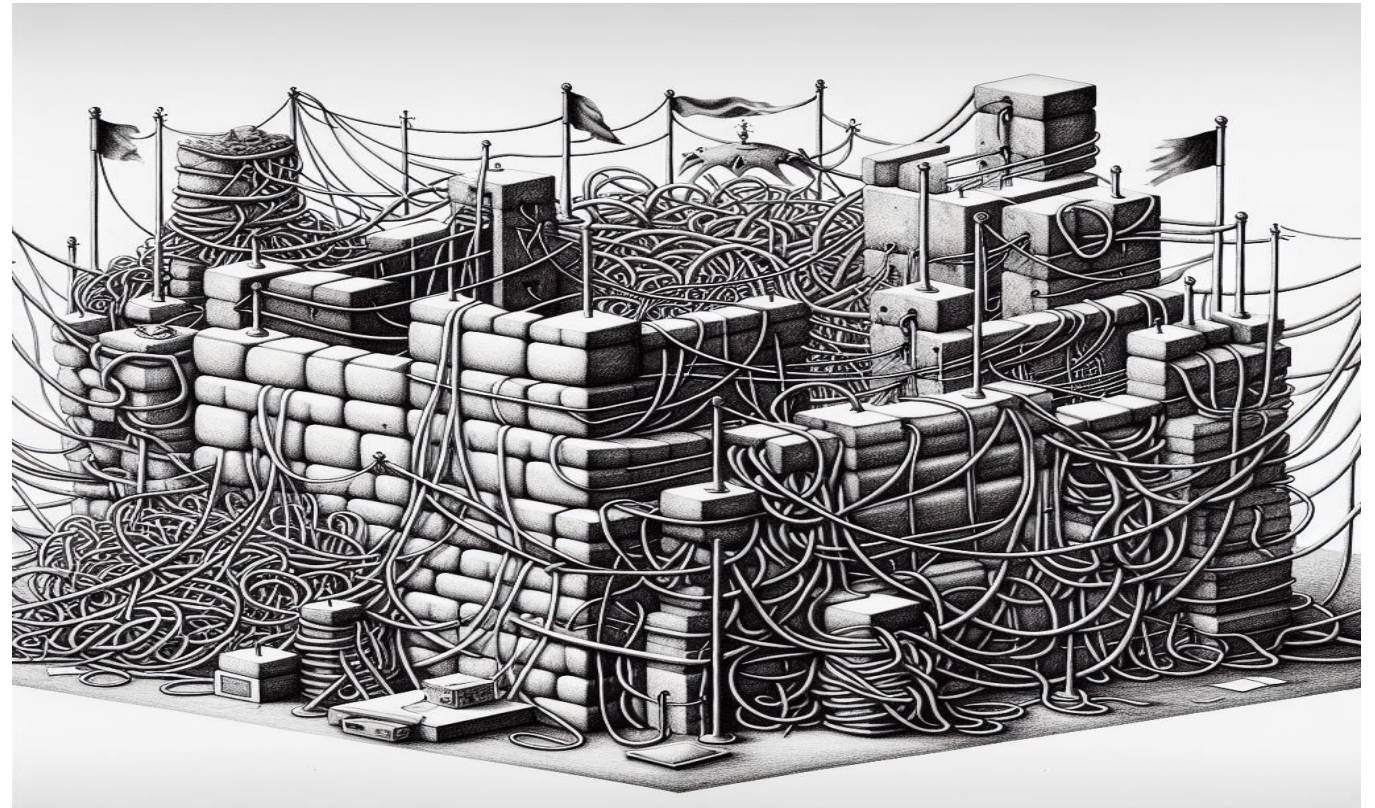


Organisatoriske barrierer, indflydelse på klinisk praksis

*Signe W Düring
Forskningslektor, overlæge, PhD
Psykiatriens Forskningsenhed
Region Sjælland*



Politisk udvikling

- Mange års ”falden mellem to stole” er beskrevet på verdensplan (Düring et al 2025, in press)
- Afvisning af behandling hvis fortsat rusbrug-krav om afholdenhed typisk 3 mdr (indtil ca 2022 stadig meget almindeligt)
- Beslutning om at integreret DD behandling skulle delvis overflyttes til regioner(2023)
- Første rul 2024 pts der allerede er inde

Grundlaget....

- Materialet baserer sig på, er omfattende empirisk erfaring med fagligt fokus (Alveson 2009):
- Participant observer
- Supervision af yngre læger- *udsagn*
- Undervisning af 300 blandede medarbejdere i IDD -*udsagn*
- H og I kurser siden 2020 to gange årligt- *spørgsmål*
- Ledelses- og registreringsfora- *udsagn*
- Indsamling 22-24 i TRACK og efterfølgende 24-25 i IDD, RS

