

An abstract painting of a human figure, possibly a woman, rendered in a style that is expressive and somewhat distorted. The colors are vibrant and varied, including shades of red, orange, yellow, green, blue, and purple. The figure is positioned centrally and appears to be looking downwards. The background is a mix of light and dark tones, creating a sense of depth and movement.

**Arbejdsmiljø
&
Behandlingsformer
i den Danske Psykiatri**

En undersøgelse af den danske psykiatri som felt

NORDJYSKE Medier

Efterår 2007

Indholdsfortegnelse

1. Indledning.....	6
1.1. Formål	6
1.2. Problemstilling	6
Underspørgsmål:	6
1.3. Metode.....	6
Validitetvurdering	9
2. Analyse.....	10
2.1. Respondentgruppen.....	11
Køn.....	11
Alder.....	11
Erhverv	12
Psykiatrisk erfaring	13
Opsummering	15
2.2. Arbejds miljø	16
Fysisk arbejds miljø	16
Opsummering	18
Psykisk arbejds miljø	18
Opsummering	22
Forbedring af arbejds miljøet	23
2.3. Patienter og arbejdsrutiner.....	24
Antal patienter.....	24
Opsummering	25
Kvalitative kommentarer.....	26
2.4. Disponering af tid.....	27
Opsummering	28
2.5. Psykiaternes uddannelse.....	29
Den farmakologiske del.....	29
Den psykoterapeutiske del.....	30
Opsummering	31
2.6. Kurser og efteruddannelse	32
Hvilke kurser har psykiaterne deltaget i?	32
Det faglige udbytte.....	32

Specielt om de psykofarmakologiske kurser	33
Arrangørerne af de farmakologiske kurser	33
Opsummering	34
2.7. Behandlingsformer i psykiatrien	35
Medicinsk behandling	35
Samtaletterapi	36
Motion, musik og lignende	37
Andre behandlingsformer	38
Opsummering	42
2.8. Indlæggelsestiden	43
Opsummering	44
2.9. Medicintyper	45
Antidepressiv medicin og benzodiazopiner	45
Antipsykotisk medicin og benzodiazopiner	46
Polyfarmaci i forhold til antipsykotisk medicin	46
Opsummering	50
2.10. Medicinfri behandling af skizofrene	51
Opsummering	53
2.11. Udskrivning af medicin	54
Opsummering	56
Er patienterne informeret tilstrækkeligt om deres medicinering?	57
Patienternes indflydelse på egen medicinske behandling	57
Opsummering	58
2.12. Ændringer i medicinering	59
Opsummering	63
2.13. Samarbejdet med Sundhedsstyrelsen	65
Opsummering	66
2.14. Offentlig eller privat	67
Det offentlige psykiatriske system	67
Dokumentation eller patienter	69
De privat ansatte – ønske om offentlig ansættelse?	70
Oplevelsen af det offentliges behandlingstilbud	70
Opsummering	72

2.15. Jobskifte i sigte.....	73
Hvilket skifte overvejes?.....	73
Hvorfor overvejes et jobskifte?.....	74
Opsummering	75
2.16. Afsluttende kommentarer	76
Bilag 1 - spørgeskemaet	78
Bilag 2	87
Hvilken sektor arbejder De på nuværende tidspunkt indenfor? - Anden. Hvilken?.....	87
Bilag 3	88
Eventuelle kommentarer om det fysiske arbejdsmiljø kan skrives her	88
Bilag 4	90
Eventuelle kommentarer til det psykiske arbejdsmiljø kan skrives her	90
Bilag 5	94
Hvilke tre tiltag kunne eventuelt forbedre Deres daglige arbejdsmiljø?.....	94
Bilag 6 – antallet af patienter.....	99
Eventuelle kommentarer kan skrives her	99
Bilag 7 - den farmakologiske del af speciallægeuddannelsen.....	102
Eventuelle kommentarer kan skrives her	102
Bilag 8 – den psykoterapeutiske del af speciallægeuddannelsen	105
Eventuelle kommentarer kan skrives her	105
Bilag 9	108
Har De inden for det seneste år modtaget supplerende uddannelse eller kurser? - Ja. Hvilke?	108
Bilag 10	112
Har De inden for det seneste år deltaget i farmakologiske kurser? - Ja. Hvilke?.....	112
Bilag 11	114
Hvem har arrangeret disse kurser?.....	114
Bilag 12 – den generelle indlæggelsestid for alvorligt syge patienter	116
Eventuelle kommentarer kan skrives her	116
Bilag 13	119
Er der andre behandlingsformer, De gerne så indført eller fremmet? - Ja. Hvilke?.....	119
Bilag 14	122
Ser De fordele ved polyfarmaci i forhold til antipsykotisk medicin? - Ja. Hvilke?.....	122
Bilag 16 - fordele ved polyfarmaci i forhold til antipsykotisk medicin.....	125
Eventuelle kommentarer kan skrives her	125
Bilag 17 - fremtidsperspektiver ved forsøg med medicinfri behandling af debuterende skizofrene	127
Eventuelle kommentarer kan skrives her	127

Bilag 18 - mængden af medicin, der udskrives i psykiatrien	129
Eventuelle kommentarer kan skrives her	129
Bilag 19 - Hvor godt mener De, at de psykiatriske patienter generelt er informeret i forbindelse med den medicinske behandling disse indgår i	132
Eventuelle kommentarer kan skrives her	132
Bilag 20 - Hvor ofte har Deres patienter mulighed for indflydelse på egen farmakologiske behandling	134
Eventuelle kommentarer kan skrives her	134
Bilag 21 - Har De inden for de seneste 1-2 år ændret på Deres receptpolitik	136
Hvad har De ændret?	136
Bilag 22	139
Hvad fik Dem til at ændre på Deres receptpraksis?	139
Bilag 23	141
Hvad skal der til for at fastholde Dem som ansat i det offentlige psykiatriske behandlingssystem?	141
Bilag 24 - Ville De være interesseret i en hel- eller deltidsbeskæftigelse i det offentlige psykiatriske behandlingssystem	145
Eventuelle begrundelser kan skrives her	145
Bilag 25	146
Oplever De, at der er patientgrupper, som ikke altid får adækvat behandlingstilbud i det offentlige system? - Ja. Hvilke?	146
Bilag 26 - psykiatriens samarbejde med Sundhedsstyrelsen	150
Eventuelle kommentarer kan anføres her	150
Bilag 27 - Overvejer De at skifte job	152
Hvilket skifte overvejer De?	152
Bilag 28	154
Hvorfor overvejer De at skifte job?	154
Bilag 29	156
Afsluttende kommentarer kan skrives her	156

1. Indledning

1.1. Formål

Dette er en survey, der har til formål at belyse det danske psykiatriske felt. Hensigten med denne undersøgelse er at danne et objektive billede af de strukturer og elementer, der er styrende og toneangivende for det psykiatriske felt. Da der ikke er lavet tilsvarende undersøgelser med samme indgangsvinkel, vil denne undersøgelse tage et induktivt perspektiv for netop at danne et upartisk og neutralt billede af det psykiatriske felt. Dette bevirker, at undersøgelsen ikke sigter efter at give lægelige eller teoretiske analyser eller forklaringer på de fænomener, der vil fremkomme via den empiri, denne undersøgelse er funderet på. Undersøgelsen vil derimod give en mere deskriptiv forklaring og tolkning af de umiddelbare fænomener der fremkommer via empirien. Undersøgelsens overordnede og induktive karakter vil ikke prøve at danne grounded theory, men sigter på at skabe empirisk begrundede teser, som læseren af denne undersøgelse enten kan bruge til at danne indsigt i det psykiatriske felt, eller videre undersøge de enkelte teser, der måtte have interesse for læseren.

Undersøgelsen er først og fremmest bestilt af Nordjyske Medier, hvor intentionen med undersøgelsen har været, at danne et validt billede af det psykiatriske felt. Dette har været vigtigt for Nordjyske Medier, da det psykiatriske felt i offentligheden fremstår som et intrikat og lukket felt, hvorom der generelt ikke findes meget information og offentlig viden.

For det andet er undersøgelsen udarbejdet i samarbejde med Dansk Psykiatrisk Selskab. Dansk Psykiatrisk Selskab har været behjælpeligt i forhold til at udforme og redigere visse punkter i interviewguiden. Hensigten for Dansk Psykiatrisk Selskab har været at danne indsigt i den faglige hverdag Dansk Psykiatrisk Selskabs medlemmer agerer i.

1.2. Problemstilling

I dette afsnit vil der være en fremstilling af det arbejdsspørgsmål, der skal danne den foranstående tematisering i den videre undersøgelse. Videre er der opstillet tre underspørgsmål, der skal danne den overordnede struktur for besvarelsen og analysen af arbejdsspørgsmålet.

Hvorledes er arbejdsgangen og den almene praksis i den psykiatriske behandling?

Underspørgsmål:

- Hvorledes er forholdene for den enkelte psykiater?
- Hvorledes vurderer psykiateren de almene psykiatriske behandlinger?
- Hvorledes foregår den almene behandling af den enkelte patient?

1.3. Metode

Følgende afsnit vil omhandle de grundlæggende metodiske tilgange, der må afvejes ved en survey, og videre hvilke afvejninger der er passende til denne specifikke survey i kontekst. Der vil da være en forklaring af de overvejelser, der er gjort i forbindelse med opbygningen og konstruktionen af det spørgeskema, der er udsendt til de respektive respondenter.

Det er i ethvert spørgeskema eller surveyundersøgelse vigtigt at indlede med simple og ganske overskuelige spørgsmål. Dette må gøres på trods af, at vi må formode, at respondenterne, som psykiatere, har ganske gode forudsætninger for at kunne forstå, reflektere og læse mere korpulente spørgsmål, da problemstillingerne og emnerne i denne survey omhandler perspektiver i det felt, hvor respondenterne selv er faglige specialister. De elementære og grundlæggende spørgsmål til overordnede perspektiver vedrørende undersøgelsesfeltet må gøres, for at respondenterne kan blive trygge ved deltagelsen i surveyundersøgelsen. Videre skal disse mere elementære spørgsmål være med til at sætte respondenterne ind i den måde, det resterende spørgeskema i praksis skal besvares på. Det er da vigtigt, at layoutet, spørgsmålsformuleringen og sprogbruget danner en forholdsvis kontinuerlig "rød tråd" gennem det samlede spørgeskema med afsæt i de indledende spørgsmål.

Vi som konstruktører af spørgeskemaet, har dog været opmærksomme på at holde en forholdsvis kontinuerlig høj faglig retorik gennem spørgeskemaet. Dette har været vigtigt, da problemstillingen til denne undersøgelse skal besvares via empiri bestående af faglige vurderinger. Det er derfor betydningsbærende, at respondenterne gennem de sproglige formuleringer i spørgeskemaet bliver gjort opmærksomme på fagligheden bag denne undersøgelse. Videre har vi antaget, at en høj faglig retorik og termbrug kan være med til at højne gennemførselsprocenten, da denne subjektivt kan vække en faglig interesse blandt respondenterne, og derved undgå at undersøgelsen kommer til at virke stupid og ligegyldig for de respektive respondenter.

Det har været ganske essentielt at vurdere den fysiske opbygning af spørgeskemaet, da mange af de spørgsmålsformuleringer, der indgår i skemaet, må antages at have generelle tematiseringer, og derved ligeledes genererer generelle svarmuligheder. Respondenterne kan da have svært ved at svare konkret, da de psykiatriske vurderinger ofte er intrikate og må vurderes til den kontekst, den specifikke behandling må foretages i. Denne problematik er prøvet løst ved at lave åbne svarmuligheder efter de lukkede svarkategorier. Derved har de enkelte respondenter muligheden for at præcisere de svar, og den kontekst svarene eller vurderingerne er foretaget i.

De indledende spørgsmål omhandler som ofte respondenterne selv, og er da forholdsvis nemme for respondenterne at besvare. Disse spørgsmål er ofte gode til at give en baggrundsviden om respondenterne, og det felt respondenterne agerer og interagerer i.

Spørgsmål vedrørende respondenternes baggrund har også været indledningsspørgsmål ved denne survey. Her har det indledningsvis været vigtigt at få præciseret, hvilket psykiatrisk felt den enkelte respondenter på nuværende tidspunkt er tilknyttet. Videre er der i indledningen søgt et mere narrativt retrospektiv, hvor der ønskes viden om respondenterens historik i det psykiatriske felt.

Disse spørgsmål danner variable, der senere kan være med til at skabe analytiske kategorier, der videre kan sammensættes og vurderes i forhold til den problemstilling, der er valgt til denne undersøgelse.

Efter de indledende personlige spørgsmål bliver de følgende spørgsmål rettet mod et mere vurderende perspektiv vedrørende det psykiatriske felts arbejdsmiljø. Spørgsmålene er her rettet mod den psykiatriske praksis og behandling, den enkelte respondenter personligt agerer i. Denne del af spørge-

skemaet, vedrørende arbejdsmiljø, perspektiverer til mere overordnede emner såsom det generelle fysiske og psykiske arbejdsmiljø og tidspres. Derefter indsnævrer spørgsmålene sig mod mere specifikke perspektiver vedrørende patientgruppens størrelse og tidspreset i konkrete situationer i den daglige praksis.

Videre koncentrerer emnerne sig om det faglige grundlag, der er gældende for det psykiatriske felt. Til at belyse dette tager spørgsmålene omdrejningspunkt i den psykiatriske uddannelse, kurser og eventuel efteruddannelse. Respondenterne bliver her først adspurgt vedrørende den generelle psykiatriske uddannelse og farmakologiske viden. Derefter fokuserer spørgsmålene sig på de eventuelle kurser og efteruddannelser, de respektive respondenter selv måtte have deltaget i. Der bliver her perspektiveret en del til den farmakologiske viden, respondenterne har optaget. Dette bliver til dels gjort for at lede videre til emnerne vedrørende den praktiske patientbehandling.

Først og fremmest bliver respondenterne bedt om at vurdere den generelle indlæggelsestid for alvorligt syge patienter. Dette kan give et billede af holdningen til den overordnede tilfredshed vedrørende det generelle psykiatriske system og behandlingsinstitution. Derefter bliver respondenterne bedt om at forholde sig til *recoveryteorien*¹. Dette kan give et billede af, om respondenterne mener, at den psykiatriske behandling kan give fuld helbredelse, eller udelukkende virker som afdæmpende og nivellerende behandling af psykiatriske lidelser. Derefter bedes respondenterne vurdere vigtigheden af forskellige overordnede behandlingsformer, som både spænder over somatiske og psykiske former. Respondenterne har efterfølgende mulighed for at beskrive alternative behandlingsformer, disse kunne vurdere ville være gavnlige at indføre i psykiatrien. Efter disse mere generelle perspektiver på den psykiatriske behandling fokuserer de videre spørgsmål sig på den behandling, de respektive respondenter selv i praksis udfører. Her bliver der endnu engang spurgt ind til brugen af forskellige behandlingsformer inden for farmakologiske og psykologiske tilgange. Derefter bliver respondenterne bedt om direkte at forholde sig til brugen af forskellige former for polyfarmaci. Empirien fra disse spørgsmål kan afspejle holdningen til brugen af flere medikamenter i behandlingen af psykiatriske lidelser. Dette kan direkte sammenlignes med de retningslinier, Sundhedsstyrelsen har frembragt. I kontrast til ovenstående spørgsmål bliver respondenterne videre adspurgt om deres holdning til fremtidige forsøg med medicinfri behandling.

Det essentielle spørgsmål er her, i forlængelse af ovenstående beskrivelser og overvejelser, i hvilket omfang de respektive psykiatere medicinere, og bruger de farmakologiske redskaber i den psykiatriske behandling. Respondenterne har i denne forbindelse mulighed for, at angive deres personlige holdning til de forskellige former for behandling og medicinering. Ligeledes bliver respondenterne bedt om at vurdere, hvorvidt de overvejer at ændre deres nuværende medicin valg i behandlingen af psykisk syge patienter.

Herefter følger en række spørgsmål omhandlende informationerne til patienterne vedrørende den medicinske behandling.

I den videre del af spørgeskemaet bliver respondenterne opdelt i to spor, et for de af respondenterne der er offentligt ansatte, og et for de af respondenterne der er privat ansatte. Dette bliver gjort for at lave en særskilt analyse af de offentligt ansattes syn på ansættelsen i det offentlige, og hvad der skal

¹ Teorien omhandler fuld helbredelse af alvorligt psykisk syge patienter.

være med til at fastholde disse respondenter i en offentlig ansættelse. Efter dette bliver de to spor atter samlet til et.

Videre bedes respondenterne vurdere psykiatriens samarbejde med Sundhedsstyrelsen. Dette kan være med til at give indblik i respondenternes brug af de retningslinier, der gives fra Sundhedsstyrelsen.

Afrundingsvis bedes respondenterne besvare, om de overvejer at skifte job, hvilket job de i så fald vil skifte til, og hvilke overvejelser de i denne forbindelse har gjort. Dette kan være med til at belyse stabiliteten i det faglige psykiatriske felt.

Som afslutningen af spørgeskemaet er der opstillet en boks til eventuelle afsluttende kvalitative kommentarer fra respondenterne. Det er her muligt for respondenterne at komme med yderligere kommentarer, der ikke i forvejen er blevet behandlet i spørgeskemaet. Dette er ganske essentielt i en survey med et bredt induktivt perspektiv, da der altid vil være elementer der, fra undersøgelseskonstruktøren side, ikke er inddraget eller overvejet i forbindelse med belysningen af feltet.

Ovenstående beskrivelse af emner og temaer er beskrevet ud fra den kronologiske rækkefølge interviewguiden er struktureret ud fra (bilag 1). Den følgende analyse til denne undersøgelse vil da ikke følge helt den samme kronologiske struktur, som beskrevet ovenfor.

Validitetvurdering

Denne undersøgelses objektive induktive tilgang bevirker, at de fagspecifikke elementer og kvalitative ytringer i empirien ikke vil blive diskuteret via lægelige eller psykiatriske teorier og forståelser. Som konstruktør og analytiker af denne undersøgelse har dette ikke været muligt, da vi ikke har kvalifikationer eller kompetencer til en faglig og intrikat vurdering af de fagspecifikke elementer, der måtte optræde empirisk. Dette kan bevirke, at en fagspecialistisk vurdering måtte mene, at visse faglige termer til tider kan bliver kategoriseret unøjagtigt i den videre analyse. Dette er vi som konstruktører og analytikere af denne undersøgelse opmærksomme på, og vi drager derfor ikke slutninger ud fra disse elementer. Undersøgelsens resultater vil da ikke være effektueret af sådanne unøjagtigheder. Den induktive tilgang bevirker da positivt i forhold til den samlede undersøgelse, da enhver form for bias hos konstruktøren og analytikeren af undersøgelsen bliver minimaliseret, og undersøgelsen kommer da til at fremstå, så objektivt det er muligt.

2. Analyse

I de følgende afsnit vil analysen af empirien fremkomme. Først vil der være en analyse af den respondentgruppe, der medvirker i empirien. Denne del af analysen vil ikke henvende sig direkte til denne undersøgelses problemstilling og tilhørende arbejdsspørgsmål, da analysen af respondentgruppen hovedsagelig har til formål at undersøge validiteten og reabiliteten af den indsamlede empiri.

Derefter vil analysen indeholde et fokus på tendenserne i det faglige psykiatriske felt, hvor der vil være en gennemgang af arbejdsmiljøet, arbejdsrutinerne og disponeringen af tidsmæssige aspekter for psykiaterne i feltet.

Videre vil analysen belyse det faglige grundlag i feltet ved at bearbejde psykiaternes holdning og vurdering af den psykiatriske grunduddannelse og efterfølgende kurser og uddannelser.

Efter overstående overordnede temaer indkredser analysen sig mere specifikt, og behandler psykiaternes brug og vurdering af eksakte behandlingsformer. Denne analysedel fører videre til en belysning af psykiaternes brug og vurdering af bestemte medicinske behandlingsformer, som bliver efterfulgt af en behandling af psykiaternes vurdering af samarbejdet med Sundhedsstyrelsen.

Endeligt vil der være en belysning af psykiaternes vurdering af arbejdet i henholdsvis den offentlige og private sektor, hvor der det afslutningsvis vil blive behandlet, hvorvidt de respektive psykiatere ønsker at skifte job.

2.1. Respondentgruppen

I den følgende del vil der være en kort gennemgang af de respondenter, der har besvaret spørgeskemaet. Dette vil blive gjort for at danne indsigt i, hvorledes respondentgruppen ser ud, og vil da videre være med til at konkludere om respondentgruppen er forsvarlig repræsentativ til en videre analyse af empirien fra spørgeskemaet.

I denne del af analysen vil alle respondenter blive inddraget, og der vil ikke blive differentieret mellem respondenter, der ikke har svaret på alle spørgsmål, og respondenter der har gennemført spørgeskemaet. Dette valg er gjort, da der i den videre analyse kan forekomme estimater og krydstabuleringer for variable, hvor respondenterne har svaret uden at have gennemført hele spørgeskemaet.

Køn

I det følgende vil der være en belysning af fordelingen af kvindelige og mandlige respondenter.

Tabel 2.1.1.

Hvad er dit køn?		
	Respondenter	Procent
Kvinde	87	58,6 %
Mand	61	41,4 %

Det fremgår af ovenstående tabel, hvorledes der forefindes en svag overvægt af kvinder i den respondentgruppe, der har besvaret spørgeskemaet. Kvinderne i respondentgruppen udgør 58,6 % af den samlede gruppe. På trods af, at kvinderne udgør en større del end mænd, må den kønnede forskel antages at være så lille, at denne ikke udgør nogen risiko for validitetsproblemer i den videre analyse.

Alder

Det bliver videre interessant at belyse aldersfordelingen for respondentgruppen. Dette vil blive gjort via en inddeling i fire aldersintervaller, disse fremgår i nedenstående tabel.

Tabel 2.1.2.

Hvilken aldersgruppe tilhører du?		
	Respondenter	Procent
20-30 år	2	1,3 %
30-40 år	16	10,8 %
40-60 år	106	71,3 %
Over 60 år	24	16,6 %

Aldersfordelingen blandt respondenterne er ikke ligeligt fordelt i de fire aldersintervaller, der er opstillet i denne analyse. Det fremgår, hvorledes at kun 1,3 % af respondenterne er mellem 20 til 30 år, og kun 10,8 % af respondenterne er mellem 30 til 40 år. Det dominerende aldersinterval for respondentgruppen er 40 til 60-årige, som udgør 71,6 % af den samlede gruppe. Endeligt fremgår det, hvorledes gruppen af respondenter, der er over 60 år, udgør 16,6 % af den samlede gruppe.

På trods af at der direkte er en skæv aldersfordeling i forhold til de fire aldersintervaller, der er opstillet, kan det antages, at dette ikke har videre destruerende betydning for den videre analyse, og ligeledes at denne aldersfordeling er ganske naturlig for det psykiatriske felt.

Først og fremmest må det konstateres, at de lave procentfordelinger for aldersgrupperne 20 til 30 år kan forklares med, at en stor del af psykiaterne stadig er under uddannelse i dette aldersinterval, og derved ikke har en fast erhvervsmæssig stilling i det psykiatriske felt. Dette kan ligeledes have en del af forklaringen for den lave procentfordeling for aldersintervallet 30 til 40 år, dog ikke i samme grad som for aldersintervallet 20 til 30 år. I en komparativ analyse mellem aldersintervallerne, er det vigtigt at være opmærksom på, at intervallet 40 til 60 år samlet dækker over 20 år, hvilket i sagens natur bevirker, at dette interval vil udgøre en større procentfordeling af respondenter. At aldersintervallet for respondenter over 60 år udgør en så forholdsvis lille procentfrekvens, må antages at være fordi, at psykiaterne i dette aldersinterval udtræder af det psykiatriske erhvervsmæssige felt, ved at gå på pension.

Den skæve aldersfordeling vil ikke være skadelig for den videre analyse, da dette ikke er et tema for denne undersøgelse og den videre analyse. Det kan videre positivt konstateres, at aldersfordelingen validerer denne undersøgelse, da indsamlingsmetode bag spørgeskemaet er fremkommet via internetbesvarelser. Her kan det formodes, at respondenterne i de yngre aldersintervaller hyppigere benytter nettet, og føler større tryk ved at eksekvere internetsurveys. Denne formodning kan i denne undersøgelse elimineres, og det kan antages, at der ikke har været nogen form for aldersbetydning vedrørende undladelsen af besvarelsen af det internetbaserede spørgeskema.

Erhverv

I det følgende vil der være et fokus på, hvilke erhvervsmæssige placering de respektive respondenter har i det psykiatriske felt.

Tabel 2.1.3.

Hvilken sektor arbejder De på nuværende tidspunkt indenfor?		
	Respondenter	Procent
Hospitalspsykiatrien	83	59,7 %
Distriktskykiatrien	32	23,0 %
Privatpraksis	24	17,3 %
Anden.	16	11,5 %

Det fremgår af ovenstående tabel, hvorledes at størsteparten af respondenterne er en erhvervsmæssig stilling i hospitalspsykiatrien. Det fremgår, at 59,7 % af respondenterne arbejder i hospitalspsykiatrien. Videre ses det, at 23 % arbejder under distriktskykiatrien og 17,3 % arbejder ved private

praksiser. 11,5 % arbejder under andre former for psykiatriske institutioner. Det fremgår af de kvalitative besvarelser i spørgeskemaet, at de respondenter, der placerer sig i gruppen *Anden*, hovedsageligt arbejder med forskning og undervisning inden for det psykiatriske felt (bilag 2).

For at afdække i hvilke sektorer psykiaterne arbejder, er følgende tabel fremstillet, som er inddelt i den offentlige sektor, den private sektor eller i begge sektorer.

Tabel 2.1.4.

Er De ansat i det private eller det offentlige?		
	Respondenter	Procent
Det private	13	12,3 %
Det offentlige	84	79,2 %
Begge steder	9	8,5 %

Tabellen viser, at 79,2 % af respondenterne er udelukkende ansat i det offentlige. Kun 12,3 % af respondenterne er udelukkende ansat i den private psykiatri. Videre fremgår det, at 8,5 % er ansat i både den private og offentlige sektor. Dette vil sige, at cirka 90 % af respondenterne på nuværende tidspunkt har en vis tilknytning til den psykiatri, der bliver udført i den offentlige sektor.

Psykiatrisk erfaring

Der er videre interessant at belyse, om der er forskel på den erfaring, de respektive respondenter har angående arbejdet i det psykiatriske felt. Dette bliver i denne forbindelse målt ved at belyse, hvor lang tid respondenterne i praksis har arbejdet som psykiater. Videre vil dette erfaringsgrundlag blive målt, via hvor mange forskellige ansættelser de respektive respondenter har haft i det psykiatriske felt, da dette kan give bredere erfaringer for den enkelte respondent.

Selve det erfaringsmæssige grundlag for den samlede respondentgruppe er et vigtigt element, da en skæv fordeling af fagrelaterede erfaringerne vil være skadeligt for den videre analyse, som netop prøver af danne et indblik i det brede psykiatriske felt.

Tabel 2.1.5.

Hvor mange år har De arbejdet som psykiater?		
	Respondenter	Procent
0-5 år	23	16,5 %
6-10 år	23	16,5 %
11-15 år	23	16,5 %
16-20 år	37	26,6 %
21-30 år	25	18,0 %
Mere end 30 år	8	5,8 %

Ud fra ovenstående tabel ses det, at der er en særdeles jævn fordeling af det erfaringsmæssige grundlag respondenterne samlet set har. Det fremgår, hvorledes der er en lille tendens til, at der forefindes flere respondenter med 16 til 20 og 21 til 30 års erhvervmæssig erfaring. Dog må det generelt konstateres, at respondenterne fordeler sig ganske jævnt i forhold til de erfaringsintervaller, der er opstillet i denne del af analysen.

Af nedenstående tabel fremgår, hvor mange ansættelser de respektive respondenter har haft i forbindelse med det psykiatriske faglige arbejde.

Tabel 2.1.6.

Hvor mange forskellige ansættelser har De haft som psykiater?		
Ansættelser	Respondenter	Procent
1	9	6,5 %
2	13	9,4 %
3	23	16,5 %
4	23	16,5 %
5	16	11,5 %
Mere end 5	55	39,6 %

Det ses ud fra tabellen, hvorledes der forefindes en forholdsvis jævn fordeling, hvor alle ansættelsesintervaller er repræsenteret. Dog er der en tendens til, at respondentgruppen består af psykiatere, der har haft flere ansættelser. Der fremgår, at hele 39,6 % af respondenterne har haft flere end fem ansættelser i den periode, de har praktiseret psykiatri. Videre ses det, at der er en mellemgruppe, der er forholdsvis jævnt fordelt, hvor respondenterne har haft mellem 3 til 5 ansættelser.

Ifølge de to ovenstående tabeller vedrørende henholdsvis *perioden som psykiater* og *antal ansættelser*, kan det antages, at disse to variable hænger proportionalt sammen. I nedenstående tabel er denne antagelse statistisk begrundet via en krydstabulering mellem disse to variable.

Tabel 2.1.7.

Hvor mange år har De arbejdet som psykiater? x Hvor mange forskellige ansættelser har De haft som psykiater?						
	1	2	3	4	5	Mere end 5
0-5 år	55,6 %	61,5 %	26,1 %	4,3 %	18,8 %	0,0 %
6-10 år	22,2 %	15,4 %	26,1 %	30,4 %	12,5 %	7,3 %
11-15 år	0,0 %	15,4 %	26,1 %	8,7 %	12,5 %	20,0 %
16-20 år	11,1 %	0,0 %	4,3 %	34,8 %	18,8 %	43,6 %
21-30 år	0,0 %	0,0 %	13,0 %	17,4 %	25,0 %	25,5 %
Mere end 30 år	11,1 %	7,7 %	4,3 %	4,3 %	12,5 %	3,6 %

Det fremgår af ovenstående tabel, hvorledes der er en sammenhæng mellem den tid respondenterne har arbejdet som psykiatere, og hvor mange stillinger respondenterne har haft i det psykiatriske felt.

Det fremgår af tabellen, at der er en tendens til, at jo længere tid respondenterne har virket som psykiater, desto flere ansættelser har de haft. Dette er ikke overraskende, men det kan nu konkluderes, at det erfaringsgrundlag visse respondenter har, både kan findes via den tidsmæssige periode, disse har praktiseret psykiatri og ligeledes de ansættelser, disse fagligt har indgået i.

Opsummering

I analysen af respondentgruppen har det vist sig, hvorledes der er en ligelig kønsfordeling blandt respondenterne. Videre fremgår det, at der forefindes en overvægt af respondenter med en alder mellem 40 og 60 år. Dette kan være et billede af, hvorledes det praktiserende psykiatriske felt er aldersmæssigt struktureret, og validerer videre brugen af den internetbaserede surveymetode. Videre er det blevet belyst, at der indgår respondenter fra alle de psykiatriske sektorer, denne undersøgelse opererer med. Det har endeligt vist sig, at der er en bred fordeling af det erfaringsmæssige grundlag, respondentgruppen samlet set udtrykker.

Det kan nu ud fra ovenstående analyse af respondentgruppen konstateres, at det vil være muligt at fortsætte en valid undersøgelse og analyse af det psykiatriske felt via den empiri, der er gjort af de respondenter, der indgår denne undersøgelse.

2.2. Arbejdsmiljø

Fysisk arbejdsmiljø

I den videre del af analysen vil der være en belysning af det fysiske arbejdsmiljø. Der vil i denne del først være en overordnet kvantitativ behandling af holdningen til det fysiske arbejdsmiljø. Derefter vil der være en behandling af de kvalitative udsagn respondenterne udtrykker i forbindelse med det fysiske arbejdsmiljø.

I den følgende tabel fremgår den generelle holdning til det fysiske arbejdsmiljø.

Tabel 2.2.1.

Hvordan vurderer De Deres daglige fysiske arbejdsmiljø?		
	Respondenter	Procent
Meget godt	29	22,7 %
Godt	62	48,4 %
Middel	28	21,9 %
Dårligt	8	6,2 %
Meget dårligt	1	0,8 %

Det fremgår af tabellen, at der generelt er en stor tilfredshed med det fysiske arbejdsmiljø. Samlet set mener 71,1 % af respondenterne, at det fysiske arbejdsmiljø er godt eller meget godt. Kun 6,2 % af respondenterne mener, at det fysiske arbejdsmiljø er dårligt, og en ikke betydningsbærende procentdel mener, at det fysiske arbejdsmiljø er meget dårligt. Overordnet set må det da konstateres, at det fysiske arbejdsmiljø bliver vurderet som ganske tilfredsstillende.

Videre vil der være en bearbejdning af de udsagn, respondenterne giver udtryk for i forbindelse med det fysiske arbejdsmiljø. Dette vil blive gjort ved at tematisere de udsagn, der fremkommer via denne kvalitative empiri.

Selvbestemmelse

En del af respondenterne forklarer deres positive holdning til det fysiske arbejdsmiljø med den selvbestemmelse, de har i forbindelse med den fysiske indretning. En respondent skriver i spørgeskemaet vedrørende det fysiske arbejdsmiljø således: ”*Sidder i eget kontor med egen indretning*” og en anden respondent skriver: ”*Jeg har jo selv indrettet mine egne fysiske faciliteter*” Det er her essentielt, at psykiateren selv og frit indrette det fysiske rum denne arbejder i, og videre udtrykker sig faglig igennem. En respondent udtrykker dette således: ”*Jeg bestemmer selv hvad jeg vil investere i mine ydre rammer, signalværdi og bekvemmelighed*”

Det må da konstateres, at den personlige frihed til selv at bestemme og fysisk indrette sig i det faglige felt er et vigtig element for det fysiske arbejdsmiljø blandt respondenterne.

