaglig udveksling og samarbejde og oplever, at flere perspektiver på patienterne medfører en bedre kvalitet i behandlingen.

Et andet centralt punkt for personalet er tilgængelighed internt i personalegruppen. Fora som daglige morgenmøder eller stuegangsmøder, hvor personalet mødes og kan drøfte hastesager og aktuelle udfordringer, fremhæves som centrale. Plejepersonalet understreger, at de har brug for at have adgang til lægerne, der nogle gange opleves som svært tilgængelige, gerne på faste tidspunkter. Nogle steder har lægerne en fast kontortid, hvor de andre medarbejdere kan banke på, og der kan drøftes akutte sager. Der er usikkerhed omkring, hvordan den fysiske adgang til lægerne bliver i det nye byggeri. Denne usikkerhed handler bl.a. om manglende viden om placeringen af kontorer, og hvordan dette får indvirkning på personalets kontakt med lægerne.

Dette peger på, at det generelt er vigtigt at fastholde og måske udvide mulighederne for og rum til tværfagligt arbejde og at være opmærksom på, om den nye rumlige indretning betyder noget for oplevelsen af tilgængelighed af de forskellige personalemedlemmer.

En ambition for det nye sygehus er også, at det skal være en faglig spydspids og kunne tiltrække kvalificeret arbejdskraft. Etableringen af forskellige fora for faglig udvikling, sparring og systematisk supervision vil understøtte rekruttering og fastholdelse af medarbejdere på det nye sygehus. Det gælder for alle faggrupper, at der er interesse i at dygtiggøre sig løbende. Når der arbejdes med faglige kompetencer, er det også vigtigt at være opmærksom på, at en forholdsvis stor andel af plejepersonalet er sosu-assistenten eller plejere, som har relativ kort uddannelse, men lang erfaring fra området. De skal anerkendes for denne viden og ikke kun ses som bærere af en forældet psykiatri. Hvis man ønsker at øge fagligheden i psykiatrien, så har denne gruppe et særligt behov for efteruddannelse og kompetenceudvikling.

Hvis tværfaglighed ikke kun tænkes internt i psykiatrien, men også i forhold til andre specialer, vil nærheden til det somatiske sygehus betyde en mulighed for at styrke patienternes somatiske helbred. For at denne mulighed kan udnyttes mest optimalt, skal man dog være opmærksom på, at psykiatrisk perspektiv og tilgang i nogle sammenhænge kan være væsentligt anderledes fra somatisk perspektiv og tilgang, og at noget somatisk personale føler utryghed ved psykiatriske patienter. Der bør derfor arbejdes målrettet for at skabe et godt samarbejde, hvis dette potentiale skal kunne realiseres. Fra andre områder inden for sundhedsvæsenet ved vi, at kendskab til hinandens arbejdstilgange og metoder er centralt for at skabe et godt samarbejde (se fx Buch et al. 2013; Jansbøl og Buch 2012; Johansen et al. 2012). Man må forvente, at noget tilsvarende vil gøre sig gældende i forbindelse med samarbejdet mellem somatikken og psykiatrien i Slagelse.

9.2.4 Mål for behandlingen

Der er en forventning om, at et nyt og bedre hospital fører til ny og bedre behandling og dermed til helbredelse af patienterne. Meget af interaktionen med og behandlingen af pati-

enterne handler som nævnt i dag om medicin, og selvom dette er vigtigt, fremgår det bl.a. af psykiatriplanen og interview med nogle af informanterne, at man også ønsker, at der i fremtiden bliver bedre plads til andre spørgsmål og behandlingstiltag også (se også Johansen 2006; Barrett 1996). Ønsket om at kunne arbejde mere recovery-orienteret er således blevet formuleret flere gange.

Et andet forhold, som personalet i dag oplever som frustrerende og sætter ønsket om den gode behandling under pres, er et pres for at overføre "de bedste af de dårligste" fra lukket til åbent eller ambulant regi. Der er et kontinuerligt behov for sengepladser, der er pres på de psykiatriske og retspsykiatriske sengepladser flere steder, og forløbene skal derfor søges afsluttet hurtigere end det, som personalet oplever som optimalt. Nogle steder medfører dette konflikter på tværs af afsnit og enheder, der bl.a. handler om ressourcer, kompetencer og sikkerhed. Det er forhåbningen, at det nye sygehus' mulighed for, at afsnit er både åbne og lukkede på samme tid, vil adressere denne problematik, og forhåbningen er videre, at det kan sikre bedre sammenhæng i patientforløbene. Personalet skal indstille sig på disse nye forhold og på at kunne rumme og behandle patienterne igennem flere faser af deres indlæggelse. Dette problemområde peger dog også på, at udfordringer i den psykiatriske behandling ikke kun handler om personalets praksisfællesskab og evt. dårlige vaner forankret i disse, men også skyldes den kontekst, som praksisfællesskabet virker i og formes af – fx strukturelle forhold som antallet af sengepladser og det øvrige psykiatriske systems ressourcer og kompetencer til at rumme patienterne, så de ikke behøver indlæggelse.