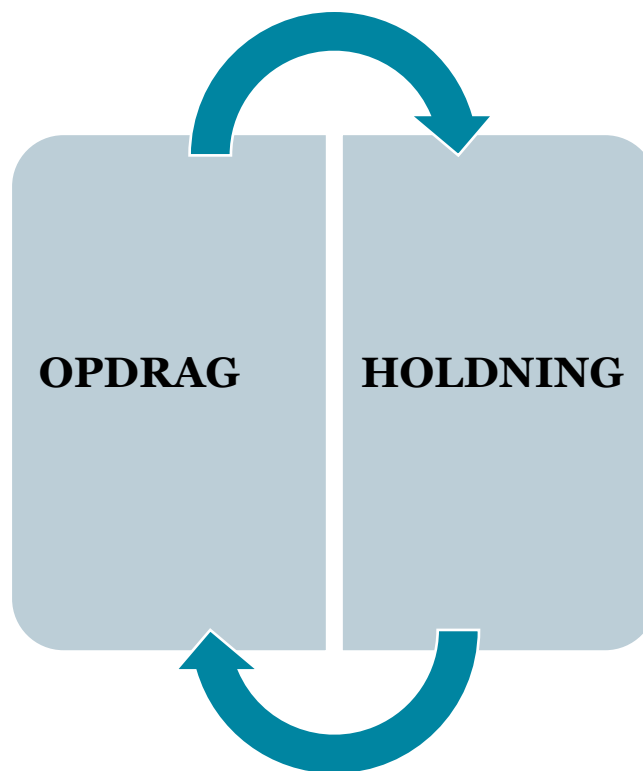
Framework

- Analyse af notemateriale(Fairclough 2003), fremsendte spørgsmål og tavle noter, kategorisering og omsætning, ikke videnskabelig bearbejdning til dette oplæg, men i artikel, er submitted.
- Framework for analysen er konstruktivistisk.

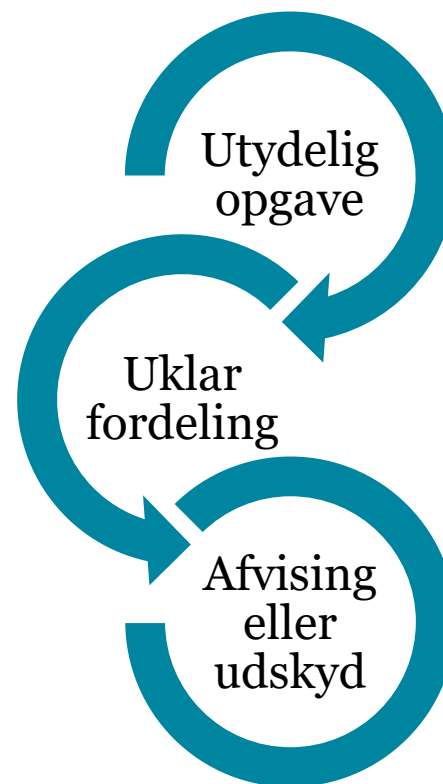
Anonymiseret og diskretioneret

- **Overordnet** og ikke ”at udlevere nogen”
- Konklusioner er gældende for kontakt med medarbejdere fra hele landet og mange uddannelseslag- oplevelser ikke nødvendigvis det er reelt sker

Medarbejderen og organisationen



Perfekte storm....oplevelser



Barrierer

- Oplevelse af NYT problem
- Oplevelse af manglende kompetencer
- Behov for megen lederunderstøttelse og faglig opbakning

1) Organisatorisk

Strukturelt fokus på at afgrænse: overholde økonomiaftaler og sikre ressourcer bruges hensigtsmæssigt, registrering.

Triagering er rimelig, kan være skævvredet, alvorsgrad er ikke dominerende for afvisning- men evt. detaljer eller modkrav ("vi kan ikke hjælpe dig hvis...")

Dem på grænsen risikerer afventen over lang tid, eller limbo selv efter de er inde i et team (vi ved ikke hvordan vi skal undersøge)

2) Afgrænsning -eksempler

- ”man kan **jo** ikke behandle deres psykiatriske lidelse”
- ”jeg tog ikke det her job for at behandle misbrugere”
- ”misbruget skal behandles først”
- ”de kan ikke udredes ordentligt”
- ”det gør vi ikke”
- ”målgruppen er....”
- ”vi skal **jo** skabe pladser....”

3) Faglig tvivl –konnotationer eksempler

- ”.. Ingen læger kan **jo** lide at blive snydt”
- ”...det er kan **jo** være det er deres misbrug”
- ”man skal **jo** vide om de har brugt rusmidler ellers kan man ikke være sikker... (på diagnosen)”

Opsummering

- Oplevelse af uklarhed, patienter kan ende med ikke at få den nødvendige undersøgelse (Johansen, Busch et al. 2018)
- Organisationer har styringsbehov- evt i konflikt med patientens eller behandlerens behov- men kan få konkrete konsekvenser for den enkelte
- Den enkeltes holdning informerer om kultur, acceptabilitet af udsagn
- Krav om en bestemt opførsel for at x kan gennemføres medfører nedsat alliance og tilfredshed med arbejdet, ”behandler afmagt”

Ingen diagnose ingen behandling...

- Mange pts venter meget længe uden at have adgang til tilstrækkelig undersøgelse og behandling, *selvom de ses*
- Personalets oplevelser kan influere direkte på kursen i et forløb (afslutning, genindskrivelse, afventen)

Så hvad så? Mulige veje?

- Hvad kan man bruge det til?
- *Målrette og adressere tvivl og sikre at der følges op?*
- Hvordan kan man komme videre?
- *Ledelsesfokus, styrke dialog, identificere automatiske udsagn?*
- Hvordan arbejder man med holdningsændring?
- *Påtage sig ansvar for at ændre en italesættelse?*

Tak for iår