Nedslidning

I forlængelse af de positive elementer ved selvbestemmelse vedrørende indretningen af egne arbejdsmiljøer nævner flere respondenter den generelle fysiske nedslidning af bygninger og materiel som et problem for det fysiske arbejdsmiljø. En respondent beskriver netop dette således: *"Misligholdt bygning, der måske skal rives ned. Klinikken spredt over flere fløje og etager, men eget kontor ok."* En anden respondent mener i denne forbindelse, at de fysiske lokaliteter, denne fagligt agerer i, slet ikke er egnet til det formål lokaliteten benyttes til: *"Meget nedslidt og sekretariatet er ikke beregnet til distriktpsychiatrisk virksomhed."* Dette er ikke en enestående holdning. En anden respondent beskriver de fysiske rammer således: *"Pladsmangel, træk, nedslidning, manglende samtalerum, gammelt itudstyr, dårlig belysning osv.osv."*

Det viser sig da, at der er to negative faktorer i forbindelse med nedslidningen. Nedslidningen af de fysiske bygninger og nedslidningen/forældelsen af IT og andet hjælpeudstyr. Det viser sig ud fra de kvalitative kommentarer vedrørende de ældre bygninger, at dette er negativt udslagsgivende i forbindelse med indeklimaet og belysningen. Flere respondenter nævner eksempelvis træk og kulde i de kvalitative kommentarer.

I forhold til de tekniske hjælpemidler udtrykker en respondent sig således: *"Tekniske hjælpemidler for gammeldags feks ITudstyr Fotokopi- dikterings faciliteter."* Dette element bliver ligeledes beskrevet af en anden respondent, som udtrykker sig således i forbindelse med det tekniske udstyr: *"EDB- systemernes ustabilitet er kilde til hyppig irritation og stress"*

Ovenstående indikerer da, at der er visse fysiske elementer, der kan virke negativt i forbindelse med det fysiske arbejdsmiljø. Det har i denne forbindelse vist sig, hvorledes nedslidningen af bygninger og teknisk udstyr kan virke negativt og være kimen til både stress og irritation.

Fysisk distance

Flere respondenter giver udtryk for, at den fysiske distance på selve arbejdspladsen kan virke negativ for det fysiske arbejdsmiljø. Først og fremmest nævner visse respondenter, hvorledes selve transporten imellem arbejdssituationerne kan virke overvældende. En respondent udtrykker sig i denne forbindelse således: *"For spredt For meget transporttid"*. En anden respondent udtrykker ligeledes denne holdning: *"Jeg har udover min alm kørsel mellem hjem og arbejdsplads 8-900km kørsel per måned. Det er for meget"*

Denne fysiske distance udmunder for visse respondenter i en faglig ensomhed. En respondent skriver eksempelvis: *"Adskilt fra kolleger. Meget transport"* Den fysiske placering og distancen mellem de forskellige afdelinger kan da virke negativt på det fysiske arbejdsmiljø. En respondent føler sig eksempelvis direkte isoleret: *"Kontor placeret langt væk fra sengeafsnit. Føler mig isoleret fra kollegaer i dagligdagen."*

På trods af den generelle positive holdning til det fysiske arbejdsmiljø i psykiatrien kan den fysiske distance mellem afdelingerne og mellem kollegaer eller medarbejdere være negative elementer for det fysiske arbejdsmiljø.

Opsummering

I forbindelse med det fysiske arbejdsmiljø kan det konstateres, at der blandt psykiaterne forefindes en generel positiv holdning, og størsteparten af psykiaterne vurderer deres fysiske arbejdsmiljø som værende godt eller meget godt. Analysen af de kvalitative udsagn viser, at det specielt er muligheden for selv personligt at indrette sig, der fremstår som et positiv element for det fysiske arbejdsmiljø. Videre viser de kvalitative udsagn, at der er visse elementer, nogle psykiatere ønsker sig forbedret. Her er det specielt nedslidningen af bygninger og forældet materiel, der nævnes som negative elementer i det fysiske arbejdsmiljø. Videre kan den fysiske distance mellem afdelinger og medarbejdere virke negativ for visse psykiatere, og føre til at nogle psykiatere føler sig fagligt isoleret i hverdagen.

Psykisk arbejdsmiljø

I forlængelse af det fysiske arbejdsmiljø, bliver det nu interessant at bearbejde det psykiske arbejdsmiljø i det psykiatriske felt. Dette vil ligeledes blive gjort ved først at lave en overordnet kvantitativ analyse af det psykiske arbejdsmiljø. Derefter vil der følge en analyse af de kvalitative udsagn, respondenterne har haft mulighed for at udtrykke i forbindelse med deres holdning til det psykiske arbejdsmiljø. I følgende tabel er respondenternes vurdering af det psykiske arbejdsmiljø fremstillet.

Tabel 2.2.2.

Hvordan vurderer De Deres daglige psykiske arbejdsmiljø?		
	Respondenter	Procent
Meget godt	18	14,1 %
Godt	49	38,3 %
Middel	46	35,9 %
Dårligt	13	10,2 %
Meget dårligt	2	1,6 %

Det fremgår af den rent kvantitative tilgang, at en overvejende procentdel af respondenterne vurderer det psykiske arbejdsmiljø som godt eller meget godt. Denne del af respondenterne udgør 52,4 % af samtlige respondenter. Dog forefindes der en større procentdel, der kun vurderer det psykiske arbejdsmiljø som middel. Dette drejer sig om en gruppe på 35,9 %. 11,8 % af respondenterne vurderer det psykiske arbejdsmiljø som dårligt eller meget dårligt.

Overordnet set er der en positiv vurdering af det psykiske arbejdsmiljø blandt respondenterne. Dog er denne tendens ikke entydig, og der er visse respondenter, der vurderer det psykiske arbejdsmiljø som negativt.

Videre vil der være en bearbejdning af de udsagn respondenterne giver udtryk for i forbindelse med det psykiske arbejdsmiljø. Dette vil blive gjort ved at tematisere de udsagn, der fremkommer via den kvalitative empiri i forbindelse respondenternes vurdering af det psykiske arbejdsmiljø.

Positive vurderinger

Ligeledes de positive udsagn der fremkom i forbindelse med det fysiske arbejdsmiljø, tillægger respondenterne positiv værdi ved den fri medbestemmelse vedrørende det psykiske arbejdsmiljø. En respondent beskriver eksempelvis sit psykiske arbejdsmiljø således: "Jeg vælger selv mine samarbejdspartnere", og en anden respondent skriver: *Er leder med stor egen indflydelse på egne og andres arbejdsfunktioner.*"

Visse respondenter beskriver videre, hvorledes det faglige niveau mellem kollegaerne er med til at højne det psykiske arbejdsmiljø, og tillægger dette positiv værdi i forbindelse med det faglige arbejde: "På trods af tidspres er der god "korsånd" i afdelingen, og alle er dedikerede til opgaven. Når der er utilfredshed, er det fordi personalet ikke kan få lov at gøre arbejdet så godt, som de gerne ville - og det er jo positivt." Det gode faglige samarbejde er altså et vigtigt element i et sundt psykisk arbejdsmiljø. En anden respondent formulerer sine oplevelser vedrørende dette således: "Oplever stor loyalitet og samhørighed i teamet; alle yder godt arbejde. God ledelse." Citatet her indikerer både vigtigheden af et godt og fagligt samarbejde i mellem kollegaerne, og ligeledes hvordan en god ledelse kan være med til at højne kvaliteten i det faglige arbejde og dermed være et positivt element for det psykiske arbejdsmiljø.

Stress/tidspres

Et altdominerende tema i respondenternes kvalitative udsagn er den daglige stressfaktor, og det tidspres respondenterne føler i det faglige arbejde i hverdagen. Denne vurdering af det høje tidspres kan ligeledes suppleres ved en kvantitativ tilgang, hvor resultaterne er fremstillet i følgende tabel.

Tabel 2.2.3.

Hvorledes er det generelle tidsmæssige pres for Dem i Deres daglige arbejde?		
	Respondenter	Procent
Meget stort	36	29,8 %
Stort	56	46,3 %
Middel	24	19,8 %
Lille	3	2,5 %
Meget lille	2	1,7 %

Via ovenstående kvantitative fremstilling, viser det sig, hvorledes at hele 76,1 % af respondenterne vurderer tidspreset som stort eller meget stort i deres daglige arbejde. 19,8 % af respondenterne mener, at tidspreset er middel og kun 4,2 % mener, at tidspreset er lille eller meget lille. Den kvantitative fremstilling indikerer da, at der forefindes en følelse af et stort tidsmæssigt pres blandt respondenterne. I følgende del af dette analyseafsnit vil der være en behandling af de kvalitative udsagn vedrørende tidspreset.

På trods af flere respondenter generelt vurderer det overordnede psykiske arbejdsmiljø positivt, bliver arbejdspresset nævnt negativt i forhold til den generelle faglighed og det psykiske arbejdsmiljø: ”Grundlæggende rigtig godt arbejdsklima, der dog spoles af for stort arbejds pres”. Flere respondenter mener, at arbejdspresset er en generel personlig byrde, der kontinuerligt virker hæmmende og giver et dårligt arbejdsmiljø. En respondent beskriver dette således: ”Stort tidspres og kronisk en fornemmelse af ikke at nå det hele.” Det er ligeledes generelt, at respondenterne vurderer det daglige arbejds pres som en decideret skadelig faktor på det faglige arbejde. ”Stort arbejds pres, hvorfor arbejdet tit ikke kan udføres så grundigt som det ud fra en faglig vurdering ville være ønskeligt. Der mangler tid til at kæde den teoretiske læring i f.eks. kurser og den daglige kliniske læring sammen.” Ovenstående citat beskriver hvorledes, at det faglige niveau og udvikling kan blive skadet ved ikke at have den fornødne tid til at benytte de kompetenceudviklinger, der må være til stede i det psykiatriske felt. Videre viser det sig, hvorledes andre respondenter oplever arbejdspresset som skadeligt i det daglige faglige arbejde: ”Arbejdspresset er klart i overkanten pga. mangelen på speciallæger. Der skal ofte træffes nogle hurtige beslutninger, hvilket øger risikoen for utilsigtede hændelser og heraf følgende klager.” Denne vurdering udtrykker, hvorledes arbejdspresset direkte er fagligt skadeligt, og hvorledes respondenterne føler, at der bliver truffet unøjagtige beslutninger, der kan være skadelige eller utilsigtede i forbindelse med de opgaver, den enkelte psykiater må udføre.

Administrativt pres

Visse respondenter oplever det administrative arbejde som stressende og devaluerende for det psykiske arbejdsmiljø. Flere mener, at det administrative arbejde kan virke negativt i forhold til den daglige arbejdsrytme. En respondent nævner i denne forbindelse *ydelses-registrering* som destruerende for det øvrige faglige arbejde: ”Det er en daglig pinsel at lave ydelses-registrering. Det er tidsrøvende, glædesmindskende, og griber ind i et godt arbejdsflow” Visse respondenter mener, i forbindelse med det administrative pres, at der burde sættes flere ressourcer ind for at afhjælpe psykiateren dette pres i hverdagen. En respondent beskriver eksempelvis dette således: ”Alt for mange arbejdsopgaver og alt for travlt. Aflastning af opgaver f.eks. ved flere sekretærtimer, så man kunne få ting arkiveret, fundet frem etc.” En anden respondent beskriver, hvorledes ledende læger direkte udfører administrativt arbejde, de ikke burde: ”Der mangler yngre, veluddannede ledende læger. Lederuddannelse af læger og læger udfører sekretær arbejde”.

De administrative opgaver vurderes da af visse respondenter, som en faktor der skaber et større unødvendigt arbejds pres, der kan være med til at forbitre det psykiske arbejdsmiljø.

Personalemangel

I forhold til arbejdspresset, som beskrevet ovenfor, er dette flere gange af respondenterne forklaret med manglen på samarbejdspartnere og flere speciallæger.

Den generelle mangel på speciallæger øger det daglige arbejds pres og øger ligeledes de administrative opgaver, der ligeledes kausal forklarer det negative psykiske arbejdsmiljø. En respondent beskriver denne årsagssammenhæng således:

Store krav om registrering og dokumentation af klinisk irrelevante eller klinisk set ubetydelige ting. En tiltagende "procedurmani", hvor den professionelle dømmekraft tilsidesættes. Tiltagende tidsforbrug til drøftelse af værdigrundlag, visioner og lignende substansløse begreber. Pålæggelse af ekstra opgaver pga ubesatte stillinger.

På trods af at ovenstående citat udtrykker flere faktorer, der vurderes som skadelige for den daglige arbejdsrutine og dermed det psykiske arbejdsmiljø, er det essentielle stadig, at speciallægerne pålægges unødvendige opgaver på grund af manglende arbejdskraft.

Manglen på speciallæger kan videre bevirke, at der mangler fordybelse og tid til opfølgning af de sager og opgaver, de enkelte læger varetager. Dette bliver formuleret således af en respondent: "... manglen på læger, derfor mange opgaver, som hviler på de få. Utilfredsstillende mulighed for fordybelse og opfølgning på opgaver." Citatet her indikerer hvorledes arbejdspresset bevirker en manglende fordybelse. Denne manglende fordybelse forvoldt af lægemangel vurderes af visse respondenter som decideret skadeligt for den faglighed, der prøves udført. En respondent formulerer denne kausaltendens ganske kort og præcist: "*Problemer med speciallæge mangel. For stor arbejdesbyrde, for lidt tid til faglig fordybelse*"

Organisationssamarbejde

Et andet tilbagevendende emne blandt de kvalitative udsagn omhandler den til tider stringent konservative struktur, der ledelsesmæssigt kan forefindes i det psykiatriske felt. Selve de overordnede ledende organer kan til tider virke devaluerende for den daglige arbejdsdag. En respondent formulerer dette således: "*En næsten daglig stressfaktor er, at regionen/Psykiatrihuset endnu ikke er i stand til at løse de opgaver, amtet og den lokale administration varetog før 01.01.2007*" Citatet her indikerer, hvorledes ledende organer har fastsat opgaver, der i den daglige praksis ikke er mulige at løse. Det kan da være et negativt element for det psykiske arbejdsmiljø, når ledelsen ikke formår at lede i den kontekst, den enkelte psykiater arbejder i. En anden respondent beskriver denne negative sammenhæng således: "*dårlig ledelse, manglende indflydelse på arbejdspladsen, alt for meget papir arbejde, manglende tid til socialisering, mange regler der gør de simple ting til mere indviklede, psykiske press for at leve op til alle de uddannelsesmæssige krav, osv*"

De overordnede strukturer for psykiatrien kan da virke hæmmende for den daglige arbejdsdag, og visse respondenter føler, at dette kan være med til at genere det psykiske arbejdsmiljø. Ledelsen bliver ligeledes af visse respondenter vurderet som svag, og uden den kompetencemæssige forståelse, der er nødvendig for at kunne retningsgive den faglige struktur i feltet. En respondent beskriver dette på følgende måde:

Manglende synlighed af ledelsen, der har mest fokus udadtil i.f.t strukturreformen. Modsætrettede meldinger konstant. Diskrepans mellem forventninger til indfrielse af udviklingstiltag (aktuelt puljemidler til udvikling af klinik)og de reelle vilkår for udførelsen af dette - her især lægemangel. Situationen præget af megen snak - men ingen handling

Overstående citat viser, hvorledes ledelsen visse steder ikke formår at lede holistisk, men i større grad har rettet fokus mod at afpudse det psykiatriske felt udadtil. Dette bevirker, ifølge respondenteren, at der ikke kan skabes konsensus i de meldinger og den rolle, ledelsen står for, hvilket må antages at føre til frustration for de medarbejdere, der arbejder under denne omtalte ledelse.

Ikke bare den daglige ledelse kan være en hæmsko for arbejdsmiljøet. Det viser sig ud fra den kvalitative empiri, at der ligeledes forefindes en utilfredshed i forhold til de politiske processer, der finansierer og strukturerer det psykiatriske felt. En respondent er ganske eksplicit i sine udmeldinger vedrørende de politiske visioner og struktureringer af det psykiatriske felt:

Det synes som om de ansvarlige politikere har et succeskriterie: at undgå negativ omtale i Politiken - og så er der i øvrigt næsten ligegyldigt, hvordan virkeligheden på sygehusene er. Herved bliver forholdet ml politikere og klinikere til et absurd egnsteater hvor alle spiller kendte roller. Lars Løkke siger at man har pumpet mange penge i sundhedsvæsenet, men afdelingerne oplever at pengene bliver færre. Hvor pengene så ender ved jeg ikke, men det må formodes at være i sygehusdirektionerne og som løn til alle DJØF-ferne. Jeg har desværre svært ved at se mig selv i det offentlige sygehusvæsen om 10 år.

Ansvar

I forlængelse af ledelsen som tematiseringen i den kvalitative empiri viser det sig videre, at der opstår at sideløbende tema omhandlende det daglige ansvar for den enkelte psykiater. Det er generelt for flere respondenter, at disse mener, at ansvaret for den enkelte til tider er for stort. Det skal i denne sammenhæng pointeres, at ansvaret i sig selv ikke vurderes negativt, men at et ulig forhold mellem ansvar og indflydelse forårsager et dårligt arbejdsmiljø. En respondent formulerer dette således: *"Nogle få sætter dagsorden. Ingen indflydelse, flyttes efter forgodtbefindende. Skal tage ansvar uden at have indflydelse. Dårlige kollegiale forhold."* Citatet viser her tydeligt, hvorledes respondenteren føler, at der forefindes en autoritær ledelse, der i stærk grad strukturerer den enkelte respondents arbejdsgang og pålægger respondenteren at ansvar, denne ikke er medbestemmende overfor. Dette resulterer samlet set i et dårligt kollegialt sammenhold. En anden respondent beskriver lignende tendens og kausale virkning: *"Tage ansvar uden at have indflydelse. Chikanerier. For lidt tid, stress. Manglende interesse for hinandens arbejde."*

Det viser sig videre, hvorledes den manglende indflydelse på overordnede strukturer kan have negative indflydelse på det daglige og faglige arbejde. En respondent beskriver: *"Særdeles gode forhold på afdelingsniveau. Elendige forhold, når det drejer sig om at have indflydelse på overordnede beslutninger, der har afgørende indflydelse på egne arbejdsvilkår og patientbehandlingen. Følelse af magtesløshed..."*

Samlet set er psykiaterne ganske indforståede med det ansvar, der tillægges disse. Problemet opstår først på det tidspunkt, at psykiaterne føler, at de er sat uden for indflydelse, i forbindelse med de faglige elementer psykiaterne har ansvaret for. Dette kan føre til dårlige kollegiale forhold og magtesløshed for den enkelte psykiater.

Opsummering

I analysen af det psykiske arbejdsmiljø i det psykiatriske felt har det overordnet vist sig via den kvantitative empiri, at størstedelen af psykiaterne generelt vurderer det psykiske arbejdsmiljø som

godt eller meget godt. Der er der dog en betydeligt gruppe af psykiatere, der vurderer det psykiske arbejdsmiljø som middel, og visse psykiatere vurderer det psykiske arbejdsmiljø som decideret dårligt eller meget dårligt.

De kvalitative udsagn viser, at de elementer, der tillægges positiv værdi i forbindelse med det psykiske arbejdsmiljø, er *frihed, medbestemmelse, faglighed og god ledelse*. Dette er elementer, der i en symbiotisk proces udgør de positive elementer i et godt psykisk arbejdsmiljø i det psykiatriske felt.

Det er generelt for de negative kvalitative udsagn, at det daglige arbejdspress- og byrde vurderes som decideret destruktivt på det psykiske arbejdsmiljø, og videre skadeligt på den generelle faglighed. Ligeledes vurderes de mange administrative opgaver som skadelige.

I forlængelse af arbejdspresset og de administrative opgaver vurderer psykiaterne, at der forefindes en generel mangel på speciallæger og andre medarbejdere i det psykiatriske felt. Manglen af disse læger og medarbejdere resulterer i stress og ufaglige opgaver, som munder ud i et dårligt psykisk arbejdsmiljø.

Et videre element, der kan være skadeligt for det daglige arbejdsmiljø for psykiaterne, er de ledelsesmæssige organer og de personer, der strukturerer det psykiatriske felt dagligt såvel som udadtil. Det viser sig, at både en for autoritært og en for svag ledelse kan være med til at skade det psykiske arbejdsmiljø for den enkelte psykiater.

Endelig viser det sig, hvorledes det kan være frustrerende for visse psykiatere ikke at have indflydelse på de ansvarsområder disse varetager. Dette må konstateres som et vigtigt element i det psykiske arbejdsmiljø. Netop medindflydelsen blev nævnt som positivt element for det psykiske arbejdsmiljø. Det er da essentielt at bemærke, at de psykiatere, der er sat uden for medindflydelse, pointerer dette som skadeligt for det psykiske arbejdsmiljø. Det må sluttes, at den faglige medindflydelse har stærk signifikans i forhold til det psykiske arbejdsmiljø i det psykiatriske felt.

Forbedring af arbejdsmiljøet

I den foregående del af analysen har der været en bearbejdning af det fysiske og psykiske arbejdsmiljø. Her har fokus været rettet mod den kontekst, de respektive respondenter på nuværende tidspunkt arbejder og agerer i. Det kan da videre være interessant at fokusere på arbejdsmiljøet i et postperspektiv, hvor respondenterne har mulighed for at vurdere hvilke tiltag, der kunne være med til at fremme og forbedre arbejdsmiljøet i det psykiatriske felt. I spørgeskemaet til denne survey har det været muligt for respondenterne at beskrive de tiltag, respondenterne hver især kunne forestille sig forbedrer arbejdsmiljøet. Ved en gennemgang af denne kvalitative empiri viser det sig, at tematiseringen og de postperspektive vurderinger til forbedring af arbejdsmiljøet overordnet tangerer de i forvejen behandlede emner i den foregående analyse af arbejdsmiljøet. De kvalitative postvurderinger vil da ikke blive analyseret yderligere her. Hvis læseren af denne undersøgelse har en uddybende interesse i de kvalitative udsagn vedrørende fremtidige forbedringer af arbejdsmiljøet, forefindes respondenternes udsagn i uredigeret form i bilag 5.

2.3. Patienter og arbejdsrutiner

I den følgende del af analysen, vil der være en mere indgående belysning af de daglige arbejdsrutiner. Først vil der være en belysning af det antal patienter, de respektive psykiatere har, og derefter vil der være en bearbejdning af den måde, psykiaterne vurderer deres daglige arbejdsrutiner i forbindelse med tidsdisponeringen af forskellige faglige elementer.

Antal patienter

I det følgende vil der være en belysning af, hvor mange patienter de respektive respondenter har behandlingsansvaret for. Derefter vil der være fremstilling af respondenternes vurdering fra dette antal.

I nedenstående tabel er antallet af ansvarshavende respondenter inddelt efter størrelsen af den størrelsesmæssige gruppe af patienter, de respektive har ansvar for. Dette er gjort ved at skalere patientgruppen i intervaller efter størrelse.

Tabel 2.3.1.

Hvor mange patienter har De i gennemsnit behandlingsansvar for?	Respondenter	Procent
0-10	18	14,9 %
11-50	51	42,1 %
51-100	16	13,2 %
101-200	20	16,5 %
201-300	9	7,4 %
Mere end 300	7	5,8 %

Det fremgår af ovenstående tabel, hvorledes størstedelen af respondenterne er ansvarshavende for en patientgruppe på mellem 11 til 50 patienter. Denne gruppe af ansvarshavende respondenter udgør 42,1 % af den samlede gruppe. De øvrige procentfordelinger vil ikke blive kommenteret yderligere, da en valid analyse og kommentering af disse resultater kræver en langt mere intrikat analyse, end det er muligt her. Det må formodes, at størrelsen af patientgruppen for den enkelte psykiater afhænger af faktorer og lægelige vurderinger, der ikke er inddraget som empiri eller teori ved denne undersøgelse.

Det der dog muligt at belyse, hvorledes de respektive respondenter vurderer størrelsen af den patientgruppe, de personligt er behandlingsansvarlige for. Den kvalitative summering af denne vurdering er fremstillet i følgende tabel.

Tabel 2.3.2.

Hvordan vurderer De dette antal af patienter?		
	Respondenter	Procent
Færre end jeg kan overkomme	5	4,2 %
Passende	75	63,0 %
Flere end jeg kan overkomme	39	32,8 %

Størsteparten af respondenterne vurderer størrelsen af en patientgruppe, de har behandlingsansvar for, som passende. Denne gruppe af respondenter udgør 63 %, og 4,2 % af respondenterne vurderer, at de har færre patienter, end de kan overkomme. Det essentielle og graverende ved resultaterne af ovenstående tabel er, at 32,8 % af respondenterne vurderer, at de har behandlingsansvaret for flere patienter, end de kan overkomme.

I den videre del af analysen af størrelsen af patientgruppen og vurderingen af volumen af denne, bliver det videre interessant at belyse, om der forefindes en kausalitet mellem størrelsen af den gruppe, den enkelte respondent har behandlingsansvaret for, og vurderingen af gruppens antalsmæssige størrelse. Dette er gjort ved en krydstabulering mellem disse to variabler, og er fremstillet i følgende tabel.

Tabel 2.3.3.

Hvordan vurderer De dette antal af patienter? x						
Hvor mange patienter har De i gennemsnit behandlingsansvar for?						
Antal patienter	0-10	11-50	51-100	101-200	201-300	Mere end 300
Færre end jeg kan overkomme	5,9 %	4,0 %	6,2 %	0,0 %	11,1 %	0,0 %
Passende	82,4 %	76,0 %	37,5 %	55,0 %	22,2 %	57,1 %
Flere end jeg kan overkomme	11,8 %	20,0 %	56,2 %	45,0 %	66,7 %	42,9 %

Resultaterne i ovenstående tabel giver ikke et stringent billede af, hvorledes der kan forefindes en sammenhæng. Dog kan der ud fra resultaterne tolkes en tendens blandt svarene fra respondenterne. Det fremgår af tabellen, hvorledes der en tendens til, at jo flere patienter den enkelte respondent er behandlingsansvarlige for, desto mere vurderes det, at gruppen af patienter er større, end den enkelte respondent kan overkomme. Det er generelt for de respondenter, der er behandlingsansvarlige for en patientgruppe mellem 0 til 10 og 11 til 50, at disse respondenter vurderer størrelsen deres af patientgruppen som passende.

Opsummering

Hovedparten af psykiaterne er behandlingsansvarlige for en patientgruppe mellem 11 til 50 patienter. Videre viser det sig, at hovedparten af psykiaterne vurderer størrelsen af den gruppe, de er behandlingsansvarlige overfor, som passende. Dog mener 32,8 % af psykiaterne, at de er behandlingsansvarlige for flere patienter, end de kan overkomme. Det er en tendens, at jo flere patienter psykiateren er behandlingsansvarlig overfor, i desto højere grad vurderer psykiateren ikke at kunne over-

komme patientgruppen. Psykiaterne vurderer patientgrupperne 0 til 10 og 11 til 50 som de mest passende størrelser at være behandlingsansvarlige overfor. Dette må antages at være positivt, da netop patientgruppen 11 til 50 udgør den største fordeling, blandt de størrelsesgrupper psykiaterne er behandlingsansvarlige over for.

Kvalitative kommentarer

Respondenterne har haft mulighed for at knytte kvalitative kommentarer til ovenstående emne vedrørende størrelsen på den patientgruppe, de respektive har behandlingsansvar for. Dette er ligeledes en form for empiri, det ikke er muligt at analysere validt i denne undersøgelse, da de forskellige kommentarer må vurderes i forhold til den kontekst, den enkelte psykiater arbejder under, og den specifikke patientgruppe psykiateren er fagligt ansvarlig overfor. Denne undersøgelse indeholder ikke den fornødne empiri eller teori til at behandle dette yderligere. Hvis læseren af denne undersøgelse selv ønsker at gennemgå disse kvalitative udsagn, kan disse findes i bilag 6.

2.4. Disponering af tid

I den følgende del af analysen vil der være en belysning af den afsatte tid til fire elementer i det faglige arbejde, respondenterne udfører som psykiatere. Dette vil blive gjort ved at belyse respondenternes vurdering af den afsatte tid til *patientkonsultationer*, *forundersøgelser*, *journalsskrivning* og *opfølgning af de respektive patientsager*.

I denne første tabel fremgår respondenternes vurdering af den afsatte tid til patientkonsultationer.

Tabel 2.4.1.

Hvordan vurderer De den afsatte tid til patientkonsultationer?		
	Respondenter	Procent
Der er generelt for lidt tid	30	25,2 %
Der er i visse tilfælde for lidt tid	45	37,8 %
Den er passende	43	36,1 %
Der er i visse tilfælde for megen tid	1	0,8 %
Der er generelt for megen tid	0	0,0 %

Det viser sig, hvorledes hovedparten af respondenterne mener, at den afsatte tid til patientkonsultationerne er passende, eller at der i visse tilfælde er afsat for lidt tid. Dog mener 25,2 % af respondenterne, at der generelt er afsat for lidt tid til patientkonsultationerne.

I denne anden tabel fremgår respondenternes vurdering af den afsatte tid til forundersøgelser.

Tabel 2.4.2.

Hvordan vurderer De den afsatte tid til forundersøgelser?		
	Respondenter	Procent
Der er generelt for lidt tid	27	22,7 %
Der er i visse tilfælde for lidt tid	42	35,3 %
Den er passende	50	42,0 %
Der er i visse tilfælde for megen tid	0	0,0 %
Der er generelt for megen tid	0	0,0 %

En overvejende del af respondenterne vurderer, at den afsatte tid til forundersøgelser er passende, denne del udgør 42 % af respondenterne. Det fremgår, at 22,7 % af respondenterne mener, at der generelt er afsat for lidt tid til forundersøgelser.

I denne tredje tabel fremgår respondenternes vurdering af den afsatte tid til journalsskrivning.

Tabel 2.4.3.

Hvordan vurderer De den afsatte tid til journalskrivning?		
	Respondenter	Procent
Der er generelt for lidt tid	32	26,9 %
Der er i visse tilfælde for lidt tid	42	35,3 %
Den er passende	45	37,8 %
Der er i visse tilfælde for megen tid	0	0,0 %
Der er generelt for megen tid	0	0,0 %

Tendensen fra de to foregående elementer vedrørende den afsatte tid er ligeledes at finde ved respondenternes vurdering af den afsatte tid til journalskrivning. Her vurderer 26,9 % af respondenterne, at der generelt er afsat for lidt tid til journalskrivning.

I denne fjerde tabel fremgår respondenternes vurdering af den afsatte tid til opfølgning af de respektive patientsager.

Tabel 2.4.4.

Hvordan vurderer De den afsatte tid til opfølgning af de respektive patientsager?		
	Respondenter	Procent
Der er generelt for lidt tid	41	34,5 %
Der er i visse tilfælde for lidt tid	48	40,3 %
Den er passende	30	25,2 %
Der er i visse tilfælde for megen tid	0	0,0 %
Der er generelt for megen tid	0	0,0 %

Det viser sig, at kun 25,2 % af den samlede gruppe af respondenter mener, at den afsatte tid til opfølgning af patientsager er passende. Hele 40,3 % af respondenterne vurderer, at der i visse tilfælde er afsat for lidt tid, og 34,5 % af respondenterne vurderer, at der generelt er afsat for lidt tid til opfølgning af de respektive patientsager.

Opsummering

Det er helt generelt således, at ingen af psykiaterne vurderer, at der i visse tilfælde eller at der generelt er afsat for megen tid til patientkonsultationer, forundersøgelser, journalskrivning eller opfølgning af de respektive patientsager. Samlet set vurderer 36,8 % af psykiaterne, at der er afsat passende tid til de fire elementer i deres daglige arbejde. Det er ligeledes generelt for de fire elementer, at en forholdsvis stor procentdel af respondenterne vurderer, at der generelt er afsat for lidt tid. Der er specielt opfølgning af de respektive patientsager, der vurderes som tidsmæssigt underprioriteret. Her mener 34,5 % af psykiaterne, at der generelt er afsat for lidt tid.

2.5. Psykiaternes uddannelse

Det er vigtigt, at psykiaternes uddannelse giver de fornødne færdigheder, der skal bruges til at besidde det hverv, psykiaterne skal varetage efter endt uddannelse. Man kan både vurdere den farmakologiske del og den psykoterapeutiske del af uddannelsen. Vi har spurgt psykiaterne selv, hvad de mener om de to dimensioner af deres uddannelse til psykiater.

Den farmakologiske del

Følgende tabel fremstiller respondenternes holdning til den farmakologiske del af speciallægeuddannelsen som psykiater

Tabel 2.5.1.

Mener De, at den farmakologiske del af speciallægeuddannelsen er god nok?		
	Respondenter	Procent
Ja	54	46,6 %
Nej	62	53,4 %

Et lille flertal på 53 % mener ikke, at den farmakologiske del af speciallægeuddannelsen er god nok. 47 % af respondenterne mener derimod, at uddannelsen er god nok. Det er dermed over halvdelen af psykiaterne, der ikke mener, at de får en god nok uddannelse i farmakologi. Det kan virke foruroligende, når man ser en tendens til, at den medicinske del af behandlingen er den, psykiaterne mener, der er vigtigst, samt den behandlingsform der anvendes på den største andel af deres patienter (jf. den senere analyse). Man ser dog samtidig en tendens til, at psykiaterne tager en del efteruddannelse inden for psykofarmakologi, hvilket muligvis gør, at psykiaterne senere bliver bedre rustet inden for farmakologien (jf. den senere analyse).

Respondenterne har haft mulighed for at knytte kommentarer til spørgsmålet, og disse kan ses i fuld længde i bilag 7. Det ses af kommentarerne, at flere mener, at uddannelsen ikke er tilstrækkelig. Det er generelt i den kvalitative empiri, at respondenterne mener, at den afsatte tid til undervisning i farmakologi er underprioriteret. En respondent skriver eksempelvis: ”*For lidt tid afsat i kursuset*” Det tidsmæssige perspektiv kan da virke som et problem ved denne del af uddannelsen. En respondent beskriver videre i forhold til den farmakologiske del af uddannelsen: ”*Tidsmæssigt helt underdimensioneret, dog af god kvalitet*”. På trods af at respondenterne mener, at den farmakologiske del af uddannelsen er af god kvalitet, pointerer respondenterne den afsatte tid til kurset som underdimensioneret.