visionen om at sikre sammenhæng i patientens forløb kan i psykiatrien bl.a. kædes sammen med planerne om at lave fleksible afsnit, der kan være både åbne og lukkede i det nye sygehus. For den enkelte patient betyder det, at vedkommende kan blive på samme afsnit igennem flere faser af indlæggelsen og slippe for at blive flyttet, fx et akut lukket til et åbent afsnit. Det betyder også, at patienten møder færre skiftende personaler igennem sit forløb. Når personalet skal til at arbejde på integrerede afsnit, hvor patienterne følges over længere tid, vil det give mulighed for en behandling, som i højere grad omfatter andre indsatser end den primært medicinske, og det vil formentlig kræve en ændring i personalets praksis.

Ikke alt personale er vant til at arbejde på denne fleksible måde og både rumme patienter i åbent og lukket regi i samme afsnit. Fra andre undersøgelser ved vi, at personalet på psykiatriske sengeafsnit ofte har en identitet i forhold til at kunne håndtere netop deres målgruppe – fx udadreagerende patienter med skizofreni eller patienter med depression (fx Rhodes 1991; Johansen 2006). Kompetenceudvikling kan være et bud på at sikre, at de praktiske og behandlingsmæssige udfordringer dette måtte give håndteres mest hensigtsmæssigt.

Inddragelse af pårørende er en anden dimension af visionen om at skabe sammenhæng. I nogle enheder er det et område, hvor personalet er opmærksomt og indstillet på at skabe forbedringer. Ind imellem bremses dette dog af praktiske udfordringer som begrænsede besøgsforhold og organisatoriske rammer, som ydelsessystemet, der ikke understøtter, at der bruges arbejdstid på pårørendearbejde. Rammerne for dette er således vigtige at få på plads.

Disse forskellige forhold peger på et behov for kompetenceudvikling, hvor der sættes fokus på en bredere vifte af behandlingsmål, en bredere vifte af relevante aktører og dermed flere behandlingstiltag, der kan understøtte disse behandlingsmål.

9.2.5 Patienten gives indflydelse på egen behandling

Vi ser i disse år generelt en bevægelse hen imod at give patienter i sundhedsvæsenet generelt større indflydelse på deres behandling. Inden for psykiatrien er det en særlig udfordring at give patienten indflydelse på egen behandling. I de ambulante enheder spiller patienterne allerede nu en større rolle i forhold til deres egne behandlingsforløb og har generelt indflydelse på egen behandling, fx i forhold til hvilke præparater der vælges. På lukkede sengeafsnit og i retspsykiatrien er der ikke på samme måde tradition for, at patienterne har særlig stor indflydelse på egen behandling. Udfordringen er, at patienterne typisk både er meget syge og har ringe sygdomsindsigt, og man derfor ikke kan benytte de samme metoder som i den øvrige psykiatri.

Noget personale har nævnt et ønske om at kunne arbejde mere recovery-orienteret. En sådan tilgang vil kunne understøtte en proces med en større grad af patientinddragelse, da recovery netop forudsætter, at patientens egne ønsker til behandlingsmål og behandlingsmetoder inddrages aktivt. Det er dog vigtigt her også at være opmærksom på, at de retspsykiatriske patienter og andre patienter underlagt tvang udgør en særlig udfordrende case i denne sammenhæng, hvor ønsket om at inddrage patientens ønsker udfordres af retssystemets krav om kontrol og straf (se også Jacobsen 2006; Jacobsen og Johansen 2011).

Punktet omkring patientinddragelse spiller tæt sammen med det foregående punkt omkring nye, bredere behandlingsmål, i og med at patienterne – hvis der gives plads til dette – vil kunne spille ind med de mål og behandlingstiltag, de oplever som meningsfulde.