Nødvendigt med efteruddannelse

Flere respondenter i den kvalitative empiri beskriver både vigtigheden og muligheden for efteruddannelse på området, men pointerer hvorledes at deltagelse forudsætter tid og økonomi, hvilket kan have indflydelse på, hvem der deltager. I den kvalitative empiri vedrørende dette emne beskriver en

respondent dette således: ”Det er vel sjældent, at en uddannelse er god nok. Pga. speciallægemangelen, kniber det med, at komme af sted på efteruddannelse.” Det fremgår tydeligt af dette citat, hvorledes respondenterne vurderer, at det er essentielt for de faglige kvalifikationer, at grunduddannelsen kontinuerligt suppleres med efteruddannelse. Respondenten ser dog et tidsmæssigt problem ved deltagelse i de respektive efteruddannelser, der kausaliterer, at efteruddannelsen ikke bliver eksekveret. En anden respondent er af samme holdning, men ser en anden problematik ved deltagelsen i de faglige kurser: ”Der afholdes ganske mange kurser inden for feltet, men det skal selvfølgelig dækkes økonomisk”. Citatet her indikerer, at der i princippet forefindes faglige og relevante kurser og efteruddannelser inden for det farmakologiske felt, men at der i realiteten forefindes et økonomisk ressourceproblem i forhold til at benytte og dermed får udbytte af disse.

Medicinalindustriens indflydelse

Et væsentligt problem, der nævnes af respondenterne i den kvantitative empiri, er, at medicinalindustrien har for stor indflydelse på psykiaternes farmakologiske viden, da de står bag mange af de farmakologiske kurser, der tilbydes. En respondent skriver eksempelvis i denne forbindelse med de farmakologiske kurser og efteruddannelser: ”Der overlades alt for meget til medicinalindustrien. De offentlige tilbud er alt for få”. Citatet opstiller en problematik vedrørende en objektiv efteruddannelse. Det kan antages, at de kurser og efteruddannelser medicinalindustrien tilbyder, både eksplicit og implicit kan være præget af økonomiske og markedsorienterede bagtanker. Dette må antages at være devaluerende for den objektive faglighed, der præger sådanne kurser eller efteruddannelser inden for farmakologien.

Den psykoterapeutiske del

I den følgende tabel er respondenternes holdning til den psykoterapeutiske del af speciallægeuddannelsen som psykiater fremstillet.

Tabel 2.5.2.

Mener De, at den psykoterapeutiske del af speciallægeuddannelse til psykiater er god nok?		
	Respondenter	Procent
Ja	63	54,3 %
Nej	53	45,7 %

Et lille flertal af respondenterne mener, at den psykoterapeutiske del af speciallægeuddannelsen er god nok – 54 %. De resterende 46 % mener ikke, at denne del af uddannelsen er god nok.

Der er ligeledes til dette spørgsmål indtastet en del kvalitative kommentarer, hvilke kan ses i bilag 8. Det er ikke muligt at analysere noget generelt om udtalelserne, og derfor gives der ikke i rapporten eksempler på kommentarer. Der er både en del respondenter, der mener, at den psykoterapeutiske del fylder for meget i uddannelsen, samt en del respondenter der giver udtryk for, at psykiaterne ikke er rustet godt nok til denne del af hvervet.

Opsummering

Både i forhold til den farmakologiske del og den psykoterapeutiske del af speciellægeuddannelsen er der omkring 50 % af psykiaterne, der ikke mener, at disse dimensioner af uddannelsen er gode nok. Der er derfor noget, der tyder på, at det kunne være relevant at se nærmere på speciallægeuddannelsens indhold. Det skal dog i denne forbindelse nævnes, at der er en udpræget holdning til, at efteruddannelse og supplerende kurser er et vigtigt element for at højne og bibeholde det faglige niveau. Dog forefindes der en videre problematik i forbindelse med disse kurser og efteruddannelser, da det af psykiaterne vurderes, at der til tider ikke er afsat hverken tidsmæssige eller økonomiske ressourcer til at opretholde fagligheden via kurser eller efteruddannelse.

Det har vist sig, hvorledes kurser og efteruddannelse vurderes som et vigtigt element for den generelle faglighed blandt psykiaterne. Dette er et element, der i samspil med den elementære grunduddannelse som speciallæge former den faglighed, der forefindes i det psykiatriske felt. I følgende del af analysen vil der da være en mere nuanceret analyse af brugen af efteruddannelse og supplerende kurser.

2.6. Kurser og efteruddannelse

Efter ovenstående behandling af, hvad psykiaterne mener om deres grunduddannelse som speciallæger, sættes der i det følgende fokus på psykiaternes deltagelse i kurser og efteruddannelse. Her søges at afdække hvor mange af psykiaterne, der har deltaget i kurser, hvilke kurser de har deltaget i, hvor stor udbyttet af kursusdeltagelsen efter psykiaternes opfattelse var, samt hvem arrangørerne af kurserne har været.

I følgende tabel fremgår, hvor mange og hvor stor en procentdel af respondenterne der har været på supplerende uddannelse eller kurser inden for det sidste år.

Tabel 2.6.1.

Har De inden for det seneste år modtaget supplerende uddannelse eller kurser?		
	Respondenter	Procent
Ja	102	87,9 %
Nej	14	12,1 %

Det fremgår, at næsten 87,9 % af alle respondenterne inden for det seneste år har modtaget supplerende uddannelse eller kurser. Hvilket i sagens natur vil sige, at 12,1 % af respondenterne ikke har efteruddannet sig via undervisning inden for det seneste år.

Hvilke kurser har psykiaterne deltaget i?

De respondenter, der har svaret 'ja' til ovenstående spørgsmål, har haft mulighed for at beskrive, hvilke kurser de har deltaget i. 97 af de 102 respondenter har benyttet muligheden for at angive et kvalitativt svar. De former for kurser eller efteruddannelser, der er mest udbredte, er kurser i psyko-farmakologi, lederuddannelse, kurser i psykoterapi, ADHD-kurser, kurser i kognitiv terapi, kurser inden for retspsykiatri samt supervisorsuddannelse. Se samtlige kurser og beskrivelser i bilag 9.

Det faglige udbytte

I følgende figur er respondenternes vurdering af det faglige udbytte af de respektive uddannelser og kurser fremstillet

Tabel 2.6.2.

Hvordan vurderer De det faglige udbytte af disse supplerende uddannelser eller kurser?		
	Respondenter	Procent
Stort udbytte	70	68,6 %
Middel	30	29,4 %
Minimalt udbytte	2	2,0 %

Hvis man ser nærmere på, hvad respondenterne mener om det faglige udbytte af kurserne, viser det sig, at et stort flertal af respondenterne, der har deltaget i kurser eller efteruddannelse, vurderer, at de har haft et stort udbytte af kurserne. Hele 69 % svarer nemlig 'stort udbytte'. Knap 30 % svarer, at de har haft et 'middel' udbytte, og de resterende 2 % har svaret et 'minimalt udbytte'. Det kan da konstateres, at det faglige udbytte af de respektive kurser og efteruddannelser generelt er stort.

Specielt om de psykofarmakologiske kurser

Vi har derefter spurgt ind til, hvor stor en andel af respondenterne, der har deltaget i farmakologiske kurser. I forhold til respondenternes beskrivelser af, hvilke kurser de har deltaget i inden for det seneste år ovenfor, synes det umiddelbart som en stor andel af respondenterne, der har deltaget i sådanne kurser. Tabellen nedenfor indikerer også, at det er tilfældet.

Tabel 2.6.3.

Har De inden for det seneste år deltaget i farmakologiske kurser?		
	Respondenter	Procent
Ja	62	53,4 %
Nej	54	46,6 %

Over halvdelen af psykiaterne har inden for det seneste år deltaget i farmakologiske kurser. De respondenter, der har svaret 'ja' til ovenstående spørgsmål, har haft mulighed for at skrive, hvilke kurser inden for farmakologi, de har deltaget i. Se besvarelserne i bilag 10.

Arrangørerne af de farmakologiske kurser

I denne forbindelse har det været interessant at belyse, hvem der arrangerer sådanne kurser. Der kan her opstilles en formodet antagelse om, at medicinalindustrien står for en hel del af kurserne, jævnfør foregående inddragede kvalitative beskrivelser fra respondenterne. I denne forbindelse bekræfter de kvantitative beskrivelser denne antagelse, da en stor del af respondenterne svarer, at medicinalindustrien arrangerer og i visse tilfælde betaler for psykiaternes deltagelse. Se alle besvarelserne i bilag 11.

Det har i denne forbindelse været muligt at kvantificere de kvalitative udsagn, respondenterne har givet i forbindelse med deres besvarelser, angående de uddannelser eller kurser de har deltaget i det seneste år. I følgende tabel fremgår procentfordelingen af de kurser, de respektive respondenter har deltaget i. Tabellen er inddelt efter de kurser eller uddannelser, der er arrangeret af faglige eller offentlige institutioner, og de kurser eller uddannelser der er arrangeret af firmaer eller organisationer under medicinalindustrien.

Tabel 2.6.4.

Deltaget i kurser arrangeret af;		
	Faglige eller offentlige institutioner	Medicinalindustrien
Procent	47,2 %	52,8 %

I den ovenstående tabel fremgår det, hvorledes respondenterne i overvægt har deltaget i kurser eller uddannelser udbudt og arrangeret af medicinalindustrien. Dette resultat kan virke paradoksalt, da det i den foregående del af analysen har vist sig, hvorledes visse respondenter har ytret det problematiske ved deltagelsen i kurser eller uddannelser udbudt af medicinalindustrien i forbindelse med den faglighed og farmakologiske udvikling, der forefindes og må opretholdes i det psykiatriske felt.

Opsummering

Opsummerende kan det siges, at størstedelen af respondenterne har taget supplerende kurser eller efteruddannelse inden for det seneste år. Psykiaterne vurderer, at det faglige udbytte har været stort. Halvdelen af de psykiatere, der har været på supplerende kurser eller efteruddannelse, har deltaget i farmakologiske kurser. Omkring 50 % af disse kurser har været arrangeret af medicinalindustrien.

2.7. Behandlingsformer i psykiatrien

Det ønskes afdækket, hvor vigtige forskellige former for behandling i psykiatrien anses som værende, samt hvor udbredt behandlingsformerne er. I følgende analysedel behandles respondenternes mening til henholdsvis medicinsk behandling, samtalerapi, motion/musik/lignende samt andre behandlingsformer.

Medicinsk behandling

Tabel 2.7.1.

Hvor vigtig mener De, at følgende faktorer er i den psykiske behandling? - Medicinsk behandling		
	Respondenter	Procent
Meget væsentlig	68	61,3 %
Væsentlig	26	23,4 %
Middel	4	3,6 %
Uvæsentlig	0	0,0 %
Meget uvæsentlig	0	0,0 %
Kan ikke siges generelt - afhænger af den enkelte patient	13	11,7 %

61 % af alle respondenterne mener, at medicinsk behandling er meget væsentlig i den psykiske behandling. 23 % mener, at medicinsk behandling er 'væsentlig'. Sumerisk mener cirka 85 % af alle psykiaterne, at medicinsk behandling er enten 'meget væsentlig' eller 'væsentlig' i den psykiske behandling. 4 % svarer 'middel' og de resterende 12 % mener ikke, at det kan siges generelt, men at det afhænger af den enkelte patient.

Der forekommer da en tendens til, at et stort flertal af psykiaterne anser medicinsk behandling som en væsentlig del af den psykiatriske behandling. Det bliver da videre interessant at belyse, hvor stor en andel af respondenternes patienter, der modtager medicinsk behandling. Dette er fremstillet i den følgende tabel.

Tabel 2.7.2.

Hvor stor en andel af Deres patienter modtager følgende former for behandling? - Medicinsk behandling		
	Respondenter	Procent
Ingen	1	0,90 %
Under halvdelen	5	4,50 %
Cirka halvdelen	15	13,60 %
Mere end halvdelen	53	48,20 %
Alle	36	32,70 %
I alt	110	100,00 %

Det fremgår af ovenstående resultater, at den medicinske behandling er meget udbredt i psykiatrien. Næsten 95 % af alle psykiatere svarer, at halvdelen eller flere af deres patienter modtager medicinsk behandling. 14 % af respondenterne svarer, at cirka halvdelen af patienterne modtager medicinsk behandling, 48 % respondenter svarer 'mere end halvdelen', og 33 % svarer 'alle'. Kun 5 % af respondenterne har en patientgruppe, hvor under halvdelen af patienterne modtager medicinsk behandling, og 1 % af respondenterne har ingen patienter, der modtager medicinsk behandling.

I det følgende vil der være en belysning af respondenternes holdning til forskellige behandlingsformer, der ikke har noget med den farmakologiske del af den psykiatriske behandling.

Samtaleterapi

Tabel 2.7.3.

Hvor vigtig mener De, at følgende faktorer er i den psykiske behandling? – Samtaleterapi		
	Respondenter	Procent
Meget væsentlig	43	38,7 %
Væsentlig	43	38,7 %
Middel	6	5,4 %
Uvæsentlig	0	0,0 %
Meget uvæsentlig	0	0,0 %
Kan ikke siges generelt - afhænger af den enkelte patient	19	17,1 %

Tabellen viser, at 39 % af respondenterne anser samtaleterapi som en 'meget væsentlig' del af den psykiske behandling. Ligeledes anser 39 % af respondenterne behandlingstypen som 'væsentlig'. 5 % svarer 'middel' og de resterende 17 % mener, at det ikke kan siges generelt, men at det afhænger af den enkelte patient.

Der er altså 77 % af respondenterne, der generelt anser samtaleterapi som en behandlingsform, der er 'meget væsentlig' eller 'væsentlig'. Der er altså en tendens til, at samtaleterapi ikke anses lige så væsentlig som behandlingsform som den medicinske behandling, samt en tendens til at flere respondenter mener, at behandlingsformens relevans afhænger af den enkelte patient.

I den nedenstående tabel ses, hvor stor en andel af psykiaternes patienter der modtager samtaleterapi.

Tabel 2.7.4.

Hvor stor en andel af Deres patienter modtager følgende former for behandling? - Samtaleterapi		
	Respondenter	Procent
Ingen	5	4,5 %
Under halvdelen	26	23,6 %
Cirka halvdelen	18	16,4 %
Mere end halvdelen	36	32,7 %
Alle	25	22,7 %

Det viser sig, at der er stor variation i hvor stor en andel af patienterne, der modtager samtaleterapi. 23 % af respondenterne svarer, at alle deres patienter modtager samtaleterapi, 33 % svarer 'mere end halvdelen', 16 % svarer 'cirka halvdelen', 24 % svarer 'under halvdelen' og 5 % af respondenterne har ingen patienter der modtager samtaleterapi.

Motion, musik og lignende

Tabel 2.7.5.

Hvor vigtig mener De, at følgende faktorer er i den psykiske behandling? - Motion, musik og lignende		
	Respondenter	Procent
Meget væsentlig	21	18,9 %
Væsentlig	47	42,3 %
Middel	25	22,5 %
Uvæsentlig	2	1,8 %
Meget uvæsentlig	0	0,0 %
Kan ikke siges generelt - afhænger af den enkelte patient	16	14,4 %

19 % af respondenterne anser musik, motion og lignende behandlingsformer som 'meget væsentlige'. 42 % svarer 'væsentlig', 23 % svarer 'middel' og 2 % svarer 'uvæsentlig'. Endelig mener 14 % af respondenterne, at det ikke kan siges generelt, men afhænger af den enkelte patient. Der er altså kun i alt 61 %, der mener, at motion, musik og lignende som terapiform er en væsentlig behandlingsform, og deriblandt er der kun 19 %, der svarer 'meget væsentlig'.

Motion, musik og lignende behandlingsformer synes altså de behandlingsformer, der generelt blandt respondenterne anses som mindst vigtige i den psykiske behandling, sammenlignet med medicinsk behandling og samtaleterapi.

I følgende tabel fremgår hvor stor en del af respondenternes patienter, der modtager disse former for behandling.

Tabel 2.7.6.

Hvor stor en andel af Deres patienter modtager følgende former for behandling? - Motion, musik og lignende		
	Respondenter	Procent
Ingen	21	19,1 %
Under halvdelen	49	44,5 %
Cirka halvdelen	17	15,5 %
Mere end halvdelen	20	18,2 %
Alle	3	2,7 %

Der er flest respondenter, der svarer, at under halvdelen af deres patienter modtager behandling via motion, musik eller lignende. Dette drejer sig om ca. 45 % af alle psykiaterne. 20 % svarer, at ingen af deres patienter modtager sådanne behandlingsformer. I alt 65 % af alle respondenterne svarer 'ingen' eller 'under halvdelen'. 16 % svarer 'cirka halvdelen' af patienterne, 18 % svarer 'mere end halvdelen' og 3 % svarer 'alle'.

Opsummering

Der ses en samlet tendens til en sammenhæng mellem hvor væsentlige, psykiaterne mener, de forskellige behandlingsformer er, og hvor stor en andel af patienterne der modtager behandlingsformen.

Medicinsk behandling anses som den væsentligste behandlingsform, og det er samtidig den behandlingsform, der benyttes over for den største andel af psykiaternes patienter. Samtaleterapi er den behandlingsform, der anses som næstvigtigst og er også den behandlingsform, der anvendes over for den næststørste andel patienter hos de enkelte psykiatere. Endelig er motion, musik og lignende behandlingsformer anset som de mindst væsentlige behandlingsformer samtidig med, at det er de behandlingsformer, der er udbredt til den mindste andel af psykiaternes patienter.

Undersøgelsen siger ikke noget om, hvor stort et antal patienter der modtager de forskellige behandlingsformer, men kun noget om hvor stor en andel af de enkelte psykiateres patienter, der modtager den pågældende behandling. Da der er stor variation i antallet af patienter tilknyttet den enkelte psykiater, kan andelen ikke sige noget om, hvorvidt det reelle antal patienter, der modtager de forskellige behandlingsformer, er større eller mindre de forskellige behandlingstyper imellem.

Andre behandlingsformer

For at afdække den samlede patientbehandling i det psykiatriske felt har respondenterne haft mulighed for at angive, hvor stor en del af deres patienter der modtager en behandlingsform, der ikke har været defineret i den foregående del. I følgende tabel fremgår, hvor stor en del af de respektive patientgrupper der indgår i behandlingstyper, der ikke før i denne undersøgelse har været behandlet.

Tabel 2.7.7.

Hvor stor en andel af Deres patienter modtager følgende former for behandling? - Andre behandlingstyper		
	Respondenter	Procent
Ingen	27	24,5 %
Under halvdelen	48	43,6 %
Cirka halvdelen	15	13,6 %
Mere end halvdelen	18	16,4 %
Alle	2	1,8 %

44 % af alle respondenterne svarer i denne forbindelse, at 'under halvdelen' af deres patienter modtager andre behandlingsformer end de før definerede behandlingsformer. 25 % svarer 'ingen'. I alt 69 % svarer 'under halvdelen' eller 'ingen'. 14 % svarer 'cirka halvdelen', 16 % svarer 'mere end halvdelen', og kun 2 % af respondenterne har en patientgruppe, der alle modtager andre former for behandlingstyper.

Endeligt er det interessant at belyse, hvorvidt respondenterne ønsker andre behandlingsformer indført, eller ønsker at fremme andre former for behandlingsformer i forhold til den nuværende behandling.

Tabel 2.7.8.

Er der andre behandlingsformer, De gerne så indført eller fremmet?		
	Respondenter	Procent
Ja	62	55,9 %
Nej	49	44,1 %

Over halvdelen af alle respondenter ønsker andre behandlingsformer indført, end de allerede implicerede behandlingsformer, eller så gerne andre behandlingsformer fremmet. Det gør sig gældende for 56 % af respondenterne. 44 % ønsker ikke andre behandlingsformer indført eller fremmet.

De respondenter, der har svaret 'ja', har haft mulighed for at beskrive, hvilke behandlingsformer de gerne ville have indført eller fremmet. Dette er gjort som en kvalitativ besvarelse, og alle besvarelserne kan ses i bilag 13. Alle 62 respondenter, der til ovenstående spørgsmål svarede 'ja', har givet en kvalitativ beskrivelse af de behandlingsformer, de gerne så indført eller fremmet i det psykiatriske felt.

I den følgende del af belysningen af behandlingsformer vil der være en behandling af de kvalitative udsagn. Dette er her gjort ved at kategorisere de temaer af behandlingsformer, der bliver udtrykt i den kvalitative empiri af de respektive respondenter.

Somatisk behandling

Flere af respondenter ytrer ønske om en større brug og fremmelse af somatiske redskaber i den psykiatriske behandling. Det er generelt, at flere respondenter ønsker et større fokus på de fysiske faktorer for patienterne. Det er vigtigt, at behandlingen består af flere tilgange, hvor de somatiske dele skal inddrages som en naturlig symbiose med de øvrige. En respondent beskriver dette således: *"Ovenstående behandlinger er væsentlige men afpasses i forhold til den enkelte pt. Det er også væsentligt at være opmærksom på fysisk helbred, kost, konkurrerende sygdomme og forhold til pårørende. Jeg så gerne fremmet fokus på somatiske forhold, brug af somatisk undersøgelse og laboratorietjek, også i praksis"*

Det viser sig ud fra de kvalitative kommentarer, at det blandt andet er kost og motion, der sættes i fokus blandt respondenterne. En respondent beskriver eksempelvis dette således: *"Bedre somatisk us. af psykisk syge, bedre kostvejledning"*. Ligeledes beskriver en anden respondent ønsket om fysiske rum til udøvelse af somatiske aktiviteter: *"Værksteder, cafeer med patientinvolvering, gode gymnastiksale og motionsrum også for frihedsberøvede og varetægtsfængslede"*. Citatet her indikerer ønsket om fysiske rum, hvor brugerinddragelse og aktivitet kan være en del af en intern miljøterapi, hvor ligeledes motion bliver et led i den somatiske behandling af patienterne.

Et andet væsentligt element for flere respondenter i forbindelse med de somatiske behandlingsformer, er en større inddragelse af ergoterapi og fysioterapi. Dette er behandlingsformer, der flere steder bliver nævnt i den kvalitative empiri. En respondent beskriver således: *"Fysioterapi samt tiltag a la meget gamle dage med nyttigt arbejde"* Citatet udtrykker her ønsket om en større inddragelse af fysioterapi, og ligeledes en fremmelse af patientaktiviteter med en formåltjenestelig (nyttig) karakter. Dette kan have karakter af en form for jobtræning, der fører videre til ønsket om en fremmelse af socialpsykiatri.

Socialpsykiatri

Flere steder i den kvalitative empiri optræder ønsket om en fremmelse af socialpsykiatrien, og et tættere samarbejde mellem kommunernes socialpsykiatri og det psykiatriske felt. En respondent beskriver i denne forbindelse: *"Tæt samarbejde med kommunernes socialpsykiatri (hvis man kan kalde det behandling, men det er i hvert fald vigtigt)"* En anden respondent er af samme holdning og skriver: *"Bedre socialpsykiatrisk behandling i et samarbejde imellem psykiatere og kommunerne"* Ovenstående to citaters essentielle holdning kan genfindes i lignende form mange andre steder i den kvalitative empiri fra respondenterne. Det må da konstateres, at de socialpsykiatriske elementer i behandlingen tillægges signifikans for en stor del af respondenterne. En respondent beskriver videre: *"Socialpsykiatrisk indsats er afgørende i nogle sammenhænge. Miljøterapi i Dagshospital (herunder de øvrige nævnte terapi-elementer og gruppeterapi)"*. Citatet indikerer ligeledes vigtigheden af socialpsykiatrien, og inddrager videre betydningen af miljøterapi, hvilket vil blive behandlet i følgende afsnit.

Miljøterapi

På trods af at miljøterapi er en behandlingsform, som foregår på næsten alle psykiatriske afdelinger i Danmark og i mange af de psykiatriske bofællesskaber og socialpsykiatriske institutioner, bliver

miljøterapi stadig nævnt som et element, flere af respondenterne ønsker at fremme som behandlingsform.

En respondent beskriver, hvorledes miljøterapi og de fysiske rammer er vigtige allerede ved patientens første møde med det psykiatriske felt ved eksempelvis en akutmodtagelse: *"Akut modtagelse af ptt. i starten af sygdomsudviklingen i hensigtsmæssige, rolige omgivelser med et professionelt, "kærligt" personale. Det giver et hurtigt behandlingsresultat og trykke patienter som accepterer ambulant behandling med god compliance."*

På trods af at miljøterapien foregår som en kontinuerlig behandling over tid, indikerer citatet, hvorledes det er vigtigt, at patienten indgår i en korrespondance med en faglig kontaktperson, der kan danne tryghed, hvilket er et essentielt element for en videre miljøterapi.

Mange af respondenterne nævner i stikord elementer, der indgår under miljøterapi som behandlingsform, her følger et udpluk af disse: *"Miljøterapi", "Miljøterapi under indlæggelse", "Netværksarbejde", "Kognitiv adfærdsterapeutisk miljøterapi", "Social rehabilitering" og "træning af sociale færdigheder såvel i netværket som i samfundet."*

Miljøterapi er som sagt en behandlingsform, der allerede bliver praktiseret mange steder i det psykiatriske felt. Ifølge flere af respondenterne skyldes ønsket om en større fremmelse af miljøterapi, et manglende samarbejde og den konsensus der må forefindes i det psykiatriske felt, for at miljøterapien kan udføres tilfredsstillende. En respondent beskriver eksempelvis: *"Kvalificeret sygepleje som er teoribaseret og superviseret. Færre vikarer. Miljøterapien er ikke inegreret mellem læge og øvrigt personale. Forbillede sankt hans hospital afd. M".* Det viser sig da, at miljøterapien eventuelt kan højnes ved en højere faglighed blandt alle ansatte på de respektive psykiatriske afdelinger. En anden respondent beskriver i forannævnte sammenhæng følgende: *"Mere miljøterapi på et noget højere fagligt niveau end man ser idag."* Citatet udtrykker her ønske om en generelt højere faglighed, hvad angår miljøterapi. En anden respondent beskriver ligeledes: *"Træning af sociale færdigheder. Psykoedukation. Familiebehandling. Styrkelse af samarbejdet mellem "de professionelle"*. Endnu engang bliver det faglige samarbejdet nævnt, dette videre i forbindelse med vigtigheden af psykoeduktion, hvilket bliver bearbejdet i følgende afsnit.

Psykoedukation

Informationen til patienter eller pårørende til patienter om, hvordan de psykiske sygdomme viser sig, og hvordan man bedst kan forholde sig til sygdommen, forekommer ligeledes som et vigtigt element i den psykiatriske behandling.

I forhold til psykoedukationen, er det ganske essentielt for flere af respondenterne, at denne forekommer i mere udbredt grad for de pårørende til patienterne. En respondent beskriver dette således: *"Systematisk undervisning af pårørende og varetagelse af patienternes børns interesser"*. En anden respondent er af samme holdning og skriver: *"Psykoedukation pårørende inddragelse i højere grad"*. De to ovenstående citater udtrykker en holdning for fremmelse af psykoedukation, der kan genfindes hos mange af de kvalitative kommentarer blandt respondenterne i denne undersøgelse.

Psykotterapi

Flere respondenter så videre en fremmelse af mere psykologiske behandlingsmetoder indført. I denne forbindelse bliver psykotterapi nævnt som mulig metode til fremmelse. En respondent beskriver eksempelvis i denne forbindelse således: ”*Psykiateren reduceres til den der opstiller en behandlingsplan og udskriver medicin. Mulighederne af psykotrapeutiske interventioner udnyttes ikke tilstrækkeligt.*”. En anden respondent skriver kort og præcist i den kvalitative empiri: ”*Mentaliseringsbaseret psykotterapi*” Det fremgår da, hvorledes der florerer en holdning til, at de farmakologiske metoder i psykiatrien kan suppleres med metoder fra psykologien. En anden respondent beskriver eksempelvis: ”*Psykotterapi, inklusive interpersonel terapi. Musikterapi/pædagogiske/miljøterapeutiske tiltag, ja, vel nærmest "psykisk genoptræning", f.eks. efter svær depression*”

ElektroConvulsiv Terapi

Visse respondenter nævner videre elektroconvulsiv terapi, som en behandlingsform der kan være gavnlig, og som ikke må negligeres i forhold til visse patientgrupper. En respondent skriver i denne forbindelse følgende:

ECT skal ikke glemmes. Ja, der kan da være enkeltituationer eller mindre patientgrupper, der har glæde af andre tiltag - ligesom svaret på forrige spørgsmål er en generalisering, for ellers skulle jeg svare "afhænger af den enkelte patient". Men nye tilbud i et lille land som Danmark vil være svære at fastholde, hvis det ikke er eklatant bedre end de øvrige.

Det er da essentielt, at behandlingsformerne selvfølgelig afrettes til den kontekst og den lidelse, den enkelte patient har. Her mener visse respondenter, at elektroconvulsiv terapi i visse tilfælde kan være en behandlingsmetode, der burde fremmes. En anden respondent skriver videre: ”*Husk iøvrigt elektrochock, der er en god behandling for mange.*”

Opsummering

I analysen af den kvantitative empiri, har det vist sig, at 55,9 % af psykiaterne ønsker få fremmet eller indført behandlingsmetoder i det psykiatriske felt, der på nuværende tidspunkt ikke er eksisterende eller nedprioriteret i forhold til det ønskede niveau. Den kvalitative empiri har gjort det muligt at danne indblik i, hvilke specifikke behandlingsformer og metoder psykiaterne gerne så indført eller fremmet.

Det viser sig i denne forbindelse, at de fysiologiske elementer og somatiske behandlingsformer af en stor del af psykiaterne ønskes fremmet. Ligeledes er det et ønske om at fremme samspillet mellem psykiske sygdomme og sociale forhold via et øget fokus på socialpsykiatrien. Dette fører videre til ønsket om et øget fagligt brug og inddragelse af miljøterapi, hvilket vil blandt andet kan højne rehabiliteringen af færdigbehandlede patienter. Videre er der psykiatere, der ønsker at sætte et større fokus på psykoedukationen og især psykoedukationen hos de pårørende til patienterne. Ligeledes forefindes der et ønske om i højere grad at inddrage psykologiske metoder i form af psykotterapi. Endelig er der visse psykiatere, der ser muligheder i en større brug af elektroconvulsiv terapi til visse patientgrupper.

2.8. Indlæggelsestiden

Der har i perioder været megen debat i medierne, blandt politikere og borgere omkring indlæggelsestiden for psykisk syge. Når der er en sag på dagsordenen, hvor psykisk syge individer begår alvorlig kriminalitet, kommer diskussionen som regel op på ny. I sådanne forbindelser er det blevet påpeget, at grundet pladsmangel og ressourcemangel bliver visse alvorligt syge patienter udskrevet for tidligt fra de psykiatriske hospitaler og institutioner. I det følgende vil vi sætte fokus på, hvordan psykiaterne ser på indlæggelsestiden for alvorligt syge patienter.

Tabel 2.8.1.

Hvordan vurderer De den generelle indlæggelsestid for alvorligt syge patienter?		
	Respondenter	Procent
For kort	83	74,1 %
Passende	28	25,0 %
For lang	1	0,9 %

Undersøgelsen viser, at et stort flertal af respondenterne mener, at indlæggelsestiden for alvorligt syge patienter generelt er for kort. Hele 74 % af respondenterne er af den holdning. 25 % mener, at indlæggelsestiden er passende, og kun 1 % mener, at den generelt er for lang.

Det er bemærkelsesværdigt en så stor del af respondenterne er af den holdning, at indlæggelsestiden for alvorligt syge patienter generelt er for kort. Respondenterne har i denne forbindelse haft muligheden for at knytte kommentarer til spørgsmålet. Alle de kvalitative kommentarer til dette emne forefindes i bilag 12. 53 psykiatere har benyttet muligheden for at knytte en kommentar til ovenstående problematik.

Pladsmangel

Der er generelt for de beskrivelse, der fremkommer i den kvalitative empiri, at manglen på sengepladser kausaliserer den vurderede for korte indlæggelsestid af alvorligt syge patienter. En respondent skriver eksempelvis i denne forbindelse: ”I vores aktuelle organisering af psykiatrien er indlæggelsestiden ALT FOR KORT for de allermest syge, formentligt pga. for få LUKKEDE sengepladser i almenpsykiatrien” Citatet indikerer en frustration over det minimale antal af sengepladser på de lukkede afsnit. Den kvalitative empiri bevidner videre, at det ikke bare er på de lukkede afsnit dette problem forefindes. En anden respondent skriver videre: ”På åbent afsnit gentagne gange skulle vurdere hvilke pt var nødt til at blive udskrevet af hensyn til pladssituationen. Mange gange havde pt profiteret af længere indlæggelse og bedre planlægning og koordinering af udskrivningen” Det fremgår af citatet, at der også på de åbne afsnit sker en udskrivning af patienter på grund af pladsmangel. En anden respondent beskriver videre: ”I det daglige får jeg fornemmelse at vi kun lige når at ”slukke brande”. Der hvor jeg arbejder er der aldrig elektive indlæggelser og pt. udskrives ofte pga. manglende sengepladser.” Citatet her

viser, hvorledes det i vissetilfælde bliver kutyme at udskrive patienter på grund af pladsmangel ved akutte indlæggelser.

Behandlingsproblemer

Det viser sig ud fra de kvalitative beskrivelser, hvorledes det i flere tilfælde opstår en faglig frustration blandt respondenterne i forhold til den korte indlæggelsestid for alvorligt syge patienter. En respondent beskriver, hvorledes den korte indlæggelsestid kan føre til genindlæggelser, og videre er utilfredsstillende for patienten og ligeledes for de pårørende til patienten: ”Skizofrene ptt kan ikke nå at ”hele op” i aktivt psykiatrisk behandlingsmiljø med de nuværende få sengepladser som sygehusejerne (politikere) stiller til rådighed. Dette medfører utilfredsstillende behandlingsresultater for patienterne (og deres pårørende) og genindlæggelser”. Dette problem bliver ligeledes beskrevet af en anden respondent, der kort og godt skriver: ”De er ikke færdigbehandlede”

Indlæggelse

I den kvalitative empiri fremkommer der endnu en problematik i forhold til indlæggelsen af alvorligt syge patienter. Det viser sig, at ikke bare den korte indlæggelsestid er et problem, det kan ligeledes være et problem overhovedet at få alvorligt syge indlagt eller behandlet på en psykiatrisk afdeling. En respondent skriver i denne forbindelse således: ”Jeg kan ikke få indlagt mine svært deprimerede patienter til behandling” Citatet her indikerer hvorledes plads- og ressourcemanglen kan bevirke, at svært deprimerede, og dermed alvorligt syge patienter ikke få den fornødne behandling. En anden respondent oplever stilsvarende problem, og beskriver dette således: ”Det kunne der skrives bøger om. Patienterne skal nærmest være døden nær for at blive indlagt og de udskrives næsten inden de er kommet ind. Det er dybt utilfredsstillende” Dette citat indrammer hele den overordnede problemstilling. Det kan være et problem bare at blive vurderet som behandlingsværdig og derved være indlæggelsesberettiget. På det tidspunkt, patienten bliver indlagt, er indlæggelsestiden så kort, at patienten ikke bliver færdigbehandlet.

Opsummering

I den foregående belysning af psykiaternes vurdering af indlæggelsestiden for alvorligt syge patienter fremgår det, hvorledes 74,1 % af psykiaterne mener, at indlæggelsestiden er for kort. Psykiaterne forklarer den korte indlæggelsestid med den generelle plads- og ressourcemangel, der forefindes på de psykiatriske hospitaler og institutioner. Psykiaterne vurderer, at de korte indlæggelsestider for de alvorligt syge patienter resulterer i, at patienterne ikke bliver færdigbehandlet, og at dette blandt andet fører til genindlæggelser. Det viser sig, at ikke bare de korte indlæggelsestider er et problem i denne forbindelse. Det er ydermere et problem i det hele taget at få alvorligt syge patienter indskrevet til behandling.

2.9. Medicintyper

Der sættes i det følgende et specielt fokus på brugen af medicin i den psykiatriske behandling. Først følger en række statistiske data om, hvilke kombinationer af medicin psykiaterne ser som fordelagtige for deres patienter, og hvor stor en andel af patienterne, psykiaterne mener, der har fordel af kombinationen.

Antidepressiv medicin og benzodiazopiner

Tabel 2.9.1.

Blandt de af Deres patienter, som får antidepressiv medicin: Hvor stor en del har fordel af kombination med benzodiazopiner?		
	Respondenter	Procent
0-10 %	31	28,2 %
11-20 %	30	27,3 %
21-30 %	14	12,7 %
31-40 %	4	3,6 %
41-50 %	3	2,7 %
50 %	9	8,2 %
Ingen	19	17,3 %

Den pågældende kombination af antidepressiv medicin og benzodiazopiner anses som en fordel for en meget lille del af respondenternes patienter. 17 % svarer, at slet ingen af patienterne har fordel af kombinationen. 28 % svarer 0-10 % af patienterne, og 27 % svarer 11-20 % af patienterne. I alt 73 % af respondenterne mener altså, at kombinationen af antidepressiv medicin og benzodiazopiner er en fordel for færre end 20 % af deres patienter. Den resterende andel af respondenterne fordeler sig over de øvrige svarmuligheder fra 21 % og opefter, dog med den største del af respondenterne i gruppen 21-30 %.

Antipsykotisk medicin og benzodiazopiner

Tabel 2.9.2.

Blandt de af Deres patienter, som får antipsykotisk medicin: Hvor stor en del har fordel af kombination med benzodiazopiner?		
	Respondenter	Procent
0-10 %	30	27,3 %
11-20 %	31	28,2 %
21-30 %	14	12,7 %
31-40 %	4	3,6 %
41-50 %	4	3,6 %
50 %	10	9,1 %
Ingen	17	15,5 %

16 % af respondenterne mener ikke, at nogen af deres patienter vil have fordele af en medicinering bestående af antipsykotisk medicin og benzodiazopiner. 27 % svarer at 0-10 % af deres patienter vil have fordel af kombinationen, og 28 % svarer 11-20 % af patienterne. I alt 71 % af respondenterne svarer, at under 20 % af deres patienter vil have fordel af en kombination af antipsykotisk medicin og benzodiazopiner. De resterende 29 % fordeler sig nogenlunde jævnt mellem de øvrige svarmuligheder fra 21 % og opefter dog med den største del af respondenterne i gruppen 21-30 %.

Polyfarmaci i forhold til antipsykotisk medicin

Det søges afdækket, hvor stor en del af psykiaternes patienter, der modtager flere typer antipsykotisk medicin på én gang.

Tabel 2.9.3.

Blandt de af Deres patienter, som får antipsykotisk medicin: Hvor stor en del af disse får flere antipsykotiske midler ad gangen?		
	Respondenter	Procent
0-10 %	29	26,4 %
11-20 %	29	26,4 %
21-30 %	13	11,8 %
31-40 %	10	9,1 %
41-50 %	6	5,5 %
50 %	13	11,8 %
Ingen	10	9,1 %

9 % af respondenterne svarer, at ingen af deres patienter får flere antipsykotiske midler ad gangen. 26 % svarer, at det er tilfældet for 0-10 % af patienterne, og 26 % af psykiaterne svarer 11-20 % af patienterne. I alt 62 % af respondenterne svarer, at færre end 20 % af deres patienter modtager flere

former for antipsykotisk medicin ad gangen. 12 % svarer, at 21-30 % af patienterne modtager flere antipsykotiske midler ad gangen, 9 % svarer 31-40 % af patienterne, 6 % svarer 41-50 % af patienterne og 12 % svarer, at 50 % af patienterne modtager flere antipsykotiske midler ad gangen.

I det følgende ønskes en viden om, hvor mange af psykiaterne der ser fordele ved polyfarmaci i forhold til antipsykotisk medicin, samt hvilke fordele de ser ved medicineringsformen.

Tabel 2.9.4.

Ser De fordele ved polyfarmaci i forhold til antipsykotisk medicin?		
	Respondenter	Procent
Ja	63	58,3 %
Nej	45	41,7 %

Der er ca. 60 % af respondenterne, der mener, at der er fordele ved polyfarmaci i forhold til antipsykotisk medicin. Af fordele nævner respondenterne blandt andet; at det kan mindske bivirkningerne ved behandlingen, at det kan være en fordel at bruge flere præparater frem for en større dosis af et bestemt præparat, at svært syge kan have en fordel, og at effekten af medicinen bliver bedre. Mange nævner også, at de kun ser fordele i forhold til bestemte patienter, og at de ikke bruger polyfarmaci som hovedregel, da de ved, at det officielt frarådes.

Se samtlige kommentarer til hvilke fordele der er ved polyfarmaci i forhold til antipsykotisk medicin i bilag 14. og yderligere kommentarer i bilag 15.

I den følgende del vil der være en kategorisering af de vurderinger, der fremkommer via de kvalitative vurderinger, respondenterne har gjort sig vedrørende fordelene ved polyfarmaci i forhold til antipsykotisk medicin.

Særlige tilfælde

Overordnet er det generelt for de beskrivelser, der er gjort vedrørende polyfarmaci i forhold til antipsykotisk medicin, at respondenterne lægger stor vægt på, at denne form for medicinering skal ses i forhold til den enkelte patient, og den behandlingsmæssige, sygdomsmæssige og specifikke diagnose patienten har og forefindes i. En respondent beskriver følgende i forhold til fordelene vedrørende polyfarmaci med antipsykotiske medikamenter: *"Det kan ikke besvares generelt. Det kommer an på sygdomsfase og diagnose"* På trods af at denne respondent ikke mener, at problemstillingen vedrørende polyfarmaci med antipsykotiske medikamenter ikke generelt kan besvares, udtrykker andre respondenter mere specifikke tilfælde, hvor de vurderer, at polyfarmaci med antipsykotiske medikamenter kan være en fordel. En respondent skriver eksempelvis: *"Undtagelsesvis kan der ses fordele hos terapiresistente patienter"*, og en anden respondent skriver: *"Nogle ptt. har ikke tilstrækkelig gavn af typiske eller atypiske antipsykotika og har også problemer med compliance. Hos disse ptt. kan med fordel anvendes et depotpræparat kombineret med Leponex (som også er et atypisk antipsykotikum)"* De to oven-

stående citater indikerer, at der er respondenter, der kan se fordele ved polyfarmaci med antipsykotiske medikamenter, og videre kan formulere tilfælde, hvor denne form for farmakologisk behandling kan være en fordel. En anden respondent beskriver følgende: *"Ofte har patienter gavn af kombination af to forskellige antidepressiva. Mange patienter får både medicin for demens og et/to antidepressiva. Kun i enkelte tilfælde suppleres med antipsykotica"*. Citatet indikerer ligeledes, at der kan være fordele ved polyfarmaci, men pointerer ligeledes, at det kun i enkelte tilfælde kan være en fordel at kombinere antidepressiva med antipsykotica. En anden respondent er af samme holdning, og beskriver mere specifikt i hvilket situation en sådan kombination er fordelagtig: *"Det er vigtigt at understrege at dette kun gælder den type af patienter jeg behandler, nemlig svært behandlelige skizofrene, som ikke har tilstrækkelig effekt af et præparat eller som får bivirkninger ved høje doser af et enkelt præparat"*

Det viser sig, at flere af respondenterne hovedsageligt ser fordele ved polyfarmaci med antipsykotiske medikamenter i forbindelse med svært behandlelige og som beroligende virkemiddel for svært deprimerede. En respondent skriver i den forbindelse således: *"Sommetider behov for sederende antipsykotika i kombination med standardbehandlingen i behandling af sværere depressioner kan man af og til optimere "target" i behandlingen og minimere(sprede) bivirkningerne"*

Nødvendigt onde

Flere af respondenterne giver udtryk for, at polyfarmaci med antipsykotiske medikamenter er et nødvendigt onde, som i reglen skal prøves at minimeres. En respondent beskriver denne problemstilling således: *"Visse svært behandlelige kan have fordel af en kombinationsbehandling selvom det generelt bør søges undgået."*, og en anden respondent skriver: *"I omstillingsfaser og i individuelle tilfælde. Men ikke ideelt."* Begge ovenstående citater udtrykker, hvorledes kombinationen med antidepressiva med antipsykotica kan være nødvendige på trods af, at dette ikke generelt er ønskværdigt. En respondent skriver videre i denne forbindelse: *"Til meget syge kan der være noget at hente.(selvom jeg ved, at man officielt fraråder dette)"* Endnu engang vurderer en respondent, hvorledes der kan forefindes fordele ved at polyfarmaci med antipsykotiske medikamenter, dette på trods af at respondenteren er bevidst om, at denne farmakologiske behandlingsform officielt frarådes.

Bivirkninger

Et af de altdominerende argumenter vedrørende fordelene ved polyfarmaci i forhold til antipsykotisk medicin er, at denne form for farmakologisk kombinationsbehandling kan være med til at minimere eller nedsætte de bivirkninger, der kan forefindes ved monofarmaci. En respondent formulerer her dette ganske kort: *"Indimellem kan man klare sig med mindre dosis af to præo. med færre bivirkninger til følge"*. Dette citat udtrykker en holdning til den farmakologiske kombinationsbehandling, der er at findes mange steder i den kvalitative empiri. En anden respondent skriver ligeledes: *"Ved svære bivirkninger og behandlingsresistent kan behandling med to antipsykotika givet optimeret effekt med færre bivirkninger."* Det fremgår ligeledes her en holdning til, hvorledes bivirkningerne kan nedbringes via en sådan kombinationsbehandling. Det essentielle farmakologiske argument i ovenstående citat er, at en kombinationsbehandling giver en større effekt, hvilket bevirker færre bivirkninger. Flere respondenter beskriver, hvorledes kombinationsbehandlingen gør det muligt at nedsætte den

samlede dosis af medikamenter, hvilket fører til samme resultat med færre bivirkninger. En respondent beskriver dette således: *"I nogle tilfælde kan man undgå bivirkninger ved at reducere dosis og i nogle tilfælde kan man supplere med højdosis præparater som p.n. ved behov for sedation"*. Dette er ligeledes et vurderet argument, der er generelt for beskrivelserne i den kvalitative empiri. En anden respondent formulerer dette således: *"Lavere dosis giver færre bivirkninger fra det enkelte præparat. Man kan nogle gange få bedre effekt ved at supplere med flere præparater. Det kan være en fordel at supplere depot præparat med et andet præparat, som hurtigere kan reguleres ved behov."* Netop den øgede farmakologiske effekt ved polyfarmaci med antipsykotiske medikamenter bliver et særskilt emne for beskrivelserne i den kvalitative empiri. Dette vil blive belyst følgende.

Effekt

Det er en ganske generel holdning til, at den farmakologiske effekt og behandlingsresultaterne bliver forøget ved brug af polyfarmaci i forbindelse med antipsykotisk medicin. En respondent beskriver kort og præcist dette således: *"Ved manglende effekt af monoterapi"*, og en anden respondent skriver: *"Det kan ofte være en nødvendighed, da et præparat ikke har tilstrækkelig effekt"*. Videre vurderer visse respondenter, at den farmakologiske kombinationsbehandling i et tidsmæssigt perspektiv kan have større resultateffekt: *"Kombination af langtidsvirkende og mere umiddelbart beroligende midler som fx truxal"* Det fremgår da ligeledes, at inddragelse af sedativa kan have en positiv effekt i en sådan farmakologisk kombinationsbehandling.

Endelig i forhold til effekten af polyfarmaci i forbindelse med antipsykotisk medicin vil et enkeltstående citat blive inddraget. En respondent beskriver her fordelene ved polyfarmaci i forbindelse med antipsykotisk medicin således: *"Patienterne har brug for det - for at komme sig hurtigst muligt så de kan udskrives så overbelægningen kan komme ned"*

Der vil i denne undersøgelse ikke være en mere uddybende fortolkning af ovenstående citat. Dog er det en bemærkelsesværdig udtalelse set i forhold til den foregående del af analysen af det psykiatriske felt. Det kan virke graverende, at et direkte middel til at nedbringe overbelægningen og overkomme ressourcemanglen i det psykiatriske felt bliver gjort via effekten af farmakologisk kombinationsbehandling.

Benzodiazepiner

Flere steder bliver brugen og effekten af benzodiazepiner nævnt i den kvalitative empiri. Visse respondenter mener, at der kan være fordele ved at inddrage benzodiazepiner i en farmakologisk kombinationsbehandling. En respondent beskriver her, hvorledes dette kortvarigt kan være fordelagtigt: *"Kan være nødvendigt med antidepressiva eller kortvarigt benzodiazepiner"*

Omvendt beskriver flere respondenter, hvorledes polyfarmaci med antipsykotisk medicin kan være med til at minimere eller eliminere brugen af benzodiazepiner. En respondent formulerer eksempelvis dette således: *"Færre bivirkninger. Kombinationsbehandling kan medføre færre bivirkninger=større compliance. Ved brug af antipsykotik som pn. medicin kan benzodiazepiner evt. undgås."* En anden respondent beskriver fordelene ved polyfarmaci med antipsykotisk medicin således: *"Evt. undgåelse af benzodiazepiner. I visse tilfælde bedre effekt (+ clozapin f.eks.)"*

Det viser sig da, at brugen af benzodiazepiner kan have fordele ved farmakologisk kombinationsbehandling. Videre viser det sig, at kombinationsbehandlingen med antipsykotiske medikamenter kan minimere eller eliminere brugen af benzodiazepiner.

Egne forsøg

Der viser sig videre, hvorledes behandlingen med en kombination af antidepressiva med antipsykotica ikke altid foregår via et evidensbaseret udgangspunkt. En respondent beskriver eksempelvis således: *”Da vi i hospitalssektoren behandler de allersygeste og -vanskeligste, kan det hænde, at jeg prøver mig frem med forskellige kombinationer, når alle andre muligheder er udtømte. Og det sker faktisk jævnligt.”* Der kan da være en tendens til, at de behandlinger, der foretages via en kombination af antidepressiva med antipsykotica, bliver gjort og videreført i forbindelse med respondentens egne forsøg og erfaringer med de specifikke medikamenter. En anden respondent skriver i denne forbindelse: *”Under et præp.skift får pt.det af og til så godt at jeg fortsætter med kombinationen”* Citatet viser her, hvorledes en kombinationsbehandling kan give en sporadisk erfaring hos den enkelte respondent, der bevirker, at denne farmakologiske kombinationsbehandling fortsætter.

Opsummering

Den kvantitative del af analysen angående polyfarmaci i forbindelse med antipsykotisk medicin har vist, at en overvægt af psykiatere på 58 % ser fordele ved sådanne farmakologisk behandlingsformer.

Bearbejdningen af den kvalitative empiri har videre givet et mere nuanceret billede af den holdning, der flourer blandt de psykiatere, der ser fordele ved polyfarmaci i forbindelse med antipsykotisk medicin. Det viser sig, at psykiaterne mener, at polyfarmaci i forbindelse med antipsykotisk medicin kan være fordelagtig i forbindelse med særligt psykisksyge patienter især ved svært deprimerede patienter. Polyfarmaci i forbindelse med antipsykotisk medicin anses som et nødvendigt onde. Videre anses det som en fordel, at polyfarmaci i forbindelse med antipsykotisk medicin kan være med til at nedbringe der samlede dosis af medikamenter, og derved minimere de bivirkninger patienterne kan lide under. Ligeledes vurderes der fordele ved polyfarmaci i forbindelse med antipsykotisk medicin, da effekten af sådanne farmakologiske behandlinger kan være mere virkningsfulde og langsigtede end polyfarmaci.

Det skal i denne forbindelse nævnes, at der muligvis kan forefindes en tenderende holdning til, at effekten af polyfarmaci i forbindelse med antipsykotisk medicin, kan være med til at afhjælpe overbelægningen på de psykiatriske hospitaler og institutioner.

Visse psykiatere ser fordele ved inddragelse af benzodiazepiner i forbindelse med kombinationsbehandling med antipsykotiske medikamenter. Dog forefindes en del psykiatere af den mening, at kombinationsbehandlingen med antipsykotiske medikamenter kan minimere eller eliminere brugen af benzodiazepiner. Endelig viser det sig, at kombinationsbehandlingen med antipsykotiske medikamenter til tider sker via psykiaternes egne kombinationsforsøg, uden at der forefindes evidensbaserede grundlag for denne medicinering.

2.10. Medicinfri behandling af skizofrene

Der er uenighed internt i psykiatrien omkring medicinfri behandling. Derfor ønskes der i det følgende en belysning af, hvad psykiaterne mener om medicinfri behandling af debuterende skizofrene.

Tabel 2.10.1.

Mener De, at der er fremtidsperspektiver ved forsøg med medicinfri behandling af debuterende skizofrene?		
	Respondenter	Procent
Ja	9	8,3 %
Nej	79	73,1 %
Ved ikke	20	18,5 %

Et stort flertal af psykiaterne mener ikke, at der er fremtidsperspektiver ved forsøg med medicinfri behandling af debuterende skizofrene. Hele 73 % svarer 'nej' til spørgsmålet. Kun 8 % mener, det er en mulighed, og 19 % af respondenterne ved ikke, om medicinfri behandling af debuterende skizofrene har fremtidsperspektiver.

Der er anført kommentarer til spørgsmålet af 38 respondenter. Størstedelen af disse kvalitative kommentarer omhandler, hvor farligt respondenterne mener, at den medicinfri behandling kan være. Alle kommentarer forefindes i bilag 17.

I den følgende del vil der være en gennemgang af de temaer der fremgår i den kvalitative empiri vedrørende forsøg med medicinfri behandling af debuterende skizofrene.

Videnskabelig evidens

Der er flere respondenter der har en stringent modstand i forhold til medicinfri behandling af skizofrene. Denne modstand bliver først og fremmest argumenteret via et fagligt og videnskabeligt udgangspunkt.

Den evidensbaserede dokumentation for, at medicinfri behandling kan være skadelig for patienterne, bliver genstand for flere af de kvalitative udtryk, respondenterne gør sig i denne forbindelse. En respondent skriver således: *"Det er klart dokumenteret, at tidligt indsættende behandling inkluderende neuroleptika, giver en bedre prognose"*. Respondenten giver da klart udtryk for, at antipsykotisk medicin bør bruges så tidligt som muligt i forhold til behandlingen af skizofreni. Denne holdning forefindes ligeledes hos flere af respondenterne. En anden respondent beskriver ligeledes ganske eksplicit denne holdning: *"Det er direkte uansvarligt. Det er i flere videnskabelige undersøgelser godtgjort at varigheden af ubehandlet psykose er en negativ prædikator for prognosen, det er helt uansvarligt og hvis jeg blev pålagt selv at udføre en sådan behandling, ville jeg søge min afsked"*. Der forefindes da en stringent holdning til, at der vil være decideret skadeligt ikke at behandle medicinsk i omtalte situationer. En respondent udtaler videre: *"Det er evidensbaseret, at prognosen afhænger af tidlig intervention herunder*

også *medicinering!*". Ovenstående holdninger bunder i en faglig videnskabelig diskussion, hvor det kan antages, at den faglige etik bliver omdrejningspunkt. Dette bliver da også et emne, der kan tematiseres i den kvalitative empiri.

Etik

Det viser sig videre, hvorledes respondenterne i flere tilfælde vurderer det faglige element ved medicinfri behandling af debuterende skizofrene patienter som uetisk. Det er essentielt, at respondenterne vurderer, at den evidensbaserede forskning på området strider mod en faglig etisk brug af medicinfri behandling. En respondent skriver i denne forbindelse således: *"Det er helt uetisk. Forskning tyder klart på at ubehandlet psykose skader hjernen og forværrer prognosen."* En anden respondent skriver: *"Etablering af medicinfri afdelinger er etisk uforsvarlig, fordi ubehandlet psykose skader hjernen"*.

Det viser sig videre, at flere respondenter mener, at medicinfri behandling af skizofrene i højere grad må betragtes som eksperimenter med utopiske visioner af velmenende tilgange. En respondent formulerer, blandt andre, dette således: *"Skizofrni er neurotokisk - pas på ikke at skade unge menneskers hjerne på velmenende dårligt underbygget eksperimenter"*

Enten.. eller

Ikke alle de kvalitative kommentarer har samme stringente modstand af medicinfri behandling af debuterende skizofrene, som skitseret ovenstående. Andre respondenter beskriver, hvorledes dette ikke bare kan negligeres overordnet, men må vurderes i forhold til den enkelte patient og den specifikke diagnose og den enkelte patients sygdomsforløb. En respondent formulerer dette således: *"Hvis vi ved debuterende skizofrene mener psykotiske, er svaret nej. Hvis vi taler om skizotypiske, som endnu ikke er blevet psykotiske, vil alle andre former for socialpsykologiske tiltag være den rette behandling"*

Det viser sig her, hvorledes visse respondenter mener, at denne overordnede problematik vedrørende medicinsk behandling må ses i lyset af en specifik lægelig vurdering af den enkelte case. En anden respondent formulerer dette således: *"Skeptisk. Men vigtigt at det ikke bliver et enten eller. Nogle patienter klarer sig uden medicin og de skal selvfølgelig ikke have det. Nogle patienter har ikke god effekt af medicin og de skal i nogle tilfælde heller ikke have det"*. Citatet indikerer ligeledes, at det er den lægelige vurdering af den enkelte case, der må skønne brugen af medicinfri behandling af skizofrene. Det viser sig her, hvorledes effekten af medicinen kan være med til at danne status for disse vurderinger.

Positiv

Det viser sig endeligt via de kvalitative beskrivelser, hvorledes visse respondenter ser fordele ved medicinfri behandling af debuterende skizofrene. En respondent beskriver dette således: *"Nogen gange glemmer vi at medicinen i ca 1/3 af tilfældene ikke virker eller virker dårligt. Og nogle debuterende skizofrene kan måske klare sig med god social støtte."* Citatet opstiller her en tese om, at i de tilfælde hvor den farmakologiske behandling ikke har den ønskede effekt, kan der være muligheder ved at søge andre behandlingsformer. En anden respondent refererer direkte til egne erfaringer i forbindelse med medicinfri behandling af en patient: *"Vi har aktuelt en 39-årig kvinde indlagt med første episode."*

Hun er bedret væsentligt efter 8 ugers ophold i et struktureret miljø i afdelingen". Her ytres der en klar holdning til, at det kan være muligt at spotte fremgang via medicinfri behandling. En anden respondent er af samme holdning og beskriver, hvorledes medicinfri behandling kan have sine fordele ved at behandle på det rigtige tidspunkt i sygdomsforløbet: "Såfremt vi kunne spotte de kommende skizofrene allerede i 13-14 årsalderen kunne man måske sætte ind med socialfærdighedstræning, der ville mindske stresniveauet og måske dermed ville kunne hindre en fortsat negativ udvikling"

Opsummering

Den kvantitative del af analysen viser, at langt størstedelen af psykiatere på 73,1 % ikke mener, at der er fremtidsperspektiver ved forsøg med medicinfri behandling af debuterende skizofrene.

Det fremgår videre af den kvalitative empiri, hvorledes det er en generel holdning, at den medicinfri behandling ikke er valideret i den evidensbaserede forskning på området, og derved må prøves at undgå som forsøg i behandlingen. Videre fremgår det, hvorledes flere psykiatere mener, at forsøg med medicinfribehandling er direkte uetisk. Endelig mener visse psykiatere, at der er visse tilfælde, hvor det kan være fordelagtigt med medicinfribehandling, dog skal dette ses i forhold til sygdomskaraktøren og forløbet for den enkelte skizofrene patient.

2.11. Udskrivning af medicin

I den videre del søges et billede af, hvad psykiaterne selv mener om den generelle mængde medicin, der udskrives i psykiatrien. Ligeledes undersøges det, hvor stor information patienterne får om deres egen medicinske behandling, samt hvor stor en andel af patienterne der har indflydelse på egen medicinering.

Tabel 2.11.1.

Mener De, at mængden af medicin, der udskrives i psykiatrien generelt er;		
	Respondenter	Procent
For stor	55	50,9 %
Passende	49	45,4 %
For lille	4	3,7 %

Over halvdelen af de 108 respondenter, der har svaret på spørgsmålet vedrørende mængden af medicin, der udskrives i psykiatrien, mener, at den generelle mængde af medicin er for stor. 45 % af respondenterne mener, at det er en passende mængde, og knap 4 % mener, at mængden af udskrevet medicin er generelt for lille.

Der er mulighed for at knytte kommentarer til ovenstående spørgsmålet, hvilket 41 respondenter har benyttet sig af. Det skal nævnes at flere af respondenterne mener, at der både udskrives for meget og for lidt medicin, og at der dermed mangler en svarmulighed, der indfanger dette. Derfor skal ovenstående kvantitative billede ses i lyset af dette. Man må formode at de respondenter, der har været ramt af nævnte dilemma, har afkrydset i 'passende'. Dermed synes ikke at være en nedjustering af den mængde respondenter, der mener, at mængden generelt er for stor. De samlede kvalitative kommentarerne kan ses i bilag 18.

Seponering

Blandt de respondenter, der mener, at der generelt udskrives en for stor mængde medicin i psykiatrien, er den en overordnet vurdering af, at en dårlig seponering skyldes dette problem. En respondent beskriver dette således: *"Der luges for sjældent ud. Ord kører bevidstløst og der lægges ikke plan for status og evt udtrapning. Ofte ville mere rolige omgivelser (afd) og veluddannet stabilt personale kunne betyde nedsat medicin forbrug."* Citatet her udtrykker her en holdning til, at bedre fysiske rammer for patienterne og øget faglighed blandt plejepersonalet kan være med til at nedsætte medicinudskrivningen ved en øget plan for seponering. Den anden respondent beskriver, hvorledes både dosis og antal præparater med fordel kunne nedbringes: *"Specielt får borderlinepatienter for meget medicin. Og mange kroniske patienter kunne med fordel reduceres i dosis eller antal præparater. Vi er generelt ikke gode nok til at evaluere effekten og seponere virningsløse medicin."* Det fremgår her, hvorledes der vurderes, at der er specifikke patientgrupper, hvor den farmakologiske behandling med fordel kunne reduce-

res. Ligeledes vurderes det her, at seponeringen af virkningsløs medicin ikke er god nok. Dette er en holdning genfindes flere steder i den kvalitative empiri. En anden respondent formulerer dette således: *"Vanskelige og også personlighedsforstyrrede pt som måske ses af mange læger får tit for meget, fordi ingen får seponeret."* Endnu engang fremgår det, hvorledes patienter kan få en for stor mængde medicin, da der mangler seponering. Citatet her forklarer dette med, at denne mangel på seponering af den enkelte patient, kan skyldes, at der er for mange læger knyttet til den enkelte case.

Optrapning

Der er respondenter, der mener, at der forefindes en tendens til, at patienterne direkte går op i dosis ved manglen af seponering. Den gamle medicin bliver ikke nedtrappet, og ny medicin bliver givet, hvilket resulterer i, at dosen forøges proportionalt med tiden for behandlingsforløbet. En respondent beskriver i denne forbindelse således: *"Der er en tendens til ikke at få seponeret gammel medicin, men lægge oven i".* Det viser sig videre, hvorledes antallet af indlæggelsesforløb kan være med til at forhøje både antallet af præparater og dosis. En respondent beskriver eksempelvis således: *"Accellerede indlæggelsesforløb bevirker, at ptt udskrives med for megen medicin (både m.h.t. antal præparater og dosis)"*

Manglende lægelige ressourcer

Det viser sig videre, hvorledes den farmakologiske behandling og en større dosis af medicin i visse tilfælde vurderes som den nemme løsning og bliver derved i større grad brugt ved de manglende ressourcer, respondenterne føler i det psykiatriske felt og i den psykiatriske behandling. En respondent forklare dette således: *"Der er ikke tid nok til hyppigere samtaler m.h.p.en nøjere justering af medicinen. I akutte situationer griber man alt for ofte til at øge medicinen. De korte indlæggelser medfører også, at ptt. alt for hurtigt sættes op i medicin, som de så udskrives med."* Holdningen i citatet genfindes flere steder i den kvalitative empiri. En anden respondent beskriver eksempelvis: *"Det kræver mere tid og flere observationer at gennemføre en vellykket omlægning til monoterapi og reduktion af dosis"*. Ligeledes her indikerer citatet en vurdering af, at der gives for store mængder af medicin, da manglende tidsmæssige ressourcer bevirker, at der ikke er tid til reduktion af polyfarmaci og omlægning til mindre dosis.

Manglende sengepladser

I forlængelse af ovenstående problematik vedrørende de lægelige ressourcer, forefindes der ligeledes en problematik ved manglende på sengepladser i forbindelse med mængden af udskrevet medicin i psykiatrien. En respondent beskriver eksempelvis denne problematik således: *"Med begrænsede indlæggelsesmuligheder og manglende mulighed for lange forløb er det næsten umuligt at sanere medicineringen af fx. kronisk svært psykotiske plejehjemsbeboere - disse ophober ofte flerstoffbehandling og høje doser for at muliggøre at de kan håndteres udenfor hospitalerne"* Det viser sig da, at en højere dosis af medicin kan bruges som en behandlingsform, da det ikke altid er muligt at indskrive patienterne på

hospitalet, hvor der kan benyttes andre behandlingsformer, og hvor eventuel seponering kunne finde sted.

Magtesløshed

Et generelt tema, der fremgår i den kvalitative empiri i forbindelse med udskrivelse af medicin i psykiatrien, er magtesløshed. Flere respondenter beskriver, hvorledes faglige frustrationer skaber uvurderede handlinger, der kan være med til at øge mængden af udskrevet medicin. En respondent beskriver det i denne forbindelse således: *"Nogle gange bliver der formentlig ordineret medicin pga magtesløshed overfor symptomer. Samtidigt får andre pt. måske for lidt medicin."* Citatet giver ikke en entydig vurdering af, at der generelt gives for meget medicin. Dog indikeres det, at manglende faglig viden om visse symptomer kan resultere i medicinering, hvilken kan antages ikke at være en evidensbaseret ordinerings. Det fremgår videre en vurdering af, at det specielt er i de tilfælde, hvor behandlingen virker uoverskuelig, at der bliver udskrevet uovervejede medikamenter, en respondent skriver således: *"Jo mere håbløs og vanskelig tilstand jo mere og jo mere irrationel brug af medicin. Ofte pres fra personale. Vi føler vi skal handle og har svært ved at se ptt syge og lidende."* En anden respondent er af samme holdning, og skriver kort og godt: *"Ukritisk eller afmægtig medicinering"*

Et manglende samspil mellem psykiske sygdomme og de sociale forhold viser sig ligeledes at kunne resultere i, at medicinen favoriseres til fordel for andre behandlingsformer. *"Mængden af medicin er ofte ligefrem proportional med mængden/kvaliteten af socialpsykologiske muligheder og er dermed også et udtryk for magtesløshed"*

Medicinalindustrien

Der er videre respondenter, der mener, at medicinalindustrien er medvirkende faktor i forhold til den mængde medicin, der generelt bliver udskrevet i psykiatrien. En respondent beskriver eksempelvis således: *"Industrien spiller osse en stor rolle ifth forbruget vil jeg mene."* Citatet indikerer, hvorledes industrien kan være en faktor, der påvirker de faglige farmakologiske overvejelser. Dette skal videre ses i lyset af, at det er medicinalindustrien, der er arrangør og udbyder 52,8 % af de farmakologiske kurser den samlede respondentgruppe deltager i.

Opsummering

I den rent statistiske analyse fremgår det, at der er en overvægt på 50,9 % af psykiaterne, der mener, at mængden af medicin, der udskrives i psykiatrien, generelt er for stor.

Det viser sig i denne forbindelse, ud fra den kvalitative empiri, at det generelt er et problem, at der ikke seponeres i tilstrækkelig grad. I visse tilfælde vurderes det, at der forefindes en unødvendig optrapning af medicin, på grund af at ny medicin lægges oven i den gamle, eller at flere farmakologiske behandlingsforløb overlapper hinanden.

Visse psykiatere vurderer, at de manglende lægelige ressourcer kan resultere i, at der ikke er tid til seponering, eller at akutte situationer udelukkende bliver behandlet farmakologisk. Ligeledes vurderes det, at manglen på sengepladser kan resultere i en større udskrivning af medicin, da patienter

kan håndteres uden for hospitalerne ved en farmakologisk behandling. En del psykiatere vurderer videre, hvorledes faglig magtesløshed kan resultere i unødigt udskrivning af medicin.