9.3 Afslutning

Vi vil slutte ovenstående diskussion om kompetenceudvikling med at påpege, at kompetenceudvikling er et godt og nyttigt tiltag, der vil kunne adressere en del af de udfordringer, som psykiatrien i Region Sjælland står over for i forbindelse med indflytning og ibrugtagning af det nye sygehus. Men også at den skal suppleres af tiltag, der kontinuerligt fremmer dialog mellem ledelse og medarbejdere, således at organisatoriske og praktiske udfordringer bliver taget alvorligt og håndteret på en måde, som giver mening for medarbejderne og understøtter de faglige og etiske visioner for det nye sygehus.

I en proces med organisatorisk forandring er der ofte en bekymring for, om tidligere praksis og medarbejdernes evt. utryghed ved større ændringer i deres arbejdsliv vil udgøre en barriere for udviklingen af en ny og bedre opgaveløsning. Forskningen på området peger dog på, at effektive og positive organisationsudviklingsprocesser ikke kun handler om at overkomme evt. forandringsuvillighed, men også i høj grad handler om relationsarbejde og identitetsopbygning, hvor fokus er på at skabe det nye sammen. Medarbejdere er generelt meget omstillingsvillige og -parate, hvis de oplever at være deltagere i forandringsprocessen og føler sig hørt og inddraget (Holm-Petersen 2007).

Udviklingen af praksis har sin egen logik. Arkitektur og tilrettelæggelse af arbejdsgange udgør strukturerende elementer for praksis, men former ikke praksis alene. Det vil sige, at den organisatoriske struktur, tilrettelæggelsen af arbejdsgange og det fysiske rum danner en kontekst for, hvordan arbejdet oversættes fra plan til praksis.

Samtidig er det vigtigt at holde fast i, at arbejdsgangene selvfølgelig formes i den daglige rutine, hvor medarbejderne, der møder hinanden i hverdagen, hjælper hinanden med at forstå alle de situationer, de står i i løbet af arbejdsdagen. Når medarbejderne kommer til at arbejde i nye rammer med nye muligheder, vil de også begynde at skabe en fælles for-

ståelse for, hvordan rammerne skal bruges i praksis. Dermed vil overgangen til nye fysiske og organisatoriske rammer bidrage til at skabe nye praksisser.

I de nye omgivelser vil der skulle opbygges et nyt praksisfællesskab, der tager form af de nye omgivelser, principper for behandling og organisatoriske værdier. Etableringen af et sådan praksisfællesskab er ikke sket med indflytningen, men skabes over tid. Denne udvikling kan ikke styres fuldt ud, men den kan faciliteres. Kompetenceudvikling kan være en del af dette arbejde, men det er vigtigt at se det som del af en længere proces, hvor dialog, inddragelse og et tæt samarbejde mellem ledelse og medarbejdere er i centrum for at skabe og vedligeholde en fælles platform for arbejdet i det nye sygehus, som medarbejderne føler ejerskab til.

Litteratur

Barrett, R. (1996). *The Psychiatric Team and the Social Definition of Schizophrenia*. Cambridge: Cambridge University Press.

Buch, M. S., C. Holm-Petersen & E. B. Hansen (2013). *Status for Region Hovedstadens forløbsprogrammer for kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og type-2 diabetes. Evaluering af programmernes implementering i udførende led*. København: KORA.

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

Davidson, L., J. Tondora, M. J. O'Connell, T. Kirk, Jr., P. Rockholz, & A. C. Evans (2007). Creating a recovery-oriented system of behavioral health care: moving from concept to reality. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol. 31, nr. 1, s. 23-31.

Eplov, L., L. Korsbek, M. Olander & L. Petersen (2010). Rehabilitering i et historisk perspektiv. I: *Psykiatrisk og psykosocial rehabilitering. En recoveryorienteret tilgang*. L. Korsbek, L. F. Eplov, L. Petersen & M. Olander (red.) København: Munksgaard Danmark, s. 19-28.

Estroff, S. (1981). *Making it Crazy. An Ethnography of Psychiatric Clients in an American Community*. Berkeley: University of California Press.

Frandsen, A. K. (2013). Environmental qualities and patient well-being in hospital settings. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, vol. 10, nr. 18, s. 135-158

Goffman, E. (1967). *Anstalt og menneske. Den totale institution socialt set*. København: Paludans Fiolbibliotek.

Grünenberg, K. & K. S. Johansen (2013). Passende og upassende relationer: familien som ideal i socialt arbejde. I: *Familie og slægtskab. Antropologiske Perspektiver*. K. F. Olwig & H. O. Mogensen (red.). Frederiksberg: Samfundslitteratur.

Hochschild, A. R. (1999). Politisk kultur: Tradisjonelle, postmoderne, kald-moderne og varm-moderne omsorgsidealer. I: *Omsorgens forvitring? Antologi om utfordringer i velferdssaten*. K. Christensen & L. J. Syltevik (red.). Bergen: Fagbokforlaget.

Holm-Petersen, C. (2007). *Stolthed og fordom. Kultur- og identitetsarbejde ved skabelsen af en ny sengeafdeling gennem fusion*. (Copenhagen Business School Ph.d. serie 31. 2007). København: Samfundslitteratur.

Jacobsen, C. B. (2006). *Paradoksal psykiatri. Etnografiske analyser af samspillet mellem plejepersonale og patienter i dansk retspsykiatri*. (Ph.d. rækken, nr. 40). København: Institut for Antropologi .

Jacobsen, C. B. & K. S. Johansen (2011). *Udvalgte udviklingstendenser i dansk retspsykiatri*. København: DSI.

Jakobsen, T. B. (2004). *Legitimitetens logik. Institutionelle dilemmaer i det sociale klagesystem*. Ph.d. afhandling København: Københavns Universitet, Sociologisk Institut.

Jansbøl, K. & M. S. Buch (2012). *Afdækning af lægeperspektiver på Fælles Skolebænk i Region Hovedstaden*. København: KORA.

Jensen, P. (2004). *Recovery på dansk – at overvinde psykosociale handicap*. (Ph.d.rækken nr. 37). Århus: Systime Akademik.

Johansen, K. S. (2006). *Kultur og psykiatri*. København: Institut for Antropologi.

Johansen, K. S. (2009). Et antropologisk blik på psykiatrisk sygdomsforståelse – Sociale og kulturelle aspekter af en sygdomsmodel for skizofreni. I: *Tidsskriftet Antropologi*, nr. 58, s. 85-106.

Johansen, K. S., J. Larsen & A. Nielsen (2012). *Tværasektorielt samarbejde i psykiatrien. Videns- og erfaringsopsamling*. København: KORA.

Kelstrup, A. (1983). *Galskab, psykiatri, galebevægelse. En skitse af galskabens og psykiatriens historie*. København: Amalie - Galebevægelsens blad.

Lave, J. & E. Wenger (1991). *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation*. Cambridge: Cambridge University Press.

Madsen, A. (2009). Psykiatriens historie i Danmark. *Dansk Sociologi*, vol. 20, nr. 1, s. 87-100.

Martinsen, K. & K. Wærness (1979). *Pleie uten omsorg?* Oslo: Pax Forlag.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2013). *Tvang i psykiatrien – om psykiatriske patienters rettigheder ved tvangsindgreb*. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Møllerhøj, J. (2008). Sindssygdom, dårevæsen og videnskab. Asyltiden 1850-1920. I: *Psykiatriens historie i Danmark*. J. V. Kragh (red.). København: Hans Reitzels Forlag.

Oeye, C., Bjelland, A. K., Skorpen, A., & Anderssen, N. (2009) Raising adults as children? A report on milieu therapy in a psychiatric ward in Norway. I: *Issues of Mental Health Nursing*, vol. 30, nr. 3, s 151-158.

Onken S.J., Dumont J.M., Ridgway P, Dornan D.H, & Ralph R.R. (2002) Mental Health Recovery: What Helps and What Hinders. Phase One Research Report. National Association of State Mental Health Program Directors & National Technical Assistance Center for State Mental Health.

Pedersen, L. (2011). *Patientinddragelse – refleksion, læring, innovation og ledelse*. København: Hans Reitzels forlag.

Petersen, A. (2013). *Hverdagslogikker i psykiatrisk arbejde. En institutionsetnografisk undersøgelse af hverdagen i psykiatriske organisationer*. Frederiksberg: Copenhagen Business School. Doctoral School in Organisation and Management Studies

Regeringens udvalg om psykiatri (2013). *En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser*. København: Sundhedsministeriet.

Region Sjælland (2008). *Psykiatriplan for Region Sjælland*.

http://www.regionsjaelland.dk/sundhed/geo/psykiatrien/om_psykiatrien/psykiatriplan/download-psykiatriplanen/Sider/default.aspx

Region Sjælland (2012). *Visioner for fremtidens sygehusvæsen*.

<http://www.regionsjaelland.dk/Sundhed/sygehusene-2020/visioner/Sider/default.aspx>.