Endelig viser det sig, hvorledes medicinalindustrien kan være en faktor, der kan spille en rolle i forhold til de lægelige vurderinger, der sker i forhold den farmakologiske behandling og dermed udskrivningen af medicin i psykiatrien.

Er patienterne informeret tilstrækkeligt om deres medicinering?

Det kan synes væsentligt, at patienterne er informeret om den medicinske behandling, de indgår i, når de er under psykiatrisk behandling. Vi har derfor ønsket at afdække, hvorvidt psykiaterne mener, at det er tilfældet. Det skal dog nævnes, at det ikke er optimalt at spørge psykiaterne, hvorvidt deres patienter er informeret tilstrækkeligt, da det ikke nødvendigvis ved, om det er tilfældet, og da de har incitament til at fremstille et mere positivt billede af forholdene, end tilfældet er. Men da vi ikke har været i stand til at lave en lignende undersøgelse af patienternes opfattelse, kan psykiaternes svar dog give et begrænset indblik i problematikken.

Tabel 2.11.2.

Hvor godt mener De, at de psykiatriske patienter generelt er informeret i forbindelse med den medicinske behandling disse indgår i?		
	Respondenter	Procent
Meget dårligt	0	0,0 %
Dårligt	13	12,0 %
Middel	58	53,7 %
Godt	37	34,3 %
Meget godt	0	0,00 %

Størstedelen af psykiaterne svarer enten 'middel' (54 %) eller 'godt' (34 %). Der er ingen, der mener, at patienterne hverken er informeret meget dårligt eller meget godt. 12 % af respondenterne mener, at patienterne er informeret dårligt. Respondenternes svar danner et billede af, at patienterne kunne blive informeret endnu bedre om deres medicinske behandling.

Det var ligeledes muligt at knytte kvalitative kommentarer til ovenstående spørgsmål. Disse kan ses i bilag 19.

Patienternes indflydelse på egen medicinske behandling

Det søges i det nedenstående belyst, hvor ofte psykiaternes patienter har indflydelse på deres egen medicinske behandling.

Tabel 2.11.3.

Hvor ofte har Deres patienter mulighed for indflydelse på egen farmakologiske behandling?		
	Respondenter	Procent
Aldrig	2	1,90 %
I meget få tilfælde	2	1,90 %
Ind i mellem	10	9,30 %
Ofte	49	45,40 %
Meget ofte	45	41,70 %
I alt	108	100,00 %

Der ses ifølge tabellen ovenfor en tendens til, at patienterne ofte og meget ofte har mulighed for indflydelse på egen farmakologiske behandling. I alt er det tilfældet for 87 % af patienterne. Der er givet mulighed for at angive kommentarer til spørgsmålet. Disse vil ikke nævnes her, men kan ses i bilag 20.

Opsummering

88 % af psykiaterne mener, at deres patienter er informeret 'middel' eller 'godt' om deres egen medicinering. Der er ligeledes 87 % af psykiaterne, der mener, at deres patienter 'ofte' eller 'meget ofte' har mulighed for indflydelse på egen behandling. Overordnet set er det altså psykiaternes holdning, at patienterne informeres forholdsvis godt om deres egen medicinering, og at patienterne har gode muligheder for indflydelse på egen medicinske behandling.

2.12. Ændringer i medicinering

I den følgende analyse vil der være et fokus på, hvad der skal til for, at psykiatere ændrer på deres behandlingspraksis, herunder deres medicinering af patienterne. Vi har derfor spurgt ind til emnet. Svarene kan ses nedenfor.

Tabel 2.12.1.

Hvad kan få Dem til at ændre Deres nuværende medicinvalg? (Giv gerne flere svar)		
	Respondenter	Procent
Ny viden via korrespondance med kollegaer	79	73,80 %
Ny viden fra de farmakologiske udbydere	59	55,10 %
Ny viden via efteruddannelse eller faglige kurser	101	94,40 %
Ny viden fra Sundhedsstyrelsen	81	75,70 %
Andet	34	31,80 %
Den nuværende receptpolitik kan ikke ændres	2	1,90 %
I alt	107	100,00 %

Tabellen viser, at den faktor der spiller ind i forhold til flest psykiatere er 'ny viden via efteruddannelse og faglige kurser'. Hele 94 % af psykiaterne anfører, at sådan viden kan få dem til at ændre deres nuværende medicinvalg. Ny viden fra Sundhedsstyrelsen og ny viden via korrespondance med kollegaer er også vigtig i forhold til psykiaternes ændring af medicinvalg. Omkring 75 % af psykiaterne anfører disse faktorer som betydningsfulde. 55 % af psykiaterne siger, at ny viden fra de farmakologiske udbydere kan medvirke til en ændring, og 32 % anfører, at det også kan være 'andet', der forårsager en medicineringsændring. Kun 2 % siger, at deres nuværende receptpolitik ikke kan ændres.

Vi vil ligeledes gerne vide, om psykiaterne inden for de seneste 1-2 år har foretaget ændringer i deres receptpolitik.

Tabel 2.12.2.

Har De inden for de seneste 1-2 år ændret på Deres receptpolitik?		
	Respondenter	Procent
Ja	66	61,70 %
Nej	41	38,30 %
I alt	107	100,00 %

Undersøgelsen viser, at over 60 % har foretaget ændringer på deres receptpolitik inden for de seneste 1-2 år. Lidt under 40 % af psykiaterne har ikke foretaget nogen ændringer omkring receptpolitikken inden for de seneste 1-2 år.

Hvad har psykiaterne ændret i deres receptpraksis? Vi ville gerne undersøge dette, og derfor gav vi respondenterne mulighed for at skrive, hvad de har ændret. Svarene er givet som kvalitative elementer, og 65, af de 66 der svarede 'ja' til, at de havde ændret deres receptpraksis, har udfyldt feltet. For at give et overblik over psykiaternes besvarelser, er der forsøgt at lave nogle forskellige kategorier af svar som i nedenstående tabel.

Tabel 2.12.3.

	Respondenter	Procent
Nye medikamenter/præparater i brug	13	20,0 %
Ændringer i brugen af antidepressiva	10	15,4 %
Ændringer i brug af antipsykotika	8	12,3 %
Mere monoterapi og fokus på faren ved at blande antipsykotisk medicin med andre medikamenter	8	12,3 %
Ændring i brug af benzodiazepiner	5	7,7 %
Ændring af doser	4	6,2 %
Mindre olanzapin	3	4,6 %
Ændret ordinationspraksis	2	3,1 %
Andet	12	18,5 %

Tabellen viser, at 20 % af de psykiatere, der har ændret receptpraksis, har gjort dette blandt andet ved at inddrage nye medikamenter i deres behandling. Der er også flere psykiatere, der har ændret på deres brug af antidepressiv og antipsykotisk medicin, henholdsvis 15 og 12 %. Endelig nævner 12 %, at de er opmærksomme på faren ved kombinationer af medicintyper herunder særligt antipsykotisk medicin. Det vil altså sige, at blandt de 60 % af psykiaterne, der har foretaget ændringer de seneste 1-2 år, er der kun 12 %, der direkte nævner ændringen i forhold til kombination med antipsykotisk medicin.

Der nævnes desuden en lang række andre forhold, der er ændret på. Se alle kommentarer i bilag 21. Disse kommentarer vil ikke videre blive behandlet i denne undersøgelse, da mange af disse kvalitative kommentarer indeholder farmakologiske vurderinger og ekspertviden vedrørende faglige kausaliteter, vi som analytikere ikke har kompetence til at vurdere eller bearbejde validt.

De psykiatere, der har svaret 'ja' til, at de inden for 1-2 år har ændret deres receptpolitik, er desuden blevet spurgt til, hvad der i den pågældende periode fik dem til at ændre deres receptpolitik. Svarene er igen givet som kvalitative elementer. De kan sammenfattes som i nedenstående tabel.

Tabel 2.12.4.

	Respondenter	Procent
Viden fra kurser og/eller kongresser	12	18,5 %
Kollegial drøftelse/erfaringsudveksling	11	16,9 %
Egen erfaring	10	15,4 %
Artikler i faglige tidsskrifter/litteratur	8	12,3 %
Ny viden generelt	8	12,3 %
På grund af bivirkninger	5	7,7 %
Anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen	4	6,2 %
Manglende effekt	3	4,6 %
Klinisk erfaring med nye præparater	3	4,6 %
Nye retningslinier fra ledelsen	3	4,6 %
Nyt job/nye patientgrupper	2	3,1 %
Nye præparater tilgængeligt	2	3,1 %
Videnskabelig dokumentation	2	3,1 %
Andet	6	9,2 %

De mest hyppige grunde til ændringer er viden via kurser/kongresser, drøftelse og erfaringsudveksling med kollegaer, egne erfaringer, videnskabelige artikler o.l. samt ny viden generelt. Svarene bærer præg af at være angivet som en åben kategori, der dermed stiller større krav til respondenterne om at bruge tid på at skrive på egen hånd. Det medfører ofte, at svarene ikke bliver grundige nok eller mangelfulde på den ene eller anden måde. Sammenlignet med tabel 2.12.1. ovenfor, hvor svarene er givet som multiple choice, er procentdel af psykiaterne, der tillægger de forskellige faktorer en betydning langt højere end ved denne svarkategori. Den åbne kategori giver dog mulighed for at anføre andre væsentlige faktorer for psykiaterne i deres udvikling af receptpolitik. Det kommer således frem, at egen erfaring med blandt andet præparaternes effekt og bivirkninger også spiller en rolle, samt en lang række øvrige faktorer som den lukkede kategori ikke gav svar på. Alle kommentarerne, der er givet til spørgsmålet, kan ses i bilag 22. Den ovenstående tabel viser dog, at Sundhedsstyrelsens anbefalinger har langt mindre betydning end faktorer som faglige artikler, erfaringsudveksling med kollegaer, kurser og egne erfaringer.

I det følgende vil der være en kategorisering af de kvalitative kommentarer, respondenterne har ytret i forbindelse med hvad, der har været medvirkende til at ændre deres receptpraksis.

Viden fra kurser og/eller kongresser

Det har vist sig via den kvalitative analyse, at det specielt er deltagelsen i kurser og kongresser, der har været medvirkende til, at respondenterne har ændret deres receptpolitik. De kvalitative kommentarer giver her en mere uddybende forståelse af, hvorledes disse ændringer i praksis er sket. Det er ganske essentielt, at mange af respondenterne lægger stor vægt på den deling af erfaringer mellem kollegaer, der forefindes på de respektive kurser og kongresser. En respondent beskriver det i denne forbindelse således: ”Kongresdeltagelse Drøftelse med kollegaer om deres erfaringer” Citatet her

indikerer en holdning, der kan findes i stort set alle de kvalitative kommentarer, der er gjort vedrørende beskrivelsen af ændringen i receptpolitikken i forbindelse med deltagelsen i kurser og kongresser. Det viser sig da, hvor vigtige de kollegiale drøftelser og erfaringsudvekslinger er i forhold til receptpolitikken i det psykiatriske felt. De faglige kurser og kongresser bliver da det fysiske rum, hvor interaktionen psykiaterne imellem danner et praktisk grundlag for erfaringsudvekslingerne. En anden respondent udtrykker dette ganske kort således: ”*Erfaringer fra kolleger viden fra kongres*”. Det kan videre antages, at et væsentligt element for ændringer af receptpolitikken ofte sker via en dikotomi mellem kollegiale erfaringsudvekslinger og egne erfaringer. Dette bliver af en respondent beskrevet således: ”*Drøftelse med kolleger/kursus og egen erfaring*” Egne erfaringer i sammenspil med andres bliver ligeledes et omdrejningspunkt i de kvalitative kommentarer vedrørende ændringerne af receptændringer. En anden respondent beskriver dette således: ”*At jeg lærte om flere muligheder ved at høre om andres erfaringer og så selv erfarede at det virkede.*”, og en anden respondent beskriver videre: ”*Ny viden fra kollegaer, fra industri og egne oplevelser*” Sidste citat beskriver den trikotomi, der ligeledes kan forefindes, hvor det er kollegiale erfaringer, egne erfaringer og industriens viden, der har indvirkning på de receptændringer, der foretages.

Patienten i kontekst

De øvrige analysedele af den kvalitative empiri har naturligt nok vist, at flere af de psykiatriske emner og problemstillinger ikke som hovedregel kan generaliseres til hele feltet. Dette er ligeledes tilfældet i forbindelse med ændringerne af receptpolitikken.

Flere af de kvalitative kommentarer sætter behandlingen og patienten i centrum i forbindelse med ændringerne af receptpolitikken. En respondent skriver kort og godt: ”*Vil gerne gøre det bedre for pt, hvis muligt*” Den enkelte patient og det specifikke behandlingsforløb er da ligeledes et element, der er med til at ændre receptpolitikken. En anden respondent beskriver dette således: ”*En kombination af ny viden og observation af patienternes tilstand ved senere indlæggelser*”. Det ses her, hvorledes ny viden og egne erfaringer i den kontekst, der fagligt arbejdes med den enkelte case, samlet bliver genstand for den ændring, der kan ske i forbindelse med receptpolitikken.

Effektvurdering

I forlængelse af ovenstående beskrivelser af receptændringerne i forbindelse med de enkelte patienter, beskriver flere respondenter, hvorledes der sker overvejelser og ændringer i forbindelse med effekten af den farmakologiske behandling. En respondent beskriver det i denne forbindelse således: ”*Manglende effekt af tidligere behandlingsstrategier, muligvis betinget af sygere patienter*” På trods af, at respondenterne i dette citat vurderer, at den ændrede receptpolitik kan årsagsforklares ved, at patientgruppen generelt er blevet sygere, er kimen til ændringerne af receptpolitikken manglende effekt. Netop den manglende effekt ved den tidligere farmakologiske behandling bliver nævnt af flere respondenter, og bliver af en anden respondent beskrevet sådan: ”*Manglende effekt og uacceptable bivirkninger. Tiltagende klinisk erfaring med nyere præparater.*” Citatet her viser direkte, hvorledes den manglende effekt resulterer i nye erfaringer med nye farmakologiske produkter. Videre vurderes effekten i forhold til de bivirkninger, der måtte følge ved et bestemt præparat. De negative virkninger

ger ved de ”gamle” præparater og bivirkninger generelt er ligeledes et element flere respondenter nævner. En respondent udtrykker eksempelvis dennes begrundelse af ændringer af receptpolitikken således: *”Bivirkninger eller manglende effekt”* Det viser sig da, at både et en manglende farmakologisk effekt og bivirkningerne hos den enkelte patient kan være med til revurdere receptpolitikken.

Videnskabelighed

Endelig viser det sig, at en del respondenter nævner den faglige videnskabelige udvikling som element, der har været med til at ændre deres receptpolitik. En respondent beskriver dette således: *”At videnskabelig dukumentation kunne underbygge det relevante i at skifte.”* Ligeledes beskriver en anden respondent dette således: *”Større evidens omkring negative effekter af psykofarmaci, større viden om psykofarmakologi, kliniske erfaringer med effekten af rationalisering af farmakologisk behandling”* Det fremgår her, også i forlængelse af den foregående analyse af ændringerne af receptpolitikken, hvorledes de den videnskabelige evidens kan være med til at målrette og derved ændre receptpolitikken. I forbindelse med de videnskabelige forskningsresultater i forbindelse med omlægningen af den farmakologiske behandling nævner visse respondenter Sundhedsstyrelsen som et element, der til tider kan virke styrende eller determinerede over for receptpolitikken. En respondent nævner her Sundhedsstyrelsen som et positivt element: *”Fik støtte hertil via sundhedsst. undersøgelse.”* Sundhedsstyrelsen kan i visse tilfælde være retningsgivende i forhold til den farmakologiske behandling og tilrettelæggelsen af denne, dog stiller visse respondenter sig mere kritiske over for de retningslinier, Sundhedsstyrelsen udsteder. En respondent beskriver eksempelvis således i forbindelse med omlægningen i den farmakologiske behandling: *”Nye vinde fra sundhedsstyrelsen - jeg gjorde det fordi det var et krav - det virker ikke veldokumenteret. Utilfredsstillende”* Citatet viser, hvorledes receptpolitikken er ændret på grund af krav fra Sundhedsstyrelsen, men hvor respondenter vurderer disse ændringer som udokumenterede og derved utilfredsstillende.

Opsummering

Det har i den foregående kvantitative analyse vist sig, at en forholdsvis stor del på 61,7 % af psykiaterne har ændret deres receptpolitik inden for de sidste 1 til 2 år. Størstedelen af de ændringer der er blevet gjort, er i forhold til inddragelsen af nye medikamenter. Videre har en større del af psykiaterne ligeledes ændret i brugen af antidepressiva, og en mindre del på 12,3 % har ændret i brugen af antipsykotika. En tilsvarende procentdel har ændret receptpraksis til mere monoterapi i forbindelse med faren ved at blande antipsykotisk medicin med andre medikamenter.

Den kvantitative analyse viser videre, hvorledes det specielt er viden fra kurser eller kongresser, der har været indvirkende på psykiaternes ændrede receptpolitikker. Ligeledes har egne erfaringer og erfaringer fra kollegaer været vigtige elementer i forbindelse med disse ændringer.

I den kvalitative del af analysen viser det sig, hvorledes den faglige interaktion, der forefindes på de respektive kurser og kongresser, danner kimen til den erfaringsudveksling, der foregår psykiaterne imellem. Videre fremgår det, at de erfaringer psykiaterne gør sig, hovedsageligt bliver gjort i praksis og i forhold til de enkelte patienter. Ændringerne bliver ofte vurderet i forbindelse med den farmakologiske effekt eller de bivirkninger, der måtte være i forbindelse med medicinen. Den kvalitative analyse viser videre, hvorledes de videnskabelige resultater og evidensbaserede argumenter kan

have indvirkning på de ændringer psykiaterne gør sig i forbindelse med den farmakologiske behandling.

Endeligt viser det sig, at et vigtigt element, i forbindelse med psykiaternes vurdering af hvad der kan ændre deres nuværende medicinvalg, er ny viden via efteruddannelse og faglige kurser. Videre mener psykiaterne, at ny viden fra Sundhedsstyrelsen kan være et vigtigt element. Videre viser det sig, at ny viden via korrespondance med kollegaer kan have indvirkning på en ændring af det nuværende medicinvalg.

Det virker dog paradoksalt, at et stort antal psykiatere vurderer, at Sundhedsstyrelsen kan være med til at ændre deres medicinvalg, hvor det i realiteten viser det sig, at kun en meget lille del af psykiaterne i praksis har ændret deres receptpolitik på baggrund af Sundhedsstyrelsen.

2.13. Samarbejdet med Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen er en af de administrative enheder, der har samarbejde med psykiaterne. Sundhedsstyrelsen udstikker forskellige retningslinier til psykiatrien på baggrund af deres blandt andet egne undersøgelser af feltet.

Vi vil gerne vide, hvordan psykiaterne oplever samarbejdet med Sundhedsstyrelsen. Svarene ser ud som i den nedenstående tabel.

Tabel 2.13.1.

Hvordan vurderer De psykiatriens samarbejde med Sundhedsstyrelsen?		
	Respondenter	Procent
Meget velfungerende	1	1,00 %
Velfungerende	23	21,90 %
Ikke velfungerende	28	26,70 %
Slet ikke velfungerende	10	9,50 %
Ved ikke	43	41,00 %
I alt	105	100,00 %

Der er i alt 24 respondenter, ca. 23 %, der mener, at samarbejdet er velfungerende. Herunder er der kun én respondent, der mener, at det er 'meget velfungerende', og 23 respondenter der mener, at det er velfungerende. Modsat er der 38 psykiatere, ca. 36 %, der mener, at samarbejdet ikke er velfungerende. Heriblandt er der ca. 10 %, der mener, at samarbejdet slet ikke er velfungerende. I alt ca. 40 % af respondenterne svarer 'ved ikke'.

Det er bemærkelsesværdigt, at næsten 40 % af alle psykiaterne ikke mener, at samarbejdet med Sundhedsstyrelsen er velfungerende. Ligeledes kan det også undre, at ca. 40 % svarer 'ved ikke'. Det må enten betyde, at de ikke har nogen mening om det, eller at de ikke har oplevet et samarbejde med styrelsen.

Der er givet mulighed for at knytte kommentarer til spørgsmålet. 30 respondenter har benyttet sig af denne mulighed.

Sundhedsstyrelsen har manglende indsigt i virkeligheden

Mange respondenter nævner, at de ikke mener, at Sundhedsstyrelsen har nok viden eller erfaring med virkeligheden, psykiaterne bevæger sig i. En respondent skriver; '*SST manglende fornemmelse for virkeligheden på travle psykiatriske afdelinger med meget dårlige pt.*', og en anden skriver meget overensstemmende; '*meget ofte iværksættet sundhedsstyrelsen initiativer uden at kende til hverdagen. Eksempelvis paradigmet "Undgå polyfarmaci" Eksempelvis "Patientrettighedsloven af 1998", der hindrer fornuftigt arbejde Eksempelvis "Psykiatriloven", der med sine forbehold og krav (eksempelvis information til patientrådgiver", og krav om erklæringer til patientklagenævn) ikke har kendskab til hvor travl en hverdag den en-*

kelte psykiater har.' Endelig skriver en tredje respondent; *'Sundhedsstyrelsens medarbejdere burde komme ned fra elfenbenstårnet. For min skyld kunne man godt tvinge dem til at opholde sig mindst en måned om året på praksisophold på psykiatriske afdelinger. Så ville de måske træffe beslutninger, der var nemmere at implementere i den daglige klinik.'* Den manglende forståelse fra Sundhedsstyrelsen gør ifølge respondenterne, at anbefalingerne ikke er mulige at implementere i praksis.

Manglende faglig ekspertise

Der er desuden flere psykiatere, der nævner, at Sundhedsstyrelsen mangler kvalificerede konsulenter og medarbejdere. En respondent skriver om problematikken; *'Det er mit indtryk, at der ikke er tilstrækkelig faglig ekspertise til tilgængelig. Det er beskæmmende at læse, at SST's svar vedr. behandling af dobbeltdiagnosepatienter er helt uden nutidig faglig viden... INGEN RESPEKT!!!'*, og en anden respondent skriver meget overensstemmende; *'Utilstrækkeligt kvalificerede eller omhyggelige konsulenter. Ikke klinisk kyndige udfærdiger klinisk relevante cirkulærer, e.g. behandling af psykotiske tilstande. Ganske utilstrækkelig indflydelse og stillingtagen til seneste revision af psykiatriloven'*

Samarbejdet er generet ikke velfungerende

Der er endelig flere, der nævner, at de generelt mener, at samarbejdet ikke fungerer optimalt. Der mangler bl.a. dialog og fleksibilitet; *'Sundhedsstyrelsen er på godt og ondt præget af sin traditionelle rolle som statslig tilsynsmyndighed. Det er svært at få dialog MED Sundhedsstyrelsen, man får i stedet kommunikation FRA Sundhedsstyrelsen. Jeg tror, visse dele af Sundhedsstyrelsen er bange for at slippe rollen som "overordnet", hvis man går for meget i dialog.'* og *'jeg har oplevet sundhedsstyrelsen som meget ufleksibel i forh. til uddannelse'*. Andre giver ikke konkrete begrundelser til deres opfattelse af et dårligt samarbejde, og skriver bare; *'Det flyder som vinden blæser', 'Fortvivlende ringe' samt 'indtrykket er at der dårligt nok er tale kontakt endsige samarbejde'*.

Bedring

Der er en enkelt af de 30 respondenter, der giver en positiv tilkendegivelse, og som mener, at det går i den rigtige retning; *'Det virker, som om Sundhedsstyrelsen med udgivelse af fx vejledning om anti-psykotika og to dugfriske referenceprogrammer har fået øje på' psykiatrien. Fortsæt gerne ad den vej.'*

Opsummering

Alt i alt er det nogle negative vurderinger, der gives i de kvalitative kommentarer vedrørende psykiatriens samarbejde med sundhedsstyrelsen. Det er dog kun en lille del af respondenterne, der skriver kommentarer, og ud fra svarenes karakter kan man formode, at det drejer sig om respondenter, der har svaret enten 'ikke velfungerende' eller 'slet ikke velfungerende' til spørgsmålet i ovenstående tabel. Derfor giver de kvalitative kommentarer kun et indblik i tankerne bag en del af de kvantitative tilkendegivelser.

2.14. Offentlig eller privat

Det har tidligere i denne analyse været behandlet, hvilke psykiatere der arbejder i hvilke sektorer. Dette baner vejen for specifikt at kunne analysere respondenterne i henholdsvis den offentlige og private sektor. Det er da muligt at belyse en række specifikke forhold for de respondenter, der henholdsvis er ansat i den offentlige og den private psykiatriske sektor.

Det offentlige psykiatriske system

De respondenter, der har tilknytning til den offentlige psykiatri, er efterfølgende blevet stillet en række spørgsmål om forholdene i den pågældende sektor. For det første spørges til, hvad der skal til for at fastholde psykiateren i det offentlige behandlingssystem. 78 af respondenterne har benyttet muligheden for at svare på spørgsmålet, der kunne angives i en åben svarkategori. Svarene er kategoriseret som i nedenstående tabel. Respondenterne har i mange tilfælde angivet flere forhold, der kunne gøre, at de ville blive fastholdt i det offentlige behandlingssystem. Procenterne er udtryk for hvor mange af respondenterne, der har angivet det pågældende forhold som betydningsfuldt for respondenterne.

Tabel 2.14.1.

	Respondenter	Procent
Mindre papirarbejde/kontrol/registrering	18	23,1 %
Bedre løn	16	20,5 %
Mindre arbejdspress	12	15,4 %
Bedre arbejdsforhold generelt	11	14,1 %
Anerkendelse/respekt fra bl.a. ledelsen, offentligheden, andre specialer og politikerne	10	12,8 %
Mere faglighed	8	10,3 %
(Betalt) efteruddannelse/kurser/faglig udvikling	6	7,7 %
Mere tid til patienter	6	7,7 %
Mere indflydelse	6	7,7 %
Flere ressourcer	5	6,4 %
Bedre kollegialt fællesskab	5	6,4 %
Færre dikterede ændringer/forandringer fra udefrakommende	4	5,1 %
Flere ansatte	4	5,1 %
Mulighed for forskning	4	5,1 %
Andet	15	19,1 %

Der er to respondenter, der anfører, at de grundlæggende er tilfredse. De øvrige 76 anfører en række forskellige forhold, der kunne forbedres for at fastholde dem i den offentlige psykiatri. De forhold, fleste nævner, er et ønske om mindre kontrol og anden registrering, der efter psykiaternes mening

tager tiden fra patienterne. Der er også mange, der nævner, at en bedre løn ville være medvirkende til at fastholde dem inden for det offentlige, ligesom et mindre arbejdspress og bedre arbejdsforhold også kunne medvirke til en fastholdelse. Der er ligeledes et ønske om mere respekt og anerkendelse fra omverdenen samt en større grad af faglighed i det daglige arbejde. Der nævnes en lang række yderligere forhold, men de kan ses i tabellen eller i bilag 23, der indeholder den ordrette fremstilling af psykiaterne selv. I nedenstående er nogle af de væsentligste kategorier fra tabellen uddybet med psykiaternes egne kommentarer.

Mindre papirarbejde

Der er mange af psykiaterne, der nævner papirarbejde, dokumentation, registrering og kontrol som noget, der skal bruges mindre tid på, hvis de skal forblive i det offentlige behandlingssystem. Flere respondenter nævner problematikken; *'At der ikke skal bruges mere tid til kontrol og registrering'*, og en anden skriver; *'... at balancen mellem dokumentationskrav der ikke er klinisk relaterede IKKE overstiger det klinisk relevante...'*, og endelig skriver en respondent; *'Færre - langt færre administrative byrder som utallige kvalitetsprojekter, indberetninger forespørgsler, registreringer, mødeaktivitet i. forb. med samme, mindre undervisningsforpligtigelse, personaleledelse og ikke mindst LANGT MINDRE SPILDTID i forb. med dårligt fungerende EDB udstyr og programmer til brug i det daglige. En stor tidsrøver. At kliniske opgaver vægtes og værdisættes højt og at lønnen øges i overensstemmelse hermed.'* Der nævnes i kommentarerne, at den store mængde papirarbejde går ud over det faglige arbejde. Den sidste kommentar åbner op for et andet væsentligt forhold, der skal ændres, hvis de pågældende psykiatere skal fastholdes i det offentlige behandlingssystem; nemlig en højere løn.

Bedre løn

Mange respondenter nævner, at de ønsker en højere løn foruden en række andre forbedringer af arbejdsforholdene. En respondent skriver, at der ikke blot ønskes højere løn men også mindre papirarbejde og mere patientkontakt; *'Betydelig mere i løn, betydelig mindre papirarbejde og kvalitetssikring, og mere reel tid til patientkontakt'*, En anden respondent nævner ud over lønkravet et ønske om mindre arbejdspress; *'Ordentlig løn og arbejdsforhold. Flere stillinger besatte og nogen der hører efter, når arbejdsforholdene er urimelige, og forsøger at gøre noget ved det. Gode kollegaer. At jeg kan se at pt. bliver ordentligt behandlet og ikke bare udskrevet og a manglende pladser. At jeg får en passende mængde vagter.'* Kravet om mere løn og mindre arbejdspress bakkes op af en anden respondent, der skriver; *'Adekvat løn herunder betaling for merarbejde. Min arbejdsuge er 50-55 timer.'* Kommentarerne om lønnen er altså i flere tilfælde suppleret med ønsket om en mindre stresset og arbejdstung hverdag.

Mindre arbejdspress

Arbejdspresset er som nævnt ovenfor også et forhold, der skal forbedres for at fastholde psykiaterne i det offentlige behandlingssystem. En af respondenterne skriver følgende om arbejdspresset; *'Flere kollegaer! jeg kan ikke blive ved med at holde til at arbejde 50 timer om ugen. Jeg er MEGET glad for mit arbejde men der er alt for meget af det!'*

Anerkendelse

Et andet forhold, der skal ske ændringer på, er den grad af anerkendelse og respekt psykiaterne møder hos politikerne. En respondent skriver; *'Anerkendelse fra ansvarlige politikere.'* Og en anden skriver følgende; *'... At fagligheden respekteres - jeg har brugt mange år på min uddannelse - men politikerne tror de ved bedre...'* Det synes altså vigtigt for psykiaterne, at de nyder respekt og anerkendelse fra politisk hånd.

Bedre forhold for patienterne

Psykiaterne vil gerne bruge mere tid med patienterne frem for administrative opgaver. Der er flere, der mener, at mangel på ressourcer går ud over kvaliteten af behandlingen. En respondent skriver; *'Ordentlige forhold for mine patienter og vilkårene for god behandling, herunder tilstrækkelig kapacitet samt fornuftigt afvejning af de lægelige ressourcer, sådan at det bliver muligt at fastholde oplevelsen af at lave et ordentligt arbejde'* og en anden respondent skriver; *'At jeg kan være stolt over den behandling et rigt land som Danmark tilbyder sine sindssyge. hvis jeg skal gå og føle at det langt fra er optimalt og at behandlingen og samarbejdsklimaet bliver for skidt pga underbemanding og manglende ressourcer bliver det ikke et sted jeg vil bruge mine kræfter.'*

Betalt efteruddannelse

Endelig er der flere, der nævner, at de ønsker betalt efteruddannelse og kurser, hvilket på nuværende tidspunkt i deres offentlige ansættelse ikke bliver betalt.

Der nævnes en lang række yderligere forhold, men de kan ses i bilag 23, der indeholder den ordrette fremstilling af psykiaterne selv.

Dokumentation eller patienter

Det næste spørgsmål i spørgeskemaet omhandler det førnævnte dilemma, som flere psykiatere ser, hvor dokumentarbejde tager tiden fra den direkte patientkontakt.

Tabel 2.14.2.

Synes De, at De bruger for meget tid på klagesager og erklæringsskriveri frem for direkte patientkontakt?		
	Respondenter	Procent
Ja, i høj grad	19	22,90 %
Ja, i mindre grad	32	38,60 %
Nej, slet ikke	32	38,60 %
I alt	83	100,00 %

Tabellen viser, at i alt ca. 62 % svarer 'ja' til, at der bruges for megen tid på klagesager og erklæringsskriveri frem for direkte patientkontakt. 23 % mener, at det i høj grad er tilfældet, og de resterende 39 % mener, at det er tilfældet i mindre grad. Ca. 39 % mener ikke, at det er tilfældet.

De privat ansatte – ønske om offentlig ansættelse?

De 13 respondenter, der i tabel 2.1.4, anførte, at de var ansat udelukkende i det private, er efterfølgende spurgt, om de kunne være interesseret i en hel- eller deltidsbeskæftigelse inden for den offentlige psykiatri. Svarene ser ud som i nedenstående tabel.

Tabel 2.14.3.

Vil De være interesseret i en hel- eller deltidsbeskæftigelse i det offentlige psykiatriske behandlingssystem?		
	Respondenter	Procent
Ja	0	0,00 %
Ja, heltid	0	0,00 %
Ja, deltid	3	23,10 %
Nej	10	76,90 %
I alt	13	100,00 %

Tabellen viser, at ingen af de privatansatte er interesseret i et fremtidigt arbejde på heltid i det offentlige. Enkelte, 23 %, har anført, at de kunne være interesseret i en deltidsansættelse i det offentlige. 77 % har dog svaret 'nej' til en fremtidig offentlig ansættelse af enhver form. Respondentgruppen er dog i dette spørgsmål meget lille, da kun 13 respondenter udelukkende er tilknyttet psykiatrien, og dermed kan der være en del usikkerhed om gyldigheden af statistikken på netop dette område.

Oplevelsen af det offentliges behandlingstilbud

Alle respondenter er efterfølgende blevet spurgt om deres oplevelse af, hvorvidt det offentlige har patientgrupper, der ikke altid får et adækvat behandlingstilbud. Besvarelsen af spørgsmålet fremgår af tabellen nedenfor.

Tabel 2.14.4.