- Region Sjælland (2012). *Visioner for det nye psykiatrisygehus*.
<http://www.regionsjaelland.dk/sundhed/geo/psykiatrien/psykiatrisygehus-slagelse/overblik/andet/Sider/Visioner.aspx>.
- Region Sjælland januar 2014 (1). *Afsnit P4 Nykøbing Sj. Behandling*.
<http://www.regionsjaelland.dk/sundhed/geo/psykiatrien/behandlingssteder/afsnit-p4-nykoebingsj/indlaeggelsesforloeb/Sider/Behandling.aspx>
- Region Sjælland januar 2014 (2). *Sikringsafdelingen. Behandling*.
<http://www.regionsjaelland.dk/sundhed/geo/psykiatrien/behandlingssteder/sikringsafdelingen/behandling/Sider/default.aspx>
- Region Sjælland januar 2014 (3). *Afsnit V1, Slagelse. Behandling*.
<http://www.regionsjaelland.dk/sundhed/geo/psykiatrien/behandlingssteder/afsnit-v1-slagelse/indlaeggelsesforloeb/Sider/Behandling.aspx>
- Region Sjælland januar 2014 (4). *Distriktpsychiatrien. Slagelse*.
<http://www.regionsjaelland.dk/sundhed/geo/psykiatrien/behandlingssteder/distriktpsychiatrien-slagelse/behandlingsforloeb/Sider/Behandling.aspx>
- Region Sjælland januar 2014 (5). *Klinik for traumatiserede flygtninge. Vordingborg*.
<http://www.regionsjaelland.dk/sundhed/geo/psykiatrien/behandlingssteder/klinik-for-traumatiserede-flygtninge-vordingborg/behandlingsforloeb/Sider/Behandling.aspx>
- Rhodes, L. (1991). *Emptying Beds. The Work of an Emergency Psychiatric Unit*. Berkeley: University of California Press.
- Schjødt, T. & T. Heinskou (2007). Miljøterapi - terapeutisk miljø. I: *Miljøterapi på dynamisk grundlag*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Smith, D. E. (1987). *The Everyday World As Problematic. A Feminist Sociology*. Boston: Northeastern University Press.
- Smith, D. E. (2002). Institutional Ethnography. In: *Qualitative Research in Action*. T. May (red.). London: SAGE.
- Sundhed.dk (2011). *Tvang i psykiatrien*.
<https://www.sundhed.dk/borger/patientrettigheder/tvang-i-psykiatrien/tvang-i-psykiatrien/>
- Tuck, I. & M. C. Keels, M. C. (1992). Milieu therapy: a review of development of this concept and its implications for psychiatric nursing. *Issues of Mental Health Nursing*, vol. 13, nr. 1, s. 51-58.
- Vatne, S. (2003). *Korrigere og Anerkjennelse. Sykepleieres rasjonale for grensesetting i en akutpsykiatrisk behandlingspost*. Oslo: Universitetet i Oslo, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Institut for sykepleievitenskap.
- Wenger, E. (1998). *Communities of Practice. Learning, Meaning, and Identity*. New York: Cambridge University Press.

Bilag 1 Observationsguide

10687 Arbejdsgangs- og kulturanalyse

Sengeafsnit/Ambulante afsnit

Beskrivelse af afsnittet

Fysiske rammer: Hvordan ser stedet ud? Hvor er ting og rum placeret, og hvad betyder det for arbejdsgangene (fx lukkede døre, afstand imellem rum/steder, er der særlige personale-zoner? Hvor må patienterne opholde sig? I hvilke typer rum udføres hvilke opgaver? Hvem har kontorer, hvornår og hvorfor trækker de sig tilbage?)

Faciliteter: Hvad findes på afdelingen?

Bemanding: Antal ansatte, på vagt (sikkerhedsnormering?)

Patienter (type, antal mv.): Patienternes baggrunde, sygdom, forløb, evt. dom

Hvordan foregår ind- og udskrivinger?

Arbejdsgange

Beskriv de daglige, centrale begivenheder, som du er med til/observerer i løbet af dagen (fx rapport, morgenkonference, andre personalemøder, medicingivning, måltider, samtaler, vagtskifte, kontaktpersonernes opgaver, indlæggelse/udskrivning mv.).

Hvor og hvornår foregår det, hvem er til stede [+ hvor er du selv i billedet]? Hvordan kommet evt. patienter med i aktiviteten?