Oplever De, at der er patientgrupper, som ikke altid får adækvat behandlingstilbud i det offentlige system?		
	Respondenter	Procent
Ja	100	95,20 %
Nej	5	4,80 %
I alt	105	100,00 %

Tabellen viser, at 95 % svarer ja til spørgsmålet og dermed ikke mener, at alle patienter i det offentlige får et adækvat behandlingstilbud. De personer, der har svaret ja, har haft mulighed for at skrive, hvilke patienter de mener, det drejer sig om. Det har 99 af de 100 psykiatere benyttet sig af. Svarmuligheden var en åbenkategori. De kvalitative svar kan kategoriseres i en række kategorier, hvilket er gjort i nedenstående. Da vi som analytikere ikke besidder den fornødne viden om diagnoseformer inden for psykiatrien, vil den nedenstående kategorisering muligvis indeholde en del fejlkilder, da det ikke umiddelbart er muligt med vores viden at gennemskue, om kategorierne er overlappende eller lignende.

Patienter med angstlidelser, depressioner og personlighedsforstyrrelser

De typer patienter, flest respondenter nævner, som patienter der ikke får et adækvat behandlingstilbud i det offentlige, er personer med enten angstlidelser, depressioner og/eller personlighedsforstyrrelser. Disse sygdomme er de ikke-psykotiske og benævnes desuden psykiatria minor. Af kommentarer kan nævnes; *'Patienter med lette eller middelsvære depressioner, ptt med OCD ptt med angstlidelser bl.a.', 'moderat depression, angst', 'Depressioner (svære depressioner har sommetider indlæggelsesbehov, men vi mangler pladser og lettere depressioner mangler mulighed for hurtig psykoterapi), angst og andre ikke-psykotiske lidelser, herunder personlighedsforstyrrelser, mangler fagligt kvalificeret psykoterapi. PTSD mangler behandlingspladser for integreret intensiv psykosocial behandling.', 'lettere psykisk syge Angst, depression, personlighedsforstyrrelse'* samt *'Pt. med ikke-psykotiske lidelser, især angstlidelser og depressioner De skizofrene og svært deprimerede bliver udskrevet for tidligt på grund af pladsmangel'*

Misbrugere

En anden gruppe patienter, der ifølge mange respondenter ikke har et adækvat behandlingstilbud i det offentlige behandlingssystem, er misbrugerne; *'...Misbrugere - som ofte ikke kan modtages lige når de er motiverede', 'Misbrugere, specielt alkoholikere får ikke optimal behandling.'* samt *'...alkoholmisbrugere generelt. Det er et problem, at misbrugsbejandlingen er overgået til kommunerne.'*

Dobbeltdiagnosepatienter

Dobbeltdiagnosepatienter er også en patientgruppe, der ifølge flere psykiatere ikke får en optimal behandling inden for det offentlige; *'Mennesker med dobbeltdiagnoser, mennesker med psykiatrisk sygdom hvor der også indgår personlighedsforstyrrelser.'*

Patienter med krigs- og torturtraumer eller PTSD (mest flygtninge)

Endelig nævner flere respondenter patienter med krigs- og torturtraumer eller PTSD. En respondent skriver; *'... Torturramte indvandrere...'* og en anden; *'etniske med krigs og torturtraumer'*

Der er flere andre grupper, der nævnes i kommentarerne. Læs alle kommentarer i bilag 25.

Opsummering

De respondenter, der på nuværende tidspunkt er offentligt ansat, nævner en række forhold, der skal forbedres for at fastholde dem i den offentlige psykiatri. De ønsker for det første, at den store mængde papirarbejde, krav om dokumentation og registreringer skal mindskes. Der er desuden mange, som nævner, at lønnen skal være højere for det offentligt ansatte. Det store arbejdspress i det offentlige skal desuden mindskes, og der skal være en højere grad af anerkendelse og respekt fra politikerne. Forholdene for patienterne skal forbedres, og der skal være mulighed for betalt efteruddannelse. I overensstemmelse med de kvalitative kommentarer mener 62 % af psykiaterne, at de høje krav til dokumentation mv. fylder for meget i forhold til patientkontakt i det daglige arbejde.

Der er ingen af de privatansatte psykiatere, der er interesserede i en heltidsstilling i det offentlige behandlingssystem. Få overvejer en deltidstilling, men de fleste er slet ikke interesseret i en offentlig ansættelse.

Næsten alle psykiaterne mener, at der er patientgrupper, der i det offentlige ikke modtager et adækvat behandlingstilbud. Mange respondenter nævner patienter med angst, depression og personlighedsforstyrrelser som patienter, der ikke modtager et adækvat behandlingstilbud. Misbrugere, dobbeltdiagnosepatienter og patienter med krigs- og torturtraumer eller PTSD er også patientgrupper, der nævnes af mange respondenter i den henseende.

2.15. Jobskifte i sigte

Sidste del af spørgeskemaet omhandler, hvorvidt psykiaterne overvejer at skifte job, samt hvilket skifte de overvejer, og hvorfor de ønsker at skifte job. Disse spørgsmål skal ses i lyset af den dimension, der omhandler arbejdsmiljøet, og dermed kan der muligvis ses et sammenfald i psykiaternes syn på arbejdsmiljøet og de overvejelser, de gør sig om deres fremtidige arbejdssituation.

Tabel 2.15.1.

Overvejer De at skifte job?		
	Respondenter	Procent
Ja	35	33,30 %
Nej	53	50,50 %
Ved ikke	17	16,20 %
I alt	105	100,00 %

Til spørgsmålet, om, hvorvidt psykiaterne overvejer at skifte job, svarer 1/3 af alle de 105 respondenter 'ja'. 16 % ved ikke, om de overvejer at skifte job. Kun halvdelen af respondenterne gør sig ingen overvejelser om et fremtidigt jobskifte.

Hvilket skifte overvejes?

Der spørges derefter ind til, hvilket skifte de overvejer. 34 af de 35 respondenter, der har svaret 'ja' til det foregående spørgsmål, har udfyldt den åbne svarkategori.

Skifte til en privat praksis

De fleste respondenter angiver, at de overvejer at skifte fra en ansættelse i det offentlige til ansættelse i en privat praksis, eksempelvis disse to respondenter, der skriver; *'fra ansættelse i det offentlige til privat.'* og *'Jeg vil gerne ud af det offentlige systems kvælende tag, så jeg overvejer det private'*

Der er også flere af dem, der overvejer at være privatpraktiserende psykiater, der desuden overvejer at gå ind i medicinalindustrien; *'privat praktiserende psykiater eller på et privat hospital, evt. medicinalindustrien'* samt *'til privat praksis, alternativt til medicinalindustrien'*

Skifte til lignende sted men bedre forhold

Der er også en del respondenter, der skriver, at de ønsker nogle bedre forhold af den ene eller anden slags. Flere ønsker et job, hvor der er flere ressourcer, mere faglighed og bedre personalepolitik; *'Jeg overvejer at skifte til lign funktion til et sted med bedre ressourcer og forståelse for opgaven. (...).'* En anden skriver; *'skift af arbejds plads til et andet hospital, hvor forholdene er bedre og der forgår mere på den faglige front, og der er mere menneskelige personal politik'* samt endelig en anden skriver *'Skift til andet hospital med flere kolleger og højere grad af faglighed'*.

Starte som konsulent, forsker eller underviser

Endelig er der en del psykiatere, der overvejer at begynde at forske, undervise eller starte som konsulent. Af kommentarer til skift kan nævnes; *'forskning, eller noget ikke-lægeligt', 'Til en ikke så belastet stilling, evt. konsulent eller bare skrive erklæringer og selv kunne bestemme arbejdsbelastningen (...)', 'Fuld-tidsforskning', 'Overgang til konsulenttilknytning' samt 'Undervisningssektor'*

Ud over de nævnte skifte er der også andre, der overvejer at søge en lavere eller højere stilling, skifte til en anden afdeling, samt skifte til det offentlige. Se alle kommentarer i bilag 27.

Hvorfor overvejes et jobskifte?

Dernæst spørges til, hvorfor der overvejes at skifte job. Svarene er givet som kvalitative elementer og er opsummeret i nedenstående.

Arbejdspreset er for stort

Hovedparten af respondenterne, der har svaret, svarer, at overvejelserne om et fremtidigt jobskifte, skyldes det store arbejds pres, der er i deres nuværende stilling. Af kommentarer kan nævnes; *'for stort arbejds pres og for meget kørsel og desuden er der muligvis planer om at sætte mig ned i løn (ikke forny åremål)', 'Der er et stort pres på speciallæger i psykiatrien.', 'For meget arbejde, ringe påskønnelse, lousy betaling', 'Generelt negativ udvikling: Psykiatriens udskillelse af hospitalsvæsenet og manglen på psykiatriske sygeplejersker, sekretærer og speciallæger samt stadigt faldende antal lukkede sengepladser trods øgede opgaver pga. øget sygdomstygde.', 'alt for få senge' samt 'Stort arbejds pres For lav løn'. Kommentarerne vidner om, at psykiaterne både mener, at der er for stort et arbejds pres, for få ressourcer og for dårlig løn i deres nuværende job.*

For dårlige forhold i det private

Derudover er der en del, der nævner, at forholdene i det private behandlingssystem er for dårlige; *'det offentlige er utåleligt' og 'Fordi psykiatrien i det offentlige helt bevidst er blevet fjernet fra de andre lægelige specialer til skade for patienterne og mine muligheder for at være læge for det hele menneske'. De øgede krav om kontrol, registrering og dokumentation i det offentlige er også årsag til at nogle respondenter overvejer et jobskifte; 'Jeg orker ikke fortsat at være offentlig ansat. Det er tiltagende hæsligt med mistænkeliggørelse, kontrol osv. Ligegyldige kontrolresultater er vigtigere end kvaliteten af kerneydelsen. Konstant mistænkeliggørelse...'*

Dårlig ledelse

Endelig nævner flere, at dårlig ledelse er årsagen til at de overvejer et jobskifte; *'dårlig ledelse der medvirke til at jeg mister lysten til at gå på arbejde, at være glad for mit job, at miste entusiasmen og at blive ligeglad med det hele og tæller måneder og dagene til min ansættelses periode ophør', 'Se de foregående*

besvarelser. Kort fortalt pga ressource mangel og dårlig ledelse. Føler mig ikklemme ifth opgaven jeg er ansvarlig for og de ressourcer der er til rådighed.' samt 'dårlig ledelse, stort arbejdspress'.

Kommentarerne viser, at det ofte er flere forhold, der gør, at psykiaterne overvejer et jobskifte. Ud over dårlig ledelse, nævnes også ressourcemangel og stort arbejdspress.

Der er ud over de nævnte hovedkategorier også nævnt en række andre årsager til overvejelserne og et jobskifte, bl.a. at organiseringen af psykiatrien er for dårlig, manglende indflydelsesmuligheder, ringe påskønnelse af arbejdet, ønske om nye udfordringer mv. Se alle kommentarer i bilag 28.

Opsummering

33,3 % af alle respondenterne overvejer et fremtidigt jobskifte. De fleste overvejer at skifte fra det offentlige til det private, andre overvejer at skifte til et andet job med bedre arbejdsforhold og endelig er der flere, der overvejer at starte som konsulent, forsker eller underviser.

Af årsager til, at der overvejes et jobskifte, nævnes, at arbejdspresset i den nuværende stilling er for stort. Andre nævner, at lønnen er for lav og ikke svarende til den arbejds mængde, der udføres. Flere nævner, at forholdene i det offentlige generelt er for dårlige, blandt andet pga. den store mængde papirarbejde. Endelig nævner flere dårlig ledelse som årsag til et ønske om et jobskifte.

2.16. Afsluttende kommentarer

Som det sidste i spørgeskemaundersøgelsen havde psykiaterne mulighed for at skrive afsluttende kommentarer til undersøgelsen. Dette har 46 respondenter benyttet sig af muligheden for. Se alle kommentarerne i bilag 29.

Kontrol og dokumentation

Størstedelen af respondenterne nævner i de afsluttende kommentarer deres frustrationer over de mange krav om kontrol, registrering og dokumentation. Mange mener, at kontrollen går ud over patientkontakten eller behandlingen af patienterne; *'ledelsen er forhippet på at tækkes embedsværket, der mener kontrol er vigtigere end pt-relationen'* og *'Registrering og dokumentation m.m. tager rigtig meget tid fra den direkte patientkontakt'*. En anden nævner; *'vi skal ikke glemme, at vi stadigvæk er mennesker og ikke en maskine der skal med fuld fart kører hele tiden. Jeg tror ikke på alt de papir arbejde, skemaer, og signaturer der skal samles for at bevise at vi er gode psykiater. Jeg synes patienter er blevet glemt i hele taget, og den tid der skal bruges på dem bruges på andre administrative formål og unødvendige møder.'*

Andre psykiatere mener, at kravene om kontrol skræmmer psykiaterne væk fra det offentlige; *'Den kommende akkreditering - endnu et Handelshøjskoleprodukt, der skal implementeres i henhold til New Public Management - kommer til at jage endnu flere væk fra hospitalssektoren. Jeg kender mange, der sidder på spring.'* En anden skriver følgende; *'Har ønske om at forblive i det offentlige i tværfagligt samarbejde og håber ikke at speciallægemangel, manglende tid til uddannelse (af yngre læger i afd) og tåbelige skemakrav forhindrer dette.'*

Det vil skabe mere arbejdsglæde, effektivitet og bedre patientkontakt, hvis der var mere tillid frem for kontrol; *'En større arbejdsglæde, og dermed en mere effektiv arbejdsindsats og en bedre patientbehandling ville blive resultatet, hvis der i større grad var tillid til de offentlige ansatte i almindelighed og de psykiatriske ansatte i særdeleshed'*

Alt i alt må det siges, at de øgede krav til kontrol mv. skaber frustration blandt psykiaterne og betyder, at kvaliteten af behandlingen bliver dårligere, og at flere overvejer at forlade det offentlige behandlingssystem.

Flugten fra det offentlige

Generelt er der mange, der skriver, at mange psykiatere overvejer at skifte fra det offentlige til det private. Dette skyldes blandt andet de politiske beslutninger, der trækkes ned over behandlingsområdet; *'den offentlige debat er fyldt med jammerkommoder - jeg ønsker ikke at fremstå som en sådan. Jeg vil pege på, at det er meget farligt, at man fra politisk/administrativ side, har gjort det så uattraktivt at arbejde som speciallæge i det offentlige sundhedsvæsen, at adskillige speciallæger foretrækker det privat væsen - det er en bombe under det offentlige sundhedsvæsen.'*

Andre mener, at speciallægerne behandles generelt dårligt, hvilket kan være medvirkende til at skræmme lægerne væk; *'Jeg har meget svært ved at forstå at man i en tid med mangel på speciallæger behandles så dårligt og til tider direkte krænkende. (...)'* Igen andre nævner, at rammerne i det offentlige

skal være bedre for at sikre, at de offentlige speciallæger bliver i jobbet; *'Det helt afgørende for om jeg og mine kolleger fortsætter i det offentlige er, at der skabes bedre rammer for arbejdet. Nu har patienterne fået enestuer, men behandlingen er ofte ikke god nok - for meget brandslukning og for få visioner - og det er dræbende for arbejdsglæden.'*

Det ses af de mange kommentarer, at psykiaterne er meget opmærksomme på, at det er et problem at fastholde psykiaterne i det offentlige behandlingssystem, samt at de ser tendenser til, at mange i årene fremover vil forlade det offentlige grundet de dårlige forhold.

Manglende ressourcer

Der er flere psykiatere, der nævner, at der er mangel på ressourcer i psykiatrien; *'i forbindelse med specielt møder med hospitalsansatte kolleger forekommer det stærkt nødvendigt at psykiatrien tildeles flere ressourcer'. En anden skriver; 'Politikerne må stille borgerne realistiske forventninger i udsigt - lytte til faglig god behandling som grundlag for planlægning, og ikke lade sig forblænde af at tækkes "at alt skal kunne lade sig gøre". De må tage medansvar for prioritering og oprustning af fagområdet og ressourcer til dette. Selvom der er lægemangel i specialet psykiatri vil rigtig mange opgaver kunne løses til stor gavn for pt. og samfund ved resourcetilførsel mhp. opgaveglidning i ilstrækkeligt omfang. Det er menneskeligt og samfundsmæssigt alt for omkostningsfyldt at så mange borgere ikke behandles godt nok for ikke-psykotiske lidelser og misbrug.'*

Det ses af kommentarerne, at ressourcemangel ifølge visse psykiatere anses som et problem, der ønskes løst.

Diverse andre kommentarer

Der er, ud over de ovennævnte kategoriseringer i kommentarerne, en række kommentarer, der i problemstilling og karakter ikke kan samles i en overordnet kategori.

Heraf er udvalgt de kommentarer, der går på konkrete forslag til, hvordan den psykiatriske behandling kan fungere bedre i fremtiden;

- *Det vil være relevant at ansætte kliniske psykologer til arbejde i lukkede psykiatriske sengeafsnit efter supplerende psykopatologisk og psykofarmakologisk uddannelse. Udviklingen vil med sikkerhed i 2-4 år være negativ og bør udmeldes til befolkningen via regionspolitikkerne.*
- *Jeg finder det bekymrende at psykiatrien er blevet adskilt fra somatikken. Det sætter endnu større krav til os om at vedligeholde lægefaglige funktioner og hindrer "sparring" med somatikken, neurologer m.v.*
- *Dialogen i mellem beslutningstagere og de udførende led er alt for dårlig og den er i årenes løb blevet stadig ringere. Der er alt for lidt respekt for fagligheden - der er for megen politiseren og en deraf følgende populisme.*
- *Der burde være formaliseret samarbejde mellem praktiserende psykiater og sygehusvæsenet*
- *Måske kunne der vindes noget ved at se på arbejdstilrettelæggelsen? Kunne man have yngre læger i arbejde mere konrinerligt og så give dem samlet fri i to måneder?*
- *psykiatrien skal placeres på et sygehus, ligesom alle de andre lægelige specialer, og IKKE for sig selv. Og psykiatriske afd. skal ikke kaldes Center et eller andet, men SYGEHUS*

Bilag 1 - spørgeskemaet

Indledende baggrundsspørgsmål I

Hvad er dit køn?

Kvinde

Mand

Hvilken aldersgruppe tilhører du?

20-30 år

30-40 år

40-60 år

Over 60 år

Indledende baggrundsspørgsmål II

Hvilken sektor arbejder De på nuværende tidspunkt indenfor?

Hospitalspsykiatrien

Distriktspsykiatrien

Privatpraksis

Anden. Hvilken?

Hvor mange år har De arbejdet som psykiater?

0-5 år

6-10 år

11-15 år

16-20 år

21-30 år

Mere end 30 år

Hvor mange forskellige ansættelser har De haft som psykiater?

1

2

3

4

5

Mere end 5

Arbejdsmiljø

Hvordan vurderer De Deres daglige fysiske arbejdsmiljø?

Meget godt

Godt

Middel

Dårligt

Meget dårligt

Eventuelle kommentarer om det fysiske arbejdsmiljø kan skrives her

Hvordan vurderer De Deres daglige psykiske arbejdsmiljø?

Meget godt

Godt

Middel

Dårligt

Meget dårligt

Eventuelle kommentarer til det psykiske arbejdsmiljø kan skrives her

Hvilke tre tiltag kunne eventuelt forbedre Deres daglige arbejdsmiljø?

Arbejdsmiljø II

Hvorledes er det generelle tidsmæssige pres for Dem i Deres daglige arbejde?

Meget stort

Stort

Middel

Lille

Meget lille

Hvor mange patienter har De i gennemsnit behandlingsansvar for?

0-10

nov-50

51-100

101-200

201-300

Mere end 300

Hvordan vurderer De dette antal af patienter?

Færre end jeg kan overkomme

Passende

Flere end jeg kan overkomme

Eventuelle kommentarer kan skrives her

Arbejdsmiljø III

Hvordan vurderer De den afsatte tid til...

patientkonsultationer?

Der er generelt for lidt tid

Der er i visse tilfælde for lidt tid

Den er passende

Der er i visse tilfælde for megen tid

Der er generelt for megen tid

forundersøgelser?

Der er generelt for lidt tid

Der er i visse tilfælde for lidt tid

Den er passende

Der er i visse tilfælde for megen tid

Der er generelt for megen tid

journal skrivning?

Der er generelt for lidt tid

Der er i visse tilfælde for lidt tid

Den er passende

Der er i visse tilfælde for megen tid

Der er generelt for megen tid

opfølgning af de respektive patientsager?

Der er generelt for lidt tid

Der er i visse tilfælde for lidt tid

Den er passende

Der er i visse tilfælde for megen tid

Der er generelt for megen tid

Faglig uddannelse

Mener De, at den farmakologiske del af speciallægeuddannelsen er god nok?

Ja

Nej

Eventuelle kommentarer kan skrive her

Mener De, at den psykoterapeutiske del af speciallægeuddannelse til psykiater er god nok?

Ja

Nej

Eventuelle kommentarer kan skrives her

Faglig uddannelse II

Har De inden for det seneste år modtaget supplerende uddannelse eller kurser?

Ja. Hvilke?

Nej

Hvordan vurderer De det faglige udbytte af disse supplerende uddannelser eller kurser?

Stort udbytte

Middel

Minimalt udbytte

Har De inden for det seneste år deltaget i farmakologiske kurser?

Ja. Hvilke?

Nej

Hvem har arrangeret disse kurser?

Patienter og behandlingsformer

Hvordan vurderer De den generelle indlæggelsestid for alvorligt syge patienter?

For kort

Passende

For lang

Eventuelle kommentarer kan skrives her

Patienter og behandlingsformer II

Hvor vigtig mener De, at følgende faktorer er i den psykiske behandling?

Medicinsk behandling

Meget væsentlig

Væsentlig

Middel

Uvæsentlig
Meget uvæsentlig
Kan ikke siges generelt - afhænger af den enkelte patient

Samtaleterapi
Meget væsentlig
Væsentlig
Middel
Uvæsentlig
Meget uvæsentlig
Kan ikke siges generelt - afhænger af den enkelte patient

Motion, musik og lignende
Meget væsentlig
Væsentlig
Middel
Uvæsentlig
Meget uvæsentlig
Kan ikke siges generelt - afhænger af den enkelte patient

Er der andre behandlingsformer, De gerne så indført eller fremmet?

Ja. Hvilke?

Nej

Patienter og behandlingsformer III

Hvor stor en andel af Deres patienter modtager følgende former for behandling?

Medicinsk behandling
Ingen
Under halvdelen
Cirka halvdelen
Mere end halvdelen
Alle

Samtaleterapi
Ingen
Under halvdelen
Cirka halvdelen
Mere end halvdelen
Alle

Motion, musik og lignende
Ingen

Under halvdelen
Cirka halvdelen
Mere end halvdelen
Alle

Andre behandlingstyper

Ingen
Under halvdelen
Cirka halvdelen
Mere end halvdelen
Alle

Blandt de af Deres patienter, som får antidepressiv medicin: Hvor stor en del har fordel af kombination med benzodiazopiner?

0-10 %
11-20 %
21-30 %
31-40 %
41-50 %
50 %
Ingen

Blandt de af Deres patienter, som får antipsykotisk medicin: Hvor stor en del har fordel af kombination med benzodiazopiner?

0-10 %
11-20 %
21-30 %
31-40 %
41-50 %
50 %
Ingen

Blandt de af Deres patienter, som får antipsykotisk medicin: Hvor stor en del af disse får flere antipsykotiske midler ad gangen?

0-10 %
11-20 %
21-30 %
31-40 %
41-50 %
50 %
Ingen

Patienter og behandlingsformer IV

Ser De fordele ved polyfarmaci i forhold til antipsykotisk medicin?
Ja. Hvilke?

Nej
Eventuelle kommentarer kan skrives her
Mener De, at der er fremtidsperspektiver ved forsøg med medicinfri behandling af debuterende skizofrene?
Ja Nej Ved ikke
Eventuelle kommentarer kan skrives her
Mener De, at mængden af medicin, der udskrives i psykiatrien, generelt er;
For stor Passende For lille
Eventuelle kommentarer kan skrives her
Patienter og behandlingsformer V
Hvor godt mener De, at de psykiatriske patienter generelt er informeret i forbindelse med den medicinske behandling disse indgår i?
Meget dårligt Dårligt Middel Godt Meget godt
Eventuelle kommentarer kan skrives her
Hvor ofte har Deres patienter mulighed for indflydelse på egen farmakologiske behandling?
Aldrig I meget få tilfælde Ind i mellem Ofte Meget ofte
Eventuelle kommentarer kan skrives her
Patienter og behandlingsformer V
Hvad kan få Dem til at ændre Deres nuværende medicinvalg? (Giv gerne flere svar)
Ny viden via korrespondance med kollegaer Ny viden fra de farmakologiske udbydere Ny viden via efteruddannelse eller faglige kurser Ny viden fra Sundhedsstyrelsen Andet Den nuværende receptpolitik kan ikke ændres
Har De inden for de seneste 1-2 år ændret på Deres receptpolitik?
Ja Nej

Hvad har De ændret?
Hvad fik Dem til at ændre på Deres receptpraksis?
Fremtidsperspektiver
Er De ansat i det private eller det offentlige? Det private Det offentlige Begge steder
Hvad skal der til for at fastholde Dem som ansat i det offentlige psykiatriske behandlingssystem?
Synes De, at De bruger for meget tid på klagesager og erklæringsskriveri frem for direkte patientkontakt? Ja, i høj grad Ja, i mindre grad Nej, slet ikke
Ville De være interesseret i en hel- eller deltidsbeskæftigelse i det offentlige psykiatriske behandlingssystem? Ja Ja, heltid Ja, deltid Nej
Eventuelle begrundelser kan skrives her
Oplever De, at der er patientgrupper, som ikke altid får adækvat behandlingstilbud i det offentlige system? Ja. Hvilke? Nej
Hvordan vurderer De psykiatriens samarbejde med Sundhedsstyrelsen? Meget velfungerende Velfungerende Ikke velfungerende Slet ikke velfungerende Ved ikke
Eventuelle kommentarer kan anføres her
Fremtidsperspektiver II
Overvejer De at skifte job? Ja Nej Ved ikke
Hvilket skifte overvejer De?
Hvorfor overvejer De at skifte job?
Afslutning Spørgeskemaet er nu næsten slut. Vi giver Dem mulighed for at skrive supplerende kommentarer

nedenfor, hvis De skulle have noget på hjertet, der endnu ikke har været mulighed for at komme ind på.

Afsluttende kommentere kan skrives her

Tak for Deres deltagelse!

De kan printe deres besvarelse ved at klikke på printerikonet nedenfor.

Måtte De ønske at kontakte personerne bag denne undersøgelse, kan det gøres til; Johannes Kjeldahl; analytiker og undersøgelseskonstruktør (johannes.kjeldahl@nordjyske.dk), Tanja Biener; analytiker og undersøgelseskonstruktør (tanja.t.biener@nordjyske.dk) eller Poul Videbech; formand for DPS (videbech@dpsnet.dk)

Bilag 2

Hvilken sektor arbejder De på nuværende tidspunkt indenfor? - Anden. Hvilken?
flere
forskning
traumatiserede flygtninge
kriminalforsorgen
populær interesse
undervisning, forskning
Universitet
plejehjem, supervision
Ph.d. studie / forskning
socialpsykiatrien
Gerontopsykiatrien og neurologisk afdeling
børne- og ungdomspsykiatrien, jeg er PSYKOLOG
Langtidssygemeldt
forskning
Skizofreniklinik, ambulant, men beliggende på hospital

Bilag 3

Eventuelle kommentarer om det fysiske arbejdsmiljø kan skrives her
Arbejder midlertidigt (1 el 5 år?) i barak -tørt indeklima, mørk, uskøn. Sikkerhed ikke i orden. Ofte problemer med vandtilførsel, manglende varme i apparaterne, osv osv. Der mangler plads og pc'ere. Rengøring elendig.dårlig belysning.
sidder i eget kontor med egen indretning
Meget nedslidt og sekretariatet er ikke beregnet til distrikpsykiatrisk virksomhed
Der er træk, dårlige belysningsforhold såvel ved skrivebord som ved konferencefaciliteter. Ingen Støjgener!!!!!!
For spredt For meget transporttid For få samarbejdspartnere
Adskilt fra kolleger. Meget transport
Indeklimaproblemer - stærk varme indendørs i solskin
Jeg bestemmer selv hvad jeg vil investere i mine ydre rammer ,signalværdi og bekvemmelighed
Af og til fortsat problemer med røg
træk og kulde
kulde, dårligt lys
Alle pt har enestue; alle medarbejdere har eget kontor. Mødelokaler med IT. Gode kaffestuer. Kort afstand til ledelse.
Jeg har jo selv indrettet mine egne fysiske faciliteter
ok
Pladsmangel, træk, nedslidning, manglende samtalerum, gammelt itudstyr , dårlig belysning osv. osv.
hårde vagter
jeg har udover min alm kørsel mellem hjem og arbejdsplads 8-900km kørsel per måned. Det er for meget
Stor frihed, gode lokaler.
meget siddende arbejde, ingen tilbud til gymnastik i arbejdstiden, eller medarbejder tilbud til wellness eller motion uden for arbejdstiden.
For patienterne er etablering af enestuer sket på en, for længere tids indlagte pt. yderst beklagelig nedlæggelse at stort set alle muligheder for meningsfyldt beskæftigelse under indlæggelsen. Dette resulterer i et generelt dårligt behandlingsmiljø for denne patientgruppe. Personligt kunne jeg ønske, at der blev etableret rygemuligheder inde i huset i stedet for, at rygerne "jages ud i kulden"
Jeg bestemmer jo selv.
dårligt indemiljø, kulde og træk, ringe arbejdsstillinger, alt for mange ture op og ned på etagerne for at finde journaler, laboratorie-svar m.v., ingen p-pladser, et mørkt kontor, rengøringsdamens gulvvaskemiddel lugter af opkast m.v.
Godt de dage jeg er på neurologisk afdeling. Dårligt de dage jeg er på gerontopsykiatrisk afdeling.

Træk - gamle vinduer
Kontor med tæppe, dårligt indeklima. Der er langt mellem afdelingerne og i situationer med aggressive patienter er der langt til hjælp.
Tekniske hjælpemidler for gammeldags feks ITudstyr Fotokopi- dikterings faciliteter.
EDB- systemernes ustabilitet er kilde til hyppig irritation og stress
Arbejder på lukket afsnit som overlæge og fremstår derfor som den ansvarlige for alle de "ubehagelige" beslutninger vedr. tvang overfor ptt. Det medfører mange situationer med vredesytringer, skælden ud, skældsord, trusler og, omend ikke så tit, egentlig korporlig aggression fra ptt.s side. Også for ting jeg i virkeligheden ikke har haft med at gøre. Selve de fysiske, bygningsmæssige rammer kunne også være bedre. Bygningerne er gamle, utætte og kolde. Så om vinteren gælder det om at have godt med tøj på for at modstå træk og kulde.
Misligholdt bygning, der måske skal rives ned. Klinikken spredt over flere fløje og etager, men eget kontor ok.
kontor placeret langt væk fra sengeafsnit. Føler mig isoleret fra kollegaer i dagligdagen.
Gamle bygninger med træk fra vinduer
Ikke tilstrækkelig opmærksomhed eller ressourcer til en god arbejds ergonomi på kontoret eller til hensigtsmæssige arbejdsgange Alt, alt for meget kontrol-papirarbejde

Bilag 4

Eventuelle kommentarer til det psykiske arbejdsmiljø kan skrives her
Lidt stress pga nyligt stillingsskift
I mit eget team er der grundlæggende et godt psykisk klima og jeg har det fint med lægekollegerne. Ifht centerledelsen kniber det dog. Manglende lydhørhed ,manglende midler til efterudd. opbakning til at løse IT problemer,sekretær kapacitet mv.Stor speciallæge flugt og nu osse flugt af udd.læger - uden at det tilsyneladende udløser overvejelser om hvad der skla til for at tiltrække og fastholde læger.Stor fragmentering og langsomme komando veje demotiverer. Fagligheden lider. Akreditering kører ubønhørligt. Om vi kan vake hænder og slukke brand vægtes, men sst ref program for skizofreni er endnu ikke implementeret - efter 4 år!!!Vi taler om universitets afd i kBH!!!Der er ikke fast personaletræning og supervision halter osse - til trods for at det står på s 1 i grønspættebogen- som forudsætning for at drive specialafsnit for borderline ptt-low level.
stort tidspres og kronisk en fornemmelse af ikke at nå det hele.
kan være ensomt
Der mangler yngre, veluddannede ledende læger. lederuddannelse af læger og læger udfører sekretaer arbejde .
Belastende og frustrerende at anvende unødigt tid på at opnå kontakt med kommunale sagsbehandler. Tge ansvar uden at have indflydelse.Chikanerier.For lidt tid, stress.Manglende interesse for hinandens arbejde.
Savner kolleger og patientkontakt som forsker (ph.d)
Devaluering, trusler, til tider vold.Nogle få sætter dagsorden.Ingen indflydelse,flyttes efter forgodt-befindende.Skal tage ansvar uden at have indflydelse. Dårlige kollegiale forhold.
På trods af arbejdspress er der god "korpsånd" i afdelingen, og alle er dedikerede til opgaven. Når der er utilfredshed, er det fordi personalet ikke kan få lov at gøre arbejdet så godt, som de gerne ville - og det er jo positivt.
Arbejdspresset er klart i overkanten pga. mangelen på speciallæger. Der skal ofte træffes nogle hurtige beslutninger, hvilket øger risikoen for utilsigtede hændelser og heraf følgende klager.
Stor arbejdsbyrde, få speciallæger
Jeg vælger selv mine samarbejdspartnere
mine vanskeligheder er bundet til et dårligt samarbejde med min "medleder", der er centersygeplejerske, og altså personafhængigt.
Ingen psykiatrisk skadestue, modtager pt i somatisk skadestue, der ikke er gearret på samme måde.
For travlt
dpc ved at lukke.ellers er milieuet "godt"
Presset til at løbe hurtigere og sjuske at øverste ledelse. Ellers i top for lille et team

En næsten daglig stressfaktor er, at regionen/Psykiatrihuset endnu ikke er i stand til at løse de opgaver, amtet og den lokale administration varetog før 01.01.2007
Oplever stor loyalitet og samhørighed i teamet; alle yder godt arbejde. God ledelse.
Især de mange patienter på ventelisten udgør en stressfaktor
ukontrollerbart
Det er en daglig pinsel at lave ydelses-registrering. Det er tidsrøvende, glædesmindskende, og griber ind i et godt arbejdsflow
For mange uforenelige krav og for meget papirarbejde.
dårlig ledelse, manglende indflydelse på arbejdspladsen, alt for meget papir arbejde, manglende tid til socialisering, næsten ringe menneskelige kontakt mellem kolleger, mange regler der gør de simple ting til mere indviklede, psykiske press for at leve op til alle de uddannelsesmæssige krav, osv
travlhed og kaos
Jeg synes at jeg har meget travlt i det dejlige og har svært for at få vejledning af speciallæger. Derfor er det psykiske arbejdsmiljø ikke så godt som det kunne være.
Problemer med speciallæge mangel.For stor arbejdsbyrde, for lidt tid til faglig fordybelse
For meget administrativt arbejde, registrering. DAG truer - følelse af, at det væsentlige for mig, nemlig pt-kontakt mere og mere underkendes - der er mindre tid
Alt for mange arbejdsopgaver og alt for travlt. Aflastning af opgaver f.eks. ved flere sekretærtimer, så man kunne få ting arkiveret, fundet frem etc.
Stort arbejdspressMange skiftende funktioner pga. sygdom og lav lægebemanding
Problemer med manglende vejledning og kontakt med fagligt miljø.I vagterne urimeligt meget tid til diktering på diktur, elektronisk medicinjournal, registreringer mv
Der er en ret stor arbejdsbyrde, da jeg er eneste overlæge og har to uerfarne reservelægerAfdelings-sygeplejersken er langtidssygemeldt.
stor mængde arbejdsopgaver af ikke lægelig karakter, omstrukturering,uvished, samt udtalt indtryk af at være et servicefunktionær og ikke udførelse af lægearbejde
Er leder med stor egen indflydelse på egne og andres arbejdsfunktioner
det påvirker min arbejdsglæde at jeg spilder så megen tid på alt muligt ligegyldigt ikke-lægearbejde (endeløse konferencer, formålsløs registrering, brygning af kaffe, opvask og mange andre opgaver). Derudover er det trøstesløst at samtlige afdelinger jeg har været på i alle mine år som læge, hele tiden har skullet spare, lukke sengeafdelinger og kunne imødesætte at næste års budgetter bliver mindre end indeværende år. Det synes som om de ansvarlige politikere har et succeskriterie: at undgå negativ omtale i Politiken - og så er der i øvrigt næsten ligegyldigt, hvordan virkeligheden på sygehusene er. Herved bliver forholdet ml politikere og klinikere til et absurd egnsteater hvor alle spiller kendte roller. Lars Løkke siger at man har pumpet mange penge i sundhedsvæsenet, men afdelingerne oplever at pengene bliver færre. Hvor pengene så ender ved jeg ikke, men det må formodes at være i sygehusdirektionerne og som løn til alle DJØF-ferne. Jeg har desværre svært ved at se mig selv i det offentlige sygehusvæsen om 10 år.
Som ovenstående
Stort pres pga lange ventelister

Har lederstilling. Udsættes alt for ofte for spørgsmål og krav fra påolitisk side med urimelig kort svarfrist
Store krav om registrering og dokumentation af klinisk irrelevante eller klinisk set ubetydelige ting. En tiltagende "procedurmani", hvor den professionelle dømmekraft tilsidesættes. Tiltagende tidsforbrug til drøftelse af værdigrundlag, visioner og lignende substansløse begreber. Pålæggelse af ekstra opgaver pga ubesatte stillinger.
Savner kolleger. Stor diskrepans mellem samfundets/ patienters forventninger til terapi/tid til samtaler og sygesikringens manglende honorering for denne indsats. Provokerende, at terapihonoreringen er dårligere end for psykologer. Vores patienter har oftest tungere psykopatologi, og er derfor vanskeligere at behandle. Provokerende at terapihonoreringen hos børneungdomspsyk. er bedre end vores. Provokerende, at vi ikke bliver honoreret for pårørendesamtaler og telefonkonsultation (ved terapipatienter) Provokerende, at vores indtjening er så meget ringere end andre prak. speciallæger.
svær speciallæge mangel og 1 strenget vagtsystem
Vi har p.t. en konstitueret klinikchef og planlægning af jobfunktioner er sat på standby, hvilket ikke er tilfredsstillende
Præges af manglen på læger, derfor mange opgaver, som hviler på de få. Utilfredsstillende mulighed for fordybelse og opfølgning på oopgaver.
skyldes ikke selve arbejdet, men min personlige oplevelse af svag afdelingsledelse
stress og enhver passer sit
Grundlæggende rigtig godt arbejdsklima, der dog spoleres af for stort arbejdspress
Det første af det ovenstående kunne lige så godt anføres her. Der er desuden et arbejdsmiljø med mange omstruktureringer og skiftende mål dikteret ovenfra. De daglige faglige diskussioner handler nu om længden af liggetider og andre mål for "produktionen". Før i tiden diskuterede vi i langt højere grad i overlægegruppen diagnostisk svære ptt., behandlingsmetoder, psykoterapier, osv. Nu taler vi næsten alle et managementsprog med ord som omstillingsparathed, beslutningsejerskab, gennemsnitlig liggetid, produktivitetsforøgelse, etc.
Manglende synlighed af ledelsen, der har mest fokus udadtil i.f.t strukturreformen. Modsatrettede meldinger konstant. Diskrepans mellem forventninger til indfrielse af udviklingstiltag (aktuelt puljemidler til udvikling af klinik) og de reelle vilkår for udførelsen af dette - her især lægemangel. Situationen præget af megen snak - men ingen handling
stort arbejdspress, hvorfor arbejdet tit ikke kan udføres så grundigt som det ud fra en faglig vurdering ville være ønskeligt. Der mangler tid til at kæde den teoretiske læring i f.eks. kurser og den daglige kliniske læring sammen.
Er i mit arbejde for ensom, da mit område deles med overlæger i specialfunktion ansat på andre afdelinger.
Særdeles gode forhold på afdelingsniveau. Elendige forhold, når det drejer sig om at have indflydelse på overordnede beslutninger, der har afgørende indflydelse på egne arbejdsvilkår og patientbehandlingen. Følelse af magtesløshed...
Arbejder uden andres interesse eller viden om, hvad jeg laver. Ingen MUS, ingen anerkendelse eller rrspons - kun store ønsker til, hvad jeg mere skal tage mig af. Jeg har ingen betydende kontakt til min

faggruppe i dagligdagen, og ingen struktureret kontakt til overordnede

Bilag 5

Hvilke tre tiltag kunne eventuelt forbedre Deres daglige arbejdsmiljø?
1.Færre afbrydelser2.Mere respektfuldt samarbejde3.Anerkendelse af de mest syges indlæggelsesbehov
1.Penge til efteruddannelse af læger og øvrigt personale.2.Personaletræning (fast budgeteret) og supervision (gerne extern supervisor betalt af afd(billigt ifht fastansat personale)3.Lug ud i registrering og akkreditering.Prioriter kvalitets sikring af primær opgaven i stedet.
flere speciallæger i afdelingenalt sekretærarbejde til sekretærernefærre møder
at speciallægepraksis har tættere kontakt med hospitalspsykiatrienat information fra fx. regionen også går til speciallægepraksisat aflønningen favoriserer samarbejde, hvilket ikke er tilfældet i øjeblikket
'-Mer kvalificeret sekretærbistand-Mer vægt på kvalitet-Mindre vægt på kvantitet
Lægers arbejde bør organiseres således, at læger kun udfører lægearbejde og ikke bruger tid på sekretærarbejde og pleje.Distriktskykiatrien bør placeres i nærheden af hospitalspsykiatrien for at højne rektrutteringen og fagligheden.
Professionel gennemgang af arbejdspladsens fysiske indretning - og indkøb samt indstallering af de nødvendige møbler/lamper.Daglig tilgang til kompetent socialrådgiver.
Generationsskifte.Definition af den enkeltes arbejdsbetingelser - og overholde dem.Fordanskning.
I tidligere klinisk arbejde:1: Bedre tid til fordybelse i relevante faglige problemstillinger omkring den enkelte patient, og tilstrækkelig behandlingskapacitet så det er fagligheden frem for f.eks. sengepladser, der afgør behandlingen.2: Mindre ikke lægeligt arbejde som elektroniske registreringer, diktur, venten på patienterne, vinden journaler frem mv. (bedre sekretærbistand) 3. En ledelse som tager ansvar ved at begrænse opgaverne til det, som er muligt at udføre ordentligt / hjælper aktivt med prioritering)
GenerationsskifteOverholdelse af ansættelsesvilkårMedindflydelse og ansvarsområde def.
Bedre fysisk indeklime (aircondition?).
Flere lægelige ressourcer.Mindre registrering og papirusseri.Mindre personaleansvar.
Flere speciallæger.Flere faste retningslinjer.Kompetenceglidning.
mindre sekretær, sygeplejerske og laborantarbejde, jeg er læge
sammenlægning af vagtberedskaber mhp. mere lægetid fra vagt til dagtid - bedre mulighed for faglige miljøer og samarbejdebedre tid til fordybelse
jeg har taget konsekvensen og fundet mig et andet arbejde
1. Tilstedeværelsesvagt i stedet for rådighedsvagt, der er temmelig belastet2. psykiatrisk skadestue3.flere læger om arbejdet
Mere personale
dpc fortsatte uændret

1) Sekretærhjælp! Mangel på fast sekretær gør det vanskeligt at have gode registreringsrutiner mm og læger og sygeplejersker bruger meget tid på at finde journaler og holde orden og overblik i det papirmæssige. 2) Stabile arbejdsforhold. Mit afsnit har været gennem 3 omstruktureringer/nedskæringer /omlægninger på tre år og er aktuelt lukningstruet! 3) Mindre tidsforbrug til at opfylde dokumentationskrav, selv om en del af det er fornuftigt nok
er fuldstændig tilfreds
besættelse af ubesatte lægestillinger
mere og bedre personale og kolleger, realistiske krav
Mere tid til faglig sparring Tværfagligt arbejde i praksis
mere tid, mindre arbejde, flere kollegaer
Flere fagfæller Flere sengepladser Fungerende struktur i "støtteapparatet"
Tidligere bedre forståelse hos amts politikerne for fagets egenart og patienternes behov for flere sengepladser for at nå at "hele op" efter psykisk sygdom
Bedre journalsystem (vi forsøger at arbejde med epj som opfylder kravene i g-epj) Færre registreringsopgaver Færre projekter
1. kortere venteliste (flere kolleger i faget) 2. Øget tværfagligt samarbejde med almen praksis, der er vor primære leverandør af patienter 3. Øget samarbejde med kommunale institutioner (især jobcentre) der sætter patienterne under pres for at blive arbejdsduelige på kortest mulig tid. Den skriftlige kommunikation (erklæringer og attester) er ikke altid nok til at at yde patienterne en entydig behandling fra "systemets" side
lydbarhed ovenfra og flere hænder til at klare det ikke-patientrelaterede
Formindskelse af registrering Bedre IT-forhold Ekstra sekretærtid, da jeg bruger 10 - 15 % af min arbejdstid til at lave sekretæropgaver
Taxakørsel i stedet for selv af køre i bil ud til patienterne. Mere sekretærhjælp, så jeg kunne bruge mere tid til direkte patientarbejde. En mindre restriktiv lovgivning i forbindelse med tvang, omfanget af journalføring og dokumentation for aktiviteter
at jeg satte færre patienter til
bedre IT-arbejdsplads flere sekretærressourcer
flere resourcer
Bredere samarbejde i lægegruppen, samlet frokostspisning, flere midler til anskaffelser
Fungerende EPJ Større kontor Uddannet lægesekretær
Ekstra arbejdskraft til nye administrative opgaver. EPJ med forenklet dokumentation af en lang række rutiner. Flere læger.
1. en god ledelse der ikke udnytter sin magt 2. man bliver taget til råd, når beslutninger handler om en 3. god kommunikation
færre patienter og bedre lokaler, flere sekretærer
At altid være mindst to til at gå stuegang i afdelingen. At der hver dag er en overlæge til stede per afdeling. At have tid til at se ambulante patienter og dermed få mere kontinuitet.
kun ledelse på en geografi i stedet for over 3 forskellige

Oprettelse af bagvalgtslag. flere lægeresourser. Tydelig ledelse
Registrering til andre faggrupper. Måske kunne nogle opgaver gøres af andre faggrupper Flere penge til kurser og videreuddannelse
Mere hjælpepersonale Færre arbejdsopgaver Flere psykiatere
Bedre sekretær dækning Bedre kommunikation mellem de forskellige sektorer Færre trapper
Flere (special) læger Flere læger Flere læger
1. Færre irrelevante dokumentations opgaver. 2. Større sikkerhed for ikke at skulle dække andre kliniske opgaver pga ubesatte stillinger og andet fravære 3. Mere tid til de nødvendige kliniske opgaver
I det kliniske arbejde: 1. Bedre sekretærbistand. 2. Strukturering af patientarbejdet (så man ikke skal bruge tid på at vente på kontaktpersoner, finde journaler frem og gå forgæves til patienter) 3. Flere sengepladser og normeringer som giver mulighed for at lave faglig god behandling.
Afdelingssygeplejerskens tilbagevenden!
mere tid til patienter mere tid til at uddanne yngre læger realistisk finansiering af opgaver
flere læger, arbejdsopgaveglidning ikke bare på papiret men i realiteten, dvs flere sygeplejersker, socialrådgivere og psykologer skal ansættes
Mindre arbejde Daglig sekretær Bedre teknisk apparatur og computer
1. Færre administrative forespørgsler om "alt muligt", herunder et velfungerende administrativt servicesystem så læger ikke behøver at bruge tid på om feks. leasingkontrakten for teambilen skal forlænges eller rengøringen er OK 2. Bedre fungerende IT systemer 3. Større normering af feks. sekretærer
Flere sekretærer ansat En læge mere ansat
flere psykiatere!
1. Bedre hjælp til praktiske opgaver (fra piccoliner og sekretærer). 2. Mindre centralstyring. 3. Mindre registrering af alt muligt ligegyldigt og krav om dokumentation af dit og dat hvorved der kunne frigøres enorme mængder tid til lægernes 4 kerneopgaver: diagnostik, behandling, forskning og undervisning.
At lægefagligheden blev respekteret i psykiatrien. At tilbøjeligheden til at dele læger op i et A- og Z-hold i psykiatrien ophører. At man undgår, at forskningsenhederne i psykiatrien tildeles hegemoni mht. forskning.
egnede lokaliteter indrettet til formålet alle kontaktpersoner bør være fagligt kvalificerede færre opbrud i samarbejdet omk. pt.
Ressourcetilførsel i form af flere speciallæger og psykologspecialister til at varetage undersøgelser/behandling, flere administrative medarbejdere til at tage sig af administrative opgaver - som aktuelt er yderst tidskrævende for læger/psykologer,
Flere læger Flere senge Færre mails
Flere overlægekolleger (det normerede antal), hermed flere at fordele opgaver på (udd.ansvarlig ovl., registreringsansvarlig ovl. m. fl. mindre kørsel til møder
mere tid til arbejdsopgaverne
Flere at dele arbejdsopgaverne med

Mindre opgaveglidning. Mere tid til det arbejde, som man har kompetence til som læge/psykiater og faglig leder, undervisning, forskning, udvikling m.v. Som faglig ansvarlig større indflydelse
1. Rehabilitering af det kliniske arbejde og den professionelle dømmekraft. 2. Betydelig reduktion af den meningsløse registrering af dette eller hint og erstatning med kvalitetssikring af konkrete kliniske opgaver. 3. Sanering af opgaverne i tilfælde af ubesatte stillinger
Jeg har en lille deltidspraxis
Praksisfællesskab. Bedre overenskomst.
bagvægtsfunktion klar ledelse større engagement fra speciallæger
1) flere psykiatriske sengeplader i Hovedstaden 2) mere forståelse for psykiatriens særlige vilkår blandt lovgivere 3) fornuftig opgaveglidning
Flere læger Færre besparelser Færre mails at besvare
Større faglig indflydelse Mindre kontrol Mindre ikke-lægefagligt arbejde
Klar, visionær lægefaglig ledelse
bedre teknologi. bedre sekretær bemanning. Flere psykologer Bedre normering og uddannelse af plejepersonalet, så opgaveglidning var mulig
-en stærkere ledelsesprofil der giver indtrykket af at ledelsen klart melder ud, at der er tale om at man står til ansvar overfor to fronter, sygehusledelse og læge/personalegruppe, med større vægt lagt på lægefaglige vurderinger end politiske holdninger
flere senge flere læger bedre løn
Mere tid til pt. arbejdet. Færre administrative opgaver i forhold til det direkte pt. arbejde. Mere tid til kvalitets- og udviklingsarbejde
Færrer bureaukratiske tiltag. Hvis de forskellige administrative lag bare vidste hvor mange ressourcer deres forskellige påfund tager ud af det kliniske arbejde, ville de måske ikke komme med "så mange gode ideer". Det kan være kvalitetskontrolsystemer med skemaer, der skal udfyldes, ovenfra dikterede projekter hvor formålet angiveligt er at bedre arbejdsmiljøet, men i kraft af diktatet bliver parodier, der til forveksling ligner Operation Morgenluft fra tv-serien Riget. Bureaukraterne/DJØF'erne/lederne burde have et budget for deres beslutninger. De udgifter en beslutning medførte skulle udregnes, som fx 10 overlæger bliver sat til at holde fem møder á 1½ time = 150 timer = mere end en måneds arbejde. Her bureaukrats/leders beslutninger kun måtte medføre en vis mængde udgifter, som fx højst medføre 300 timers møder per år. De ville tvinge dem til at økonomisere med deres beslutninger og dermed gennemtænke dem noget bedre. Synspunkter gælder også regionspolitikere etc., men er nok en naiv utopi. Jeg har for tiden en forholdsvis stor mængde tid afsat til forskning. Det er mig en stor glæde. Det er min niche med alle dens glæder jeg overlever på.
En synlig ledelse, med tydelige visioner for den faglige udvikling samt en villighed til at forholde sig til de aktuelle ressourcemæssige problemer, samt en mulighed for i samarbejde med ledelsen at udfærdige konkrete handleplaner m.h.p. afhjælpning heraf
Bedre koordinering af stuegangsarbejdet, rekruttering af speciallæger, mere kontakt til kollegaer i det daglige arbejde.

Større faglig indflydelse på planlægning/beslutninger
Mindre ikke-lægefagligt arbejde
Mindre "kontrol" af forhold, der ikke har betydning for kerneydelsen=behandling

1 Formel kompetence på niveau med min faglige kompetence. 2 En relevant kontakt til de overordnede, der bestemmer, hvad jeg skal lave
3 En relevant kontakt til de fagpersoner på min arbejdsplads, der arbejder på samme faglige niveau

Bilag 6 – antallet af patienter

Eventuelle kommentarer kan skrives her
Måske i overkanten, da jeg netop har fået større ledelsesansvar og endnu ikke helt har fornemmelse af, hvor stor klinisk funktion, der er mulighed for
Jeg er ansat 32 t pr uge. overvejer at gå yderligere ned for at tjene som konsulent til egen efterudd som centret trods overenskomst sikret ret løber fra. har haft fagforening inde. + tr . Hvis ikke al service var barberet væk kunne ptt mængde måske være passende. Men da sekr tid er for lidt og hun er for dårligt udd i IT, samt PC bryder ofte ned -der er lokale mangel, kopi maskine er langt væk og ude af drift 9 af 10 X osv osv - det øvrige personale er tidspresset osv osv. Har opgave-gledet hvad der er muligt. Har et godt personale der er faglig dygtige og pålidelige. Er behandlings ansvarlig på special afsnit og har alt for lidt tid til udvikling, forberedelse af undervisning, opgørelse af behandlings resultater osv osv. Det alm kliniske arb sluger det meste af min arb tid - meget utilfredstillende . Men tanken om en Udd læge knyttet til afsnittet er utopisk -da der mangler desparat i den akutte psykiatri. Afd sygepl er sparet væk og kunne løse mange adm opgaver så teamleder(psykolog) og ut kunne vare tage udvikling af behandlings tilbuddet, diagnostik og evaluering. Bruger en del fritid på det faglige og føler ikke det belønnes i organisationen. Er tiltagende træt og sur.
en ret lang række arbejdsopgaver ud over det behandlingsmæssige
Aflønningen honorerer stort set kun patientkonfrontationer, og der er meget "gratisarbejde" ved aflysninger og udeblivelser og frustrane forsøg på kontakt til samarbejdspartnere fx. i socialektoren.
Som overordnet leder for andre dele, kan jeg i perioder have ansvar for mere end 200, hvilket er flere end jeg kan overkomme med kun 1 års kendskab til det geografiske område.
Aktuelt bestemmer jeg selv hvor mange - men skal leve af det.
Skriver ph.d. - det kliniske projekt er afsluttet. Tidligere som afdelingslæge i lokalpsykiatrien havde jeg alene ansvar for ca 70 ptt og sammen med distriktssygeplejerske mv for over 200. Det var flere end jeg kunne overkomme.
Spørgsmålene er besvaret ud fra tidligere sygehusansættelse med betonpsykiatri. Man flygter andetsteds
Man er i høj grad afhængig af et kompetent og samvittighedsfuldt personale, hvis faglige kompetencer, man har et indgående kendskab til.
jeg er også ledende overlæge, derfor få patienter selv
arbejder som eksern vikar i psyk. skadestue
Under uddannelse, som fylder meget. Desuden fylder mange dagvagter meget.
100 ptt.
Jeg foretager psykiatriske vurderinger, og har kun meget få egentlige behandlingsopgaver
umuligt at gøre det pænt
Problem med for lang ventetid
Antallet er passende, hvis jeg har en 1. reservelæge/afdelingslæge til hjælp. Ellers kniber det med også at nå ledelse og administration.

som tidl. adm. overlæge var "ansvaret" overordnet mere end 300, men direkte var det som anført
Det kunne øges, hvis administrative opgaver blev færre.
Hovedparten af patienterne er i ambulante forløb og har andre teammedlemmer som behandlere. Et fåtal er dagpatienter og nogle er indlagte. Jeg er direkte behandler for 30 - 40 pt. fortrinsvis kroniske, og så nyhenvist i begyndelsesfasen.
Jeg er opmærksom på at jeg jo selv er herre over min arbejdstilrettelæggelse, og at det er et personligt problem at jeg føler mig presset.
Men jeg sikrer mig til stadighed, at ingen patient bliver behandlet, så at det kan betegnes som under normen for psykiatrisk faglighed og dermed ville kunne udløse en påtale fra Sundhedsvæsenets Patientklagenævn
Som ledende overlæge har jeg ingen fast klinisk opgave.
Arbejder med anoreksi, dvs meget krævende patienter på døgnafsnit, derfor kun få patienter, men som tager meget tid
Hvis jeg følte at jeg havde tid til det, ville jeg gerne passe flere patienter. Men når man skal gå stuegang alene på 16 patienter er det svært at gå i dybden med noget.
grundet ledelsesopgave er antallet af ptt blevet reduceret voldsomt til nuværende . tidligere som alm overlæge havde jeg ansvar for ca. 100 ptt
Jeg har lige skiftet arbejde, så jeg er ikke oppe i niveau endnu - men det kommer nok
Er pt. i forskningsposition
Mit hovederhverv er ph.d. studie. Har kun akutte patienter i skadestuen under vagter.
Hvis reservelægerne var lidt mere erfarne, ville antallet af patienter være passende.
Dette skema er ikke hensigtsmæssig for privat praksis, slet ikke de næstfølgende spørgsmål.
svært at holde trit med alle - har heldigvis gode distriktssygeplejersker og psykologer
Jeg har en helt klar aftale med min leder om at skulle aflastes af 2 yngre læger pr. 1. nov., men jeg har endnu ingen set og kan se, at de i hvert fald ikke kommer i år.
Patienterne er især i neurologisk afdelings demensklinik. Jeg ser forholdsvis få patienter i gerontopsykiatrisk afdeling, hvor jeg er den eneste kontakt. Den øgning af antallet af kontakter, jeg mener kunne finde sted, er ikke ret stor.
Behandlingsansvar i det daglige, under uddelegering af den behandlingsansvarlige overlæge
Fordi det er en sidebeskæftigelse til ledelse
promært adm. arbejde
jeg er ledende overlæge på stor københavnerafd
ER kun et passende antal i kraft af meget erfarne teammedarbejdere
Jeg er i den heldige situation, at jeg har en række velkvalificerede og ansvarsfulde medarbejdere, som påtager sig en del af ansvaret
behandlingen styres af overlæge, der ikke respekterer guidelines eller anbefalinger med ordene: vi har praktisk psykiatri her.
Jeg er stort set alene som læge på et sengeafsnit med min. 18 patienter og et stort "turn over" og har derudover tilsynsfunktion på boinstitution for 20 beboere

den aktuelle belastning skyldes ekstraordinært vanskelige pt-forløb
Pt. antallet er en blandig af ambulante pt. og pt. fra akut behandlingsafsnit. Med de administrative opgaver der følger med begge pt. grupper samtidig, sammenholdt med mangel på yngre læger til daglig, bliver et ellers passende antal pt. til et stort arbejdspress.
Det gælder om at få udskrevet ptt. så hurtigt som muligt. Det gamle slogan med pt. i centrum er forlængst passé. Som en konsulent fra Right Management sagde (og havde skrevet med store spærrede typer) ved et foredrag for mellemliderne i tirsdags i min afd.: "Patienterne kommer i anden række". Det var personaleledelse og udvikling, der kom i første række. Jeg er måske for gammeldags, men når jeg ofte er den eneste læge til en stuegang, er der ikke andre at lede/sætte til arbejdet. Så må jeg selv gøre det - og det er da også i mødet med patienten min lægegering kommer til udtryk. Det er det jeg uddannet til, ikke til langstrakte møder om mit ledelsesambitionsniveau, ledelsesstrategier, osv., mens der stadig er ptt., dr enter på samtale og behandling.
Klarer arbejdet via - gennem meget lang tid - et stort merarbejde. Arbejder hårdt på at komme af med ikke-lægelige opgaver via uddelegering, men det er svært og en langsommelig proces
jeg arbejder i sengeafsnit med mange korte indlæggelser, hvorfor jeg kun har behandlingsansvar for få patienter ad gangen, men dog med mange skift i løbet af kort tid.
Er i specialfunktion som overlæge i psykoterapi - derfor få pt.,superviserer meget - yngre læger, personale.
Alt for mange ikke-lægelige arbejdsopgaver skal varetages. Patientantallet kunne uden problemer være meget større, hvis dette ikke var tilfældet...
Det er op og ned, hvor mange patienter, jeg har behandlingsansvar og tyngden af dem og derfor er det også op og ned, om det er passende eller for meget, men det fylder voldsomt, når det er for meget

Bilag 7 - den farmakologiske del af speciallægeuddannelsen

Eventuelle kommentarer kan skrive her
Kunne dog mangle helt basal brush up af farmakokinetik og dynamik. Ville være godt med farmaceut i Centeret som sparring. Synes det er et problem at man i princippet skal specificere alt hvad man har sagt til pt om virkning og især bivirkninger i jr - ingen gør det og det ville være grotesk at skulle remse op - men den enkelte hænger jo på den i tilfælde af klager /uheld osv. Løser det ved at skrive skriftlig og mundl information er givet. Fortæller ikke om sertonergt syndrom og Malignt neuroleptika syndrom som rutine - ingen ville jo tage medicin, som jo er hjælpsom for mange, hvis alt skal pensles ud.
tilvalgte selv U-kursus i farmakologi og synes der er gode muligheder for at få viden og undervisning - hvis man vil.
Der bør arrangeres obligatoriske uddannelseskurser med certificering af DPS
Speciallægeuddannelsen er generelt ringe til at sikre læring - udelukkende passiv lytten til undervisere som kun kender til tavleundervisning med alt for fyldige overheads
Retningslinier skal følges.
Det er vel sjældent, at en uddannelsen er god nok. Pga speciallægemangelen, kniber det med, at komme afsted på efteruddannelse.
Har ikke baggrundsviden til at svare herpå
I forhold til vigtigheden af farmakologisk behandling fylder den psykoterapeutiske del alt for meget, men den er også vigtig. Så generelt meget mere farmakologi
For ringe viden om behandling af traumatiserede flygtninge
der afholdes ganske mange kurser inden for feltet, men det skal selvfølgelig dækkes økonomisk
men tiden til opfølgning for ringe
Jeg mener, at man lærer bedst ved "bed side"-undervisning og ikke på teoretiske kurser, og "bed side" forudsætter tilgængelige kolleger og et lærende miljø.
Jeg har altid været specielt interessert i psykofarmakologi og har søgt dete opdateret efter speciallægeuddannelsen.
Ja - det er vigtigere med systematisk og vedvarende efteruddannelse
Jeg er ikke opdateret, og svarer på baggrund af mit eget uddannelsesforløb i begyndelsen af 1990'erne
jeg ved ikke hvordan uddannnelsen er idag. Jeg har svaret ja, fordi der ikke er noget ved ikke svar
Farmakologidelen på lægeuddannelsen er skåret ned på universiteterne
opdateringer er nødvendige. På Årsmøderne skulle der være undervisning og løbende diskussion om fælles reference programmer, så vi i lille homogent land kunne gøre behandlingen mere ens og baseret på evidens i det omfang det lader sig gøre. især praksis er uden styring da der ikke er kolliderer der justerer/kommenterer behandlingsstrategier.
Nuancer i behandlingen når man først at få efter opnået speciallægeanerkendelse.

Den er for lidt svarende til behovet i forhold til arbejdet.
Det er meningen at farmakologien skal nævnes på f. eks. U-kurser (under speciallægeuddannelsen) under de respektive sygdomme. Det er der ikke tid til. Der er ikke selvstændig undervisning nogen steder i psykofarmakologi. IRF udbyder et kursus, på alt for lavt niveau.
industrien står for det meste af efterudd.
Jeg mener vi burde aflægge en skriftlig prøve.
Man opdateres efterhånden
Det farmakologiske burde vægtes mere i den daglige kliniske praksis
Der mangler en generel del specielt omhandlende polyfarmaci og udtrapning af medicin
Tidsmæssigt helt underdimensioneret, dog af god kvalitet
takket være medicinalindustriens stor bidrag i den henseende
Jeg ville gerne have virkningsmekanismerne bedre belyst.
for lidt tid afsat i kursuset,
Men gerne flere neutrale arbejdsgiverbetalte kurser om emnet
mulighed for opdatering er altid et gode
hvert center bør have et fast undervisningsforløb omk. dette, evt. sammen med nærliggende centre
Det er vigtigt at lægerne tilbydes regelmæssig opdatering, ikke kun ved medicinalindustrien, men hellere ved DPS/BUP-DK
Denne del af uddannelsen bør udvides.
Den farmakologiske del er vægtet for lavt i forh.t. den psykoterapeutiske del . Den farmakologiske del bruges dagligt.
Generelt er lægerne alt for "sårbare" overfor medicinalindustriens pres og påvirkning. Vi er ikke skolede nok i at vurdere de meget kreative undersøgelser vi bliver overdænget med.
Jeg synes, den var god nok, da jeg blev speciallæge i 1990'erne
I kombination med de mange relevante, og som regel seriøse tilbud fra medicinalindustrien
afventer ikke et antipsykotikums virkning og polypharmaci opstår med op til 5 slags antipsykotika
både ja og nej. Vordende speciallæger er akademikere og har også en pligt til selv at opsøge ny viden.
jeg ved det ikke konkret
For dt tid til fordybelse
Jeg har selv en grundig psykofarmakologisk viden fra tidligere ansættelser
for meget af efteruddannelsen foregår sponsoreret af medicinalindustrien
Den er heller ikke helt dårlig, men kunne godt optage mere tid under uddannelsen
der bør udbydes obligatoriske kurser ud over hvad der aktuelt tilbydes
et psykofarmakologi kursus bør udvides
De samlede tilbud, herunder den del som medicinalindustrien står for, mener jeg ok. Det kræver at den enkelte læge gør en indsats for at holde sig ajour, men gør man det, synes jeg også at niveauet er i orden.