Hvordan fordeles opgaverne? Hvem styrer fordelingen?

- Læg særligt mærke til patient-personale interaktion – hvor meget, hvor og hvornår (fx hvordan håndteres en konkret patients henvendelse med et spørgsmål/ønske)?
 - ➔ For ambulante afsnit særlig fokus på venterum, modtagelse, ventetid mv. (hvor venter man, hvilke faciliteter er der, hvor mange ad gangen, hvor er personalet osv.?)
 - ➔ For Sikringen/retspsykiatrisk særlig fokus på sikkerhedsforanstaltninger i arbejdsgangene
 - ➔ Evt. noget om hjemmebesøg i distriktpsychiatrien
 - ➔ Hvad med patientsamtaler?
 - ➔ Videregivelse af information om patienter (procedurer, respekt, fortrolighed?)

Aktiviteter for patienterne: Aktiviteter (motion, aktiviteter hos ergoterapeut, træningskøkken, psykoedukation mv.), samt aktiviteter 'uden for nummer' (gåture i haven, spille spil i opholdsstue, bordtennis)

Tvang: Hvordan foregår det? Hvordan taler personalet om det? Hvilke begreber/billeder/metaforer bruger man om det? Taler man om direkte og indirekte tvang? Kan man tale om, at man er uenig om en tvangsbeslutning? Hvordan vurderes situationen i forhold til mindste middel-princip?

- ➔ Beskriv de særlige forhold, der gælder for Sikringen/retspsykiatrisk. Hvordan foregår det? Bliver tvang italesat her, eller er det helt naturligt integreret i alt, hvad man gør?
- ➔ Omtales tvang som omsorg/behandling/straf/beskyttelse? Som noget særligt eller en del af hverdagen?

Alarm: Procedurer i forbindelse med alarm? Hvem tager sig af en alarm? (er politiet involveret?)

Kommunikation

Sprogbrug: Kommunikation om og med patienter, mellem personaler (fx sprogbrug, ordvalg, tonen, varighed af samtaler, afbrydelser, ...)

Videregivelse af information om/til patienter

Patient-personale interaktion

- Interaktion med patienter: Hvornår og med hvilke formål er personalet sammen med patienterne? (hvilke personalegrupper og hvilke opgaver? hvem tager initiativet, hvordan italesættes det, er det prioriteret, er det irriterende, ...?). Hvad er der af 'huller' i personalets dag, hvor der evt. er plads til patienterne?
- Beslutningstagning i forhold til behandling (hvem tager beslutninger, hvornår tages de, hvem bliver hørt (og hvem bliver ikke hørt), hvem er til stede, hvordan kommunikeres de ud til personalet, i hvilket omfang og hvordan manipulerer gulvpersonalet med lægen)

Kollegial interaktion

- Kollegial interaktion (fx imellem faggrupper, ...). Hierarki i forhold til beslutninger og rollefordeling (hvem udfører hvilke opgaver, tager hvilke beslutninger osv.?). Er der nogen, som man altid brokker sig over? Hvem stoler man på? Er der nogen, der aldrig henter kaffe?
- Hvad er der af supervision, debriefing (fx efter tvang eller alarm)?

Sikkerhed

- Sikkerhed: Hvordan optræder sikkerhed i relationer, kommunikation (er der faste procedurer, er det til forhandling, hvilken betydning har det?). I hvilke situationer kommer overvejelser om sikkerhed til syne? Giver personalet hinanden besked om, at man går på toilettet (eller ud og ryger)? Er der altid styr på, hvor personale og patienter er henne? Tæller man knive og gafler op efter måltiderne? Drikker patienterne af plastik-kopper?
- I forbindelse med samtaler med patienterne: Hvem går med? Hvor placerer man sig i rummet?

Pårørende/gæster

- Pårørende på afdelingen (hvilken holdning skinner igennem i forhold til pårørende, er de velkomne/irriterende, hvilken rolle forventer man, at de spiller på afsnittet og i patienternes forløb?).
- Adgang: Visitation, metaldetektor mv.

Samarbejde med andre afsnit / afdelinger

- Andre afsnit/afdelinger: Foregår der noget samarbejde/interaktion med andre afsnit eller afdelinger? Hvad siger man om de andre? Hvordan taler man om dem (sproget)? Hvordan er vi (det konkrete afsnit) anderledes end de andre afsnit/personalegrupper?

Det nye sygehus

- Det nye sygehus: Optræder det nye sygehus og den forestående flytning i hverdagen? (fx i samtaler ved frokosten, som en undskyldning for noget (det kan vi ikke, for vi skal alligevel snart flytte) eller?).

Kultur

Selvforståelse: Hvordan udtrykkes afdelingens selvforståelse – hvem er vi, hvem er vores patienter... Er der nogen 'fjendebilleder' – den anden afdeling, politiet...?

Køn og fysik: Hvem kan gøre hvad med patienterne, er vigtige at have i vagten? Hvordan italesættes mandlige og kvindelige roller – og i hvilke situationer? Fysisk styrke? Attitude? Er der nogen regler eller principper for påklædning? Er der en sikkerhedsnormering – prøver man at tilstræbe, at der altid er mænd i vagt? Hvad sker der på afsnittet, hvis der pludselig er mange mænd tilstede? Er der særlige roller/opgaver for mænd og kvinder?

Bilag 2 Spørgeguide

10687 Arbejds- og kulturanalyse

1. Opfølgning på dagens observation

2. Profil

Faglig baggrund?

Hvor længe har du arbejdet i psykiatrien? På dette afsnit?

3. Som det ser ud nu

Kan du prøve at beskrive, hvad dette er for et afsnit (afdeling) – hvad kendetegner jer?

Evt. hvordan adskiller I jer fra andre afsnit/afdelinger?

Hvem er jeres patienter? Hvad er deres særlige behov?

Hvad er typiske problemer? (stoffer, absentering, ...)

Hvordan tænker I behandling, og hvad er karakteristisk for den behandling, I yder her på stedet?

Kan du prøve at beskrive, hvilke dele af jeres arbejde, som du synes, at I er rigtig gode til? Og hvilke dele af arbejdet I kunne blive bedre til? (giv eksempler på arbejdsgange eller diskuter i forhold til observerede arbejdsgange, fx morgenmøde, medicingivning, måltider mv.)

Af det, der fungerer rigtig godt i dagligdagen på afdelingen her, hvad synes du er vigtigt at tage med over i det nye sygehus? (fx måder at gøre tingene på (arbejdsgange), måder at være på i forhold til patienter og kolleger. Kan vi identificere nogen knaster i forhold til andre afsnit?)

Er der noget i jeres måde at arbejde på, som du synes, I ikke skal tage med over i det nye sygehus?

Hvilke aktivitetstilbud har I til patienterne? (idræt, værksteder, undervisning mv.)

Hvad betyder de fysiske rammer for jeres måde at arbejde på? Begrænsninger, muligheder i forhold til behandling og sikkerhed (andet?). Hvordan påvirker de patienterne? Meget gerne konkrete eksempler.

Hvordan er samarbejdet med patienternes pårørende nu? Reglerne/mulighederne for besøg? Faciliteterne (besøgsrum mv.)?

Behandlingsrelationen med patienter

Ud fra hvilke principper arbejder I som personale med relationen til patienterne (fx 'jeg-styrkende-sygepleje')?

Hvordan arbejder I med at etablere en behandlingsalliance med patienterne?

Hvilken rolle spiller relationen i jeres professionelle tilgang?

Hvordan har I organiseret kontaktpersonordningen i dette afsnit? Hvem sammensætter kontaktpersonteams for patienterne?

Hvordan arbejder I med kroppen i forhold til behandling/pleje?

Patient-personale relationer generelt

Hvordan vil du beskrive relationen mellem personalet og patienterne her i afdelingen? Ud af en arbejdsdag, hvor meget tid er der så til samtale og samvær?

Hvordan er patienternes adgang til at kontakte personalet, hvis de har behov for det?

Hvilke personalegrupper er tættest på patienterne? Noget om hvad de forskellige fagligheder i personalegruppen betyder ...

(evt. noget omkring hjemmebesøg i Distriktpsychiatrien)

Hvilken rolle spiller patientens kontaktperson(er)? Føler du, at kontaktpersonernes observationer og meninger bliver hørt i forbindelse med patientens behandlingsplan?

Relationer personalet imellem

Hvordan er samarbejdet mellem forskellige personalegrupper?

Hvordan foregår samarbejdet i kontaktpersons team eller imellem den primære og den sekundære kontaktperson?

Hvad kan de forskellige grupper? Hvad bruger man dem til?

Tema Tvang

Kan du prøve at fortælle lidt om, hvordan I arbejder med tvang her i afdelingen? Hvilken tilgang og målsætninger arbejder I med?

Hvilke former for tvang kommer typisk i spil?

Hvordan foregår det fx, hvis I bliver nødt til at fikse en patient? Hvor ofte cirka bliver en patient udsat for tvang hos jer? Hvornår vælger man typisk at gøre det? Er det som regel planlagt? Eller er det akut? Hven kan tage beslutningen om at benytte tvang?

Når en patient bliver bæltefikseret, hvor foregår det så henne?

Tema Sikkerhed [måske mest relevant i Retspsykiatrien og Sikringen]

Kan du fortælle lidt om, hvordan I arbejder med sikkerhed i afdelingen?

Hvilke sikkerhedsforanstaltninger tager I i det daglige arbejde?

Er sikkerhed noget, I taler om?

Har I kurser i sikkerhed (fx psykofysisk træning)?

Hvor ofte har I 'hændelser' på afsnittet? Hvordan vurderer I patienternes farlighed?

Har du kendskab til medarbejdere, der har været udsat for noget?

Er det ofte, at I har patienter, der stikker af/absenterer?

4. Forberedelsesprocessen

Har du deltaget i processen omkring byggeriet af det nye hospital og flytningen af afsnittet/afdelingen?

Hvordan har du oplevet inddragelse af medarbejdere og patienter i forhold til beslutningsprocessen omkring det nye sygehus?

Hvem er blevet hørt og hvornår? Hvilken plads har jeres input haft undervejs i processen?

Har graden af involvering været tilstrækkelig? Hvis ikke, hvad ville I gerne have haft indflydelse på og hvordan?

Hvordan er stemningen i jeres enhed/afsnit/afdeling i forhold til, at I skal flyttes? Hvad taler I om? Hvad har reaktionerne været i personalegruppen? Forskelle faggrupper imellem?

Hvad bekymrer mest ved at I skal flytte i et nyt sygehus?

Hvad glæder I jer til?

5. Forventninger til det nye sygehus

Hvad syntes du om arkitekturen i det nye byggeri og nogle af de ideer, der ligger bag? (fx i forhold til store glaspartier for at skabe transparens, fokus på lyset, nem adgang til haver og natur, og at patientstuerne er små for at 'lokke' patienterne ud i fællesskabet).

Hvordan forestiller du dig, at de nye og anderledes rammer vil påvirke jeres daglige arbejde? Hvad tror du, det kommer til at betyde, fx at:

- personalet ikke har faste kontorer, men skal booke et rum, hvis man har brug for det?
- at personalerummet ('dueslaget') er af glas og placeret midt i afdelingen?

Hvad tror du, at disse nye forhold komme til at betyde for behandling (set i forhold til, hvordan det forgår nu)?

Hvordan tror du, at de nye forhold vil påvirke samarbejdet internt på afdelingen og i forhold til de andre afdelinger?

Hvad forestiller du dig, at der er brug for af kompetenceudvikling for medarbejderne?

Den fysiske nærhed mellem afsnit i det nye sygehus lægger op til en række ændringer i organiseringen i forhold til normering (fx fælles nattevagter) og sammenlægning af afsnitsledelser. Hvad kommer det til at betyde for jer?

Tema Tvang

Hvad har du hørt om tvang i forhold til det nye sygehus? (For almenpsykiatrien bliver der kun mulighed for fiksering i særlige rum uden for afsnittet. For retspsykiatrien bliver der mulighed for fiksering på patientstuerne) [Det er ikke sikkert, at dette er anderledes end nu. På nogle afdelinger fikserer man på patientens stue, men andre steder bruger man et særligt rum (bælttestue, stue 0 o.l.) på sengeafsnittet.]

Hvad tænker du om det i forhold til at få hverdagen til at fungere i de nye omgivelser?

Tema Sikkerhed

[Specifikke spørgsmål til personale i Sikringen] Hvad ved du om sikkerheden på det nye sygehus? Hvordan tænker du, at det vil påvirke jeres daglige arbejde? [Sikringen har en 'mandenormering', dvs. ret til at ansætte mænd, og fungerer nu som ekstra sikkerhed for de nærliggende afsnit].

Kompetencer

Har du ønsker til eller behov for efteruddannelse eller anden form for kompetenceudvikling for at ruste dig til arbejdet i det nye sygehus?

Afslutningsvis

Hvad tænker du, er de største udfordringer ved at tage det nye sygehus i brug?

Hvad ser du som de væsentligste fordele og ulemper ved flytning – for jer som personale og for vores patienter?

Hvilke praktiske udfordringer ser du?



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

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