Men der er jo en mulighed for hele tiden (især via industrisponsorerede kurser) at få mere viden. Jeg er lidt i tvivl om, hvad uddannelsen konkret indeholder om dette aktuelt
Derr overlades alt for meget til medicinalindustrien. De offentlige tilbud er alt for få
Det er for tilfældigt, hvad de enkelte har erfaring med. Der er for lidt evidensbaseret psykofarmakologisk behandling. For lidt obligatorisk efteruddannelse

Bilag 8 – den psykotераpeutiske del af speciallægeuddannelsen

Eventuelle kommentarer kan skrives her
De yngre læger er hårdt hængt op af vagter, job skift, U-kurser, opgave osv og har meget svært ved at få det puttet ind i deres travle dagligdag. Der mangler vel osse vejledere. Synes det er synd kognitiv terapi efterhånden efterspørges så ensidigt. Tænker at dynamisk er for kompliceret og tidskrævende at lære og applicere og det er synd. Synes der går megen viden og ekspertise tabt inden for dette område for tiden.
Stort set alle betaler selv for en kompetancegivende psykotераpeutisk udd.
Egenbetaling bør reduceres.
Behov for bedre basal uddannelse i miljøterapi, såvel kognitive som psykodynamiske principper for psykosebehandling, psykoedukation og pårørendearbejde. Gruppeviden for at bedre funktion som teamleder.
Det er for let at få underskrifter.
Der er behov for mere superviseret træning, gerne i forskellige psykotераpeutiske tilgange. Den dynamiske tænkning er væsentlig at kende som forståelse af personale-patient dynamikken i en afdeling.
Den er for løs. Det er for let at få underskrifter.
Det samme som ovenfor
Har ikke baggrundsviden til at svare herpå
Ineffektive metoder er standard, de effektive undervises der ikke meget i
Jeg er selv supervisor i psykotераpi og synes at de yngre læger i uddannelsesstilling har meget dårlige rammer om den psykotераpeutiske uddannelse. Dette skyldes sammenfald af mange ting. Vagter og afspadsering. Dårlige kontorforhold osv
det må vel bero på den enkelte afdelings kapacitet, men indtrykket fra de yngre kolleger er at det er på et rimeligt niveau
selv betalt...
Bør systemiseres yderligere spec. vedr. kognitiv terapi
Man kunne altid ønske sig mere, men det er ikke realistisk i en situation hvor psykologer står for væsentlige dele af terapierne
Jeg har måttet købe dyre tillægskurser for at føle mig ordentligt opdateret i evidensbaserede psykotераpeutiske metoder.
Der er alt for lidt viden om personlighedsforstyrrelser Der er for lidt obligatorisk viden til diverse psykotераpeutiske teknikker Der er for lidt obligatorisk viden om ganske almindelig samtaleteknik
jeg ved ikke hvordan uddannelsen fungerer i dag, så jeg har svaret ja fordi der ikke er noget ved ikke svar
kravene er mindre end i andre lande
Kun dem der interesserer sig for og egner sig til psykotераpi skal gennemgå dette - det er ikke godt med uddannelse af terapeuter som ikke værdsætter metoden

Det er svært at svare på idet jeg jo selv har betalt min uddannelse og brugt min fritid hertil
mere psykodynamisk terapi og mere egenterapi
det er også for lidt
Ja og nej. Jeg mener at kognitiv psykoterapi burde repræsenteres langt mere, det er trods alt den retning som hverdagen rummer tid til, de færreste af os vil få tid til at sidde med individuelle patienter.
Jeg har taget to psykoterapeutiske uddannelser sideløbende - og bruger dette i daglig arbejde, men har ikke længe haft egentlige terapeutiske forløb pga tidsnød og det savner jeg.
Denne del af uddannelsen fylder fortsat meget tidsmæssigt og kunne passende flyttes til en styrkning af den psykopatologiske vurdering
Psykoterapi uddannelsen er overprioriteret. Det store krav om udført psykoterapi og supervision belaster en travl hverdag, hvor man ikke tager højde for det i planlægningen.
1. Den teoretiske del er mangelfuld og fragmenteret2. Den praktiske del er en katastrofe. De yngre læger har værken tid, lokaliteter eller den systematisk vejledning, som kan give dem den viden, erfaring og ro der skal til for at udvikle en tilfredsstillende terapeutisk kompetence.
fylder for meget i uddannelsen
men reelt for lidt tid i dagligdagen hertil
Men psykoterapi er meget tidskrævende og opprioriteres ikke når der er mangel på speciallæger
hvis man ønsker yderligere, vil det være godt med forskellige etaper af forskelligt omfang, som man kan melde sig til individuelt, alt efter interesse og behov
Grunduddannelsen er relativt kortvarig, vejlederuddannelsen bedre. Man kunne samordne uddannelsen for psykiatere/børne- og ungdomspsykiatere og psykologerne, til fælles bedste
Denne del af uddannelsen bør ikke udvides yderligere.
For kort og kvaliteten af den modtagne undervisning og supervision er alt for varierende i kvaliteten.
Ikke i selve uddannelse, men i det gamle Nja, var der god mulighed for at tage psykoterapiuddannelsen bagefter eller sideløbende med speciallægeuddannelsen
1. Den teoretiske del er meget begrænset, fragmentarisk og ujævnt implementeret2. Den praktiske del (terapiplanlægning, udførelse og supervision)er rent ud sagt elendig, og den er blevet stærk forringet i de senere år. Uddannelseslægerne har ikke tilnærmelsesvis den tid, kontinuitet, ro og støtte som det psykoterapeutiske arbejde kræver.3. Det er beskæmmende men efterhånden ikke uforståeligt, at selv kollegaer henviser flere og flere patienter "til psykolog"
al uddannelse ud over det helt elementære, er (for de fleste og også for mit vedkommende) for egen regning. Det finder jeg urimeligt.
tilfredsstillende teori ved Ebbe Kyst, men det halter med praktikken
Det ved jeg ikke
For lidt tid til fordybelse.For få vejledere/supervisorer i kognitiv terapi

Jeg har suppl. taget en et-årig kognitiv uddannelse og en 3-årig gruppeanalytisk uddannelse og mener begge "retninger" kan give deres indfaldsvinkel, hvorfor der bør gives en grundig indføring heri. Den polarisering der er imellem de forskellige terapiretninger (devaluering og kritik m.v.) kan være temmelig ødelæggende og er oftest udtryk for manglende kendskab/benægtenhos de kritiske, ikke særlig professionelt!
Ja uddannelsesprogrammet er godt nok, men der er generelt for lidt tid til at gennemføre terapi og supervision i tilstrækkeligt omfang
Mere kognitiv terapi ønskelig
der bør tilbydes en grundlæggende del hvor alle alle former præsenteres, og derefter et udvidet tilbud om specialisering indenfor det man har interesse for, evt med overlap ind i speciallægetiden
forkert, at psykoterapiuddannelsen øges uden at den farmakologiske uddannelse øges
Den er vel ok - efter at mere tidssvarende terapier (kognitiv adfærdsterapi) er taget ind, men igen er jeg usikker på indholdet i uddannelsen lige nu. OBS: Hvad med den psykopatologiske uddannelse (samt videreuddannelse) !! Mange psykiateres viden om psykopatologi er utroligt ringe !
Medmindre der tages en supplerende psykoterapeutisk uddannelse mhp f.eks. at opnå vejlederkompetence
Vigtigt at y.l. får kendskab til begge de to retninger, KAT og psykodynamisk - og det gør de hvis den kommende revision af psykoterapibetænkning bliver vedtaget.
Der er alt for få psykiatere med vejleder/supervisor uddannelse i kognitiv terapi og dermed bliver grunduddannelsen for dårlig
Min er god nok, men den er også nogle år gammel. Jeg har tre psykoterapeutiske uddannelser, men jeg har jo så også selv sørget for og for en stor del betalt for dem. Sådan var det dengang hvordan den er idag har jeg svært ved at vurdere

Bilag 9

Har De inden for det seneste år modtaget supplerende uddannelse eller kurser? - Ja. Hvilke?
ledelsesuddannelse, efteruddannelseskurser i psykofarmakologi og retspsykiatri samt psykopatologi
Pålagt opdatering i psykofarmakologi for speciallæger 4 dage på SHH -til trods for at jeg året før havde fået lign kurser via res.læge fonden (er afd.læge) Har endvidere kæmpet mig til 2 dage til 1600 kr med Anthony Bateman fra london der holdt seminar i Dk -yderst relevant for mit felt (MBT af BPD) Fik afslag på 1000 kr i okt til 1 dag med Karterud i Roskilde om personligheds diagnostik.Er rasende over det.Været på medicinal firma betalt kursus i ADHD hos voksne.
kognitiv terapeutisk efteruddannelse 16 dage 2 dage om Eating Disorder Examination 2 dage depression og stress samt nogle eftermiddagskurser
DPS efteruddannelse i ADHDKursus i Psykoterapi af personlighedsforst. i OxfordKursus i beha af generaliseret angst, Oxfordkursus i Acceptance and Commitment Therapy, Danmark
mange
Uddannelse i SCID-interviewDeltagelse i DPS årsmødeMøder og undervisning/foredrag fx. i mine interesseorganisationer eller via DPS
jubileumsseminar, gruppeterapiseminar, nordisk gruppepsykoterapikongress, psykoterapiveiledningsmøde, schizofrenidagene
Ved DPS årsmødet marts 2007 AEP's certificat for CME kursus "Principles of psychiatric interview".
DK:2 dages efteruddannelseskursus i bipolare lidelser. Temadag om relationsbehandling. 3 dage med lederuddannelse.Internationalt: 4 dage om specielle gruppeanalytiske behandlingsmetoder. Nordisk gruppeanalytisk kongres. Psykoanalytisk verdenskongres. 2x2dage i fast supervisionsgruppe. Diverse foredrag i psykoterapeutiske selskaber.
For egen regningKongresserOpdateringSupervision
En række ph.d. kurser og kurser som er relevante for mit ph.d. projekt. Desuden et par medicinalindustri sponsorede psykofarmakologiske opdateringskurser.
Fortløbende for egen regning.Supervision.Opdatering.Kongresser.
Kongresdeltagelse (finansieret af et lægemiddelfirma, ikke af arbejdsgiveren)
Kongres i Wien.Kursus i psykopatologi ved Josef Parnas og Ralf H.
psykofarmakologeundervisningledelse
2årig diplomuddannelse i ledelse afsluttetforhandlingskursusECNP-kongres
Kursus i kognitiv adfærdsterapi
psykofarmakologi,4 dage, DPS-regi
psykoterapeutisk grundkursusH-kursus
efterudd. indenfor ledelse, men også efterudd. i psykofarmakologi og andre kl. relevante emner.
Psykofarmakologi
8 forskellige i ind og udland

om adhd og ledelse
Scientific Writing - Aalborg Psychiatric SummerscoolKursus i psykotatologi med professorerne Josef Parnas og Ralf Hemmingsen
psykofarmakologi samt adskillige retspsykiatriske konferencer både i ind- og udland
lederkurserfaglige kurser
kognitiv terapeutisk uddannelseSCID kursusDPS efteruddannelseskursus
psykoterapi uddannelser
OLAU (ledelse og administration)Efteruddannelsesudvalgets kursus i bipolar affektiv sindslidelse
DPS årsmødeMøder i DSBP, DSEPFirmarelaterede møder
Kongresdeltagelse i udlandet
Efteruddannelse i regi af DPS (vist en ekstraordinært beløb i forgangne år):farmakoterapietspsykiatrieneuropsykiatrirelationsbehandlingpsykoedukationflere internationale symposier
Mindfulness
kognitiv
IPSP, psykoterapisupervisoruddannelseAPA-deltagelse gennem flere årADHD studietur til Boston-Medicinalsponsoreret danske kurseruddannelsesansvarlig overlæge- kursusLokalt kbhamtkursus for mellemledere
Psykofarmakologi
kurser indenfor spiseforstyrrelser dels i nordisk regi dels via den europæiske foerening for ED
bipolar lidelse, ADHD-kurser, et kursus om skizofreni, EMDR grundkursus 2, + flere kortere. Ialt 9 hele kursusdage i 2007 + kortere aftenkurser
psykofarmakologikognitiv terapi
psykofarmakologi
psykoterapi og personlighedsforstyrrelser, ikke i DPS regi
Ph.d kurser
Ledelse og coaching.Ledelse og persona- le.Psykiatrilov.Dobbeltdiagnosekonf.Substitutionsbeh.Temadag om OPT osv. osv.
ECNP, Wien Psykofarmakologikursus i Århus DPS, NyborgBipolare lidelser, dps regi 2007
retspsykiatrilovsseminardiv. medicinalfirmakurser
Været på et en-dags seminar om ADHD og som led i min funktion haft nogle halve dage om LEAN.
jeg er i gang med u- kurser.Andre kurser er for dyre, og arbejdspladsen vil ikke betale for små læger
psykodynamisk psykoterapi for børn og unge,
U-kurser i forbindelse med speciallægeuddannelsen og grundkursus i psykoterapi.
psykofarmakologi, ledelse, sikkerhed,
lægemiddelkurser, videreuddannelse i kognitiv psykoterapi, løbende supervision.
SCAN kursus.

Opdatering i psykofarmakologi.Kursus i kognitiv terapi - tildels betalt af mig selv.
deltaget i internationale relevante kongresser og i DPS årsmøde
I DPS regiSamt PH.d kurser
Kursus i psykofarmakologi (medicinalsponsoreret)Deltaget på årsmødet for American Psychiatric Association
Supervisoruddannelse
1. Afsluttet grupeanalytisk uddannelse2. Deltaget i ISPS seminarer om psykose og psykosocial behandling3. Deltaget i seminar om ADHD og af depressionsbehandling
et psykoteraeutisk kursusVidereuddannelsesudvalgets kursus i bipolar affektiv sindslidelse
Deltaget i APA, ECNP og symposier
ECNP, DPS efterudd.
Mindfulness meditation for undervisere i MBCT
Adskillige:1 international kongres, APA2-3 medicinalponsorerede kurser2-3 fagområderelaterede kurser (arrangør)
retspsykiatrisk efteruddannelse
Flere forskellige kurserEr uddannet til vejleder og supervisor i kognitiv adfærdsterapi
kognitiv terapi
kurser indenfor spiseforstyrrelser og psykoteraui,saavel i dk som i udlandet
kognitivt kurser, div kurser i regi af Dansk Psykiatrisk Selskab, adskillige internationale kongresser. Det har været forskellige ikke direkte psykiatrifaglige kurser/udannelse.uundervisning om patientbiblioteket, Pubmed, endokrinologi, cardiologi, neurologi, patienter og pårørende af anden etnisk baggrund og sikkert mere jeg ikke lige kan komme på
mange forskellige kurser: lokalt, DPS-regi, sponsorerede
Som del af min specialistuddannelse til specialist i Klinisk børnepsykologi. Jeg er godkendt specialist i Psykoteraui.
En del faglige symposer om retspsykiatri og behandlingen af sædelighedskriminelle - Verden rundt.
Med mindre kongresdeltagelse og deltagelse i talrige videnskabelige møder tæller som supplerende uddannelse.
Har været på APA, på DPSårsmøde med seminarer samt været på kursus i neuropsykiatri
underviser selv på OLAU og uddansv ovl og vordende speclæ
Hover og bi uddannelse i psykoteraui (til specialist godkendelse)LederkurserFlere kurser i psykopatologi og farmakoteraui (ikke industrisponsorerede)
Uddannelsesregion Nords for speciallæger, bl.a. psykofarmakologi, neuropsykiatri, Liasonpsykiatri.Efteruddannelseskursus i psykiatriloven.Desuden arbejdsmiljøuddannelsen.
1. Afslutning af gruppeanalytisk uddannelse2. Seminar i Interpersonel psykoteraui (IPT)3. Psykose og psykosocial intervention, I, II, under ISPS4. Årsmøde for psykoteraeutiske afdelinger om behandling af personlighedsforstyrrelser

er netop vendt tilbage fra barsel, men er ellers "kursusaktiv" (Dansk Psykiatrisk Selskab, Institut for Rationel Farmakoterapi, supervisionskurser ect.)
et par af DPS kurser og de sidste U- kurser
psykofarmakologipsykopatologiadministration
4 internationale kongresser
En del faglige symposier:Retspsykiatri - nordisk regiBeh. af sædelighedskriminelle - regi IATSOA-PA
LederkurserFaglige kurser med fokus på biologiske/psykologiske/socialle behandlingsformer
Jeg afslutter den gruppeanalytiske uddannelse i år.
psykofarmakologi 2x2 dageKvalitetssikring 2x2 dagemisbrugspsykiatri 2x2 dagepædagogik for læger 4 dageDesuden har jeg undervist på flere kurser om kvalitet, og pædagogik samt patientsikkerhed. Og katastrofehandtering
Psykopatologi, konfliktløsning, metabolisk syndrom
vejleder i individuel psykoanalytisk psykoterapi, er i gang med supervisorudd. i psykoanalytisk psykoterapi
ECNP i Wien(4dage)Betalt af et medicinalfirma1 dages kursus, også betalt af et medicinalfirma
VejlederkursusForskningstræningskursusKursus for kvalitetsnøglepersonerKurser i DPS-regi
Kursus i sygdomslære/psykopatologi, interviewteknik, 2 internationale kongresser
Ikke egl. kurser, men deltagelse i ECNP samt en del symposier og møder holdt af medicinalindustrien - med meget stort fagligt udbytte.
forskningsuddannelse (ph.d.) og uddannelse i kognitiv terapi
3 år uddannelse i korttidsterapi,kurser vedr. skizofreni,kurser i evidensbaseret medicin.
forskellige korte kurser i med.firma regi.LAS II,adm. kursus, led i speciallægeudd.
DPS årsmødeLokale kurser/møder/supervisionAfdelingen har ikke penge til at sende os til internationale kongresser. Da jeg ikke ønsker at have kontakt med medicinalindustrien, er jeg "udelukket" fra deltagelse.
Efteruddannelseskurser for psykiatere ansat i Århus Amt.

Bilag 10

Har De inden for det seneste år deltaget i farmakologiske kurser? - Ja. Hvilke?
Både nationalt arrangerede og regionalt arrangerede
Se ovenfor.
ikke egentlige kurser , men dog gennemgang af Regionens anbefalinger on antipsykotisk behandling
Region Midts
Bipolære lidelser indeholdt afsnit om psykofarmakologi.
2 begge arrangeret af industrien
Finanserede af lægemiddelindustrien
ECNP
Opdfatering af rationel pharakoterapi
se tidl.
Århus amts kurser for speciallæger og et par kurser arr. af med. industrien.dertil opdatering på euro-pæiske kongresser.
atypiske neuroleptika
Integreret i kongresser
lilly psykiatridagebeyond remission in ssciz.and bd (jans.cilag)misbrug (SHH)
et par kurser tilrettelagt af dansk psykiatrisk selskab
kursus i psykofarmologi arrangeret i samarbejde med medicinalfirma
Ikke deciderede kurser, men ECNP-kongres
DSBP
ja, dps
kun aftenmøder, der ikke er egentlige kurser
medicinal opdateringer
Boston, Behandling af ADHDløbende kongresdeltagelse med fokus på bl.a medicinering
Flere internationale psykofarmakologiske kongresser i USA og Europa
psykofarmakologi, BMS
Lundbeck expertpanel om escitalopram
H:S "psykofarmakologi for speciallæger".Jes Gerlach: månedlig u.v. på SHH.Symposium om substitu-tionsbeh.Diverse industriarr.osv.
medicinindustriens
jeg ved ikke at man kan kalde dem for kurser, jeg deltog i arrangamenter holdt af medicinal firmaer. Ellers har jeg ikke været på farmakologiske kurser.
Psykofarmakologi for børn og unge
APA i san diego, BMS kursus i psykofarmakologi (godt!!)
Lilly dage?

Jeg ønsker mig til næste år at komme på farmakologisk kursus på sommer school i Aalborg.
Opdatering i Viborg, puljepenge (husker ikke navnet på disse kurser)Kurser sponsoreret af medicinalfirmaerDPS om bipolar sygdom
Kursus i psykofarmakologi (Bristo Myers Squibb)
Seminar om ADHD og om Depressionbehandling, med fokus på den farmakologiske side af behandlingen
medicinalspenserede
arrangeret af medicinalfirmaer
Kursus på Hesselet
senest, MBS's efterårssymposium
Kursus i psykofarmakologi for læger i Region Nord
efterudd for speciallæger
Dansk Psykiatrisk Selskab
Undervisning arrangeret af medicinalindustrien og midler ved demens, antidepressiva, og vist også lidt om antipsykotika
Men jeg underviser ved u-kursus i farmakologisk emne.
Kurser udbudt i uddannelsesregion Nord
Som skrevet ovenfor.Desuden forskellige via medicinalindustrien
er netop vendt tilbage fra barsel
U- kursus sat et par industrisymposier
Jeg har været påkursus i psykofarmakologi
H:S kursus
Lokale kurser
LÆgemiddelsponsorerede temadage om ADHD, angstbehandling m.v.
4 dags kursus arrangeret af Region Midt/nord
ovenstående
Kurserne i DPS- regi har haft farmakologisk indhold
På kongresser og andre fora deltaget i en række symposium omhandlende psykofarmakologi.
obligatorisk U-kursus i farmakologi
Lokale kurser, herunder månedlig undervisning af "ekspert"
IRF'sDet før omtalte efteruddannelseskursus for psykiatere i Århus AmtJeg deltager i alle de sponsorerede seminarer, jeg kan overkomme, der afholdes af medicinalindustrien

Bilag 11

Hvem har arrangeret disse kurser?
regionen og nogle arrangeret af medicinalindustrien
PEUH:S
formentlig HS
Det offentlige
DPS
lægemiddelfirmaer
kongres
?
se tidl
fremgår af foregående svar.
med. industrien
Div psyk selskaber, DPS, Det europæiske psyk. selskab, ECNP
dps
Bristol Meyer Squibb
ECNP
DSBP
dps
industrien
medicinalindustrien
APA & ECNP
Bristol Meyer-scquib
Medicinalindustrien og lokale hospital
H:SSanct Hans HospitalDansk selskab for addiktiv medicinLægemiddelindustri.
Industrien
firmaer og DPS
Forskellige medicinal firmaer
Psykiatrien i region nordjylland
`BMS
Lilly
Uddannelsesafdelingen i Risskov og medicinalfirmaer
Bristol Myers Squibb
Medicinalfirmaer
medicinalfirmaer
Industrien sammen med selskabet!!!
Medicinalindustrien

Uddannelsesafdelingen, Psykiatrisk Hospital i Århus
uddannelsesafdelingen på psykiatrisk hospitali samarbejde med undervisere
som anført DPS samt et par industrisponserede kurser.
Som anført i forrige.
Uddannelsesregion Nord
uddannelsesafdelingen, RisskovDPS
Lilly, Astra Zeneca samt kursusudvalg
Bristol-Myers Squibb
H:S nu Region Hovedstaden
Ikke-industri-afhængige. Arrangeret lokalt
Lægemiddelindustrien
Region Midt/Nord
psykiatere og medicinalfirmaer
Dansk Psykiatrisk Selskab
Faglige foreninger og medicinalindustrien
arrangeret lokalt uden økonomisk støtte
Det har jeg vist svaret på

Bilag 12 – den generelle indlæggelsestid for alvorligt syge patienter

Eventuelle kommentarer kan skrives her
I vores aktuelle organisering af psykiatrien er indlæggelsestiden ALT FOR KORT for de allermest syge, formentlig pga for få LUKKEDE sengepladser i almenpsykiatrien
Det værste er at på mit center (BBH) forgår udredning og behandling på senge afsnit ikke på noget der bare nærmer sig speciallæge niveau. Der er ikke tid og ekspertise til at finde ud af hvad ptt fejler og behøver af behandling og til at følge op. Det er svært belastede ptt, socialt, somatisk, de er etniske og ofte retspsykiatriske. I mine øjne er grænsen for længst overskredet for hvad der er etisk og fagligt forsvarligt. Jeg ville gøre alt for at mine pårørende el jeg selv ikke skulle indl her i tilfælde af alvorlig psykisk sygdom. Det er et mirakel at det ikke oftere går galt end det gør, men kvaliteten er altså efterhånden i bund. Samtidig tages alle spec læger (de få der efterhånden er tilbage) ud en hel dag til at derøfte værdier - det opleves som at male gelændere mens Titanic synker!!! Jeg havde min første sygedag i 3 år pga kvalme den dag. Muusman er hidkaldt til at lave en undersøgelse, men det ligger allerede så godt som fast at forandring ikke må koste. Jeg tror ikke på det er muligt. Mener min Centerleder har påtget sig en umulig opgave. Jo før det meldes ud til politikerne jo bedre. Det skattestop er uholdbart.
på åbent afsnit gentagne gange skulle vurdere hvilke pt var nødt til at blive udskrevet af hensyn til pladssituationen. Mange gange havde pt profiteret af længere indlæggelse og bedre planlægning og koordinering af udskrivningen
Indlæggelsestidens længde vil være meget afhængig af kvaliteten af den aftalte efterbehandling og muligheden for langsom udslusning af pt. Gode efterbehandlingstilbud med tæt kontakt kan mindske behovet for indlæggelse
Det er ofte umuligt at indlægge behandlingstrængende patienter på frivilligt basis. Sengeafsnittet lukker ofte for disse patienter og tager kun imod patienter, der kommer ind under psykiatrilovens §5
Afhænger af afdelingens holdning og rummelighed, personalets observationsevne og lægernes erfaring.
Ikke færdigbehandlede
Enten skal indlæggelsestiden være længere (flere senge) eller vi skal have andre muligheder for asylfunktion til de der har behov for lang tids ro/rammer/stabilisering
De er ikke færdigbehandlede.
De afhænger af, om der er en distriktspsykiatri, som kan tage over straks ved udskrivelse, og som har den fornødne kapacitet til at varetage opgaven. Den distriktspsykiatri, der ikke er der, fungerer ikke optimalt.
Det gælder ofte om at finde den mindst dårlige pt. i pressede situationer
det er svært at svare entydigt på, men visse pat burde være indlagt noget mere, - og det lader sig dårligt praktisere idag
Jeg kan ikke få indlagt mine svært deprimerede patienter til behandling
jeg vurderer ganske mange psykiatriske patienter og læser i den forbindelse hospitalsjournaler

alt for sjusket og tidspresset.
Arbejder på gerontopsykiatrisk afdeling hvor der ikke er voldsomt pres for at udskrive patienter for tidligt
der er relativ sengemangel
Ptt udskrives så snart de kan "klare det", så vi får ikke justeret medicin i mere stabil fase, og lægedækningen i distriktskykiatrien er ikke tilstrækkelig til dette.
Skizofrene ptt kan ikke nå at "hele op" i aktivt psykiatrisk behandlingsmiljø med de nuværende få sengepladser som sygehusejerne (politikere) stiller til rådighed. Dette medfører utilfredsstillende behandlingsresultater for patienterne (og deres pårørende) og genindlæggelser. Efter min opfattelse kan dette problem ikke løses med distriktskykiatri.
Den medicinske behandling er ikke fuldt indstillet ved udskrivning
Sengekapasiteten og undervisningsniveauet er ikke tilstrækkeligt. Generelt er der alt for lidt supervision af personalet
Det er uetisk at skulle udskrive pt. som profiterer af indlæggelse pga. af pres på pladserne. Den samlede arbejdstid der går med visitation på urimelige vilkår er alt for stor. Psykiatrien bør have kapacitet til at være akut asyl for de pt. som møder om natten og har brug for hjælp - det strider mod al meneskelighed at skulle afvise dem.
Indlæggelsesbehovet er altid en vanskelig balance mellem den kortsigtede sikkerhed/støtte og den langsigtede kompetence hos patienten. Af og til udskrives patienter for tidligt uden grundlag i denne balance. Så af og til er den "for kort".
Nogen bliver udskrevet alt for hurtigt pga plads mangel
I det daglige får jeg fornemmelse at vi kun lige når at "slukke brande". der hvor jeg arbejder er der aldrig elektive indlæggelser og pt. udskrives ofte pga manglende sengepladser.
For få sengepladser, og dermed konstant overbelægning og udskrivelser for tidligt er en daglig stress faktor, da det giver dårlige patient forløb, hvilket er faglig utilfredsstillende.
Der er alt for få efterbehandlingstilbud/botilbud i kommuner og regioner. Der er herudover ofte en stor kløft mellem, hvordan socialpsykiatrien og hospitals/distriktskykiatrien arbejder og især tænker.
Man glemmer sygehistorien udskriver tvangstilbageholdte og tvansindlagte patienter for hurtigt medførende at det på langt sigt kræver flere senedage
For kort for de sygeste eller for dem som befinder sig i deres kritiske faser af behandlingen. Og for dem med komorbiditet, misbrug, personlighedsforstyrrelser mm
Det er i vores regi muligt at have lange indlæggelser, når det skønnes nødvendigt.
Det forekommer mig at indlæggelsestiden er meget individuelt fra sygehus til sygehus. Der er brug for meget lange indlæggelser til få men svært syge, dom til behandling og ikke mindst svært psykisk syge som har terminal legemelig sygdom og som ikke kan være på et alm. hospice
Der mangler længerevarende indlæggelsesmulighed for relativt behandlingsrefraktære især skizofrene pt.
passende for de pt med spiseforstyrrelser som min enhed har ansvar for
Det er hjerteskrærende så syge patienterne skal være for at få lov at blive indlagt, og så hurtigt de bli-

ver udskrevet igen. Det er bare ikke alle psykiatriske patienter der kan behandles ambulant.
Negativt set kan de psykiatriske sengeafdelinger betragtes som en af de største økonomiske for- brydelser i landet
nogle burde være indlagt længere (især i overbelægningstider), andre kortere (manget på relevant botilbud)
Jeg arbejder aktuelt i et ambulatorium
Generelt er nogle nok indlagt for lang tid, mens andre er indlagt for kort tid.
En del indlæggelser kan undgås, eller afkortes, hvis der følges tilstrækkeligt tæt op derhjemme med direkte besøg suppl. med telefonrådgivning efter behov til patient og pårørende
Vi plejer heldigvis at have mulighed for at kunne beholde de mest syge indtil der er arrangeret pas- sende opfølgning. I det gamle Ringkøbing amt er socialpsykiatrien godt udbygget og har derfor kun- net tilbyde godt samarbejde og opfølgning på indlæggelser
Specielt for de mest syge opleves indlæggelserne og udskrivelserne som forjagede. Hvis de ambu- lante tilbud til de mindre syge (større kapacitet hos praktiserende psykiatere og psykoterapeutiske afdelingerne) var bedre ville presset på sengeafsnittene måske blive mindre?
al for kort med genindlæggelse kort tid efter udskriv.
Jeg har i 9 år varetaget akutpsykiatri og vanskeligt behandlelige patienter i 1-3 lukkede sengeafsnit á 10 sengepladser.
Indlæggelsestiden tilpasses mulighederne...Der er fortsat alt for mange svingdørspatienter og patien- ter, der afvises. Dette gælder især for dobbeltdiagnosepatienterne
For det meste bliver de patienter, der har haft svære psykoser udsluset langsomt fra afdelingen og går evt. over til amb.status en periode inden de afsluttes til distriktspsykiatrien / prakt. psyk. eller e.l.
Det kan ikke besvares enkelt, men der skal være plads til at gennemføre medicin justring , absti- nensbehandling og tilstrækkelig diagnostisk udredning.
For få sengepladser medfører hurtigere udskrivning osv
Utallige problemstillinger kunne imødegås, særligt uhensigtsmæssig polyfarmaci og socialpsykia- trisk rod, med lidt længere indlæggelsesforløb og, formentlig forebyggende effekt i forhold til antal og varighed af fremtidige indlæggelser.
generelt er pt. blevet dårligere, både psykisk og fysisk, end for 20 år siden
Oplever, at tidspresset forværrer (nydebuterede) skizofrene ptt.s tilstand og gør det meget svært at behandle dem ambulant. Meget psykotiske og angste ptt. udskrives til eget hjem (vi har også alt for få sociale døgnpladser, som de er bange for at være (alene) i).
For de svært skizofrene, med dårlig kontaktevne er indlæggelsestiden ofte for kort. Og afdelingerne sander til med kroniske patienter, de ikke kan få udskrevet.
Indlæggelsestiden tilpasses antallet af sengepladser og ikke patienternes behov. Alt for mange afvi- ses i akutpsykiatrien eller har for lange ventetider til specialiserede tilbud. Dette gælder ikke mindst doppeltdiagnosepatienterne
Det kunne der skrives bøger om. Patienterne skal nærmest være døden nær for at blive indlagt og de udskrives næsten inden de er kommet ind. Det er dybt utilfredsstillende

Bilag 13

Er der andre behandlingsformer, De gerne så indført eller fremmet? - Ja. Hvilke?
ovenstående er jo meget snævert. Psykoedukation, pårørende arbejde, herunder fokus og sikring at ptt's børn, rehabilitering -at få en plads i samfundet, anerkendelse. Synes der mangler specifikke tilbud og mere assertive tilbud tilfx Borderline ptt der der for dårlige til gruppe psykoterapi. Opus tanken burde udbredes til andre målgrupper og forlænges i tid. Mulighed for second opinion mere udbredt. Liaison (somatiserings tilstande) bedre udbygget. Subspecialisering i transkulturel psykiatri osv. Øget fokus på køn (få fler mænd i behandling) og etnicitet (have appel til etniske minoriteter) Fx kvinde afd, særlig kost, info materiale på hovedsprog osv. Synes det er vigtig vi holder os til at behandle psykiatriske lidelser og ikke udbreder til almen området - det varetager andre bedre.
hos psykotiske pt er medicin naturligvis meget væsentligt. samtalerapi skal forstås bredt som samtale mellem en pt og en fagperson mhp at forstå sin situation og sine symptomer og takle dem bedst muligt
Ovenstående behandlinger er væsentlige men afpasses i forhold til den enkelte pt. Det er også væsentligt at være opmærksom på fysisk helbred, kost, konkurrerende sygdomme og forhold til pårørende. Jeg så gerne fremmet fokus på somatiske forhold, brug af somatisk undersøgelse og laboratorietjek, også i praksis
socialpsykiatriske
Psykoedukation både af patienter og pårørende. Miljøterapi.
Miljøterapi, psykoedukation, træning af sociale færdigheder såvel i netværket som i samfundet.
Kunstterapi, musikterapi, haveterapi, og bedre mulighed for hurtig kvalificeret psykoterapi til lettere depression, angst mv
Tæt samarbejde med kommunernes socialpsykiatri (hvis man kan kalde det behandling, men det er i hvert fald vigtigt)
Bedre socialpsyk. tiltag
gruppebehandlingstilbud til pt. og pt.+pårørende til skizofreni, bipolar aff., depressive.beh. til somatiseringstilstande Liaisonpsykiatri
EMDR
Psykoedukation Pårørende/familiearbejde
psykoedukation pårørende inddragelse i højere grad
ECT behandling
psykoeducation
Systematisk undervisning af pårørende og varetagelse af patienternes børns interesser
Akut modtagelse af ptt. i starten af sygdomsudviklingen i hensigtsmæssige, rolige omgivelser med et professionelt, "kærligt" personale. Det giver et hurtigt behandlingsresultat og trykke patienter som accepterer ambulant behandling med god compliance.
Sociopsykiatrisk indsats er afgørende i nogle sammenhænge. Miljøterapi i Daghospital (herunder de øvrige nævnte terapielementer og gruppeterapi)

Bedre socialpsykiatrisk behandling i et samarbejde imellem psykiatere og kommunerne
Grundliggende kendskab til reaktioner
Socialpsykiatri er også en væsentlig bestanddel, indgår oftest i det ambulante arbejde
Mentaliseringsbaseret psykoterapi
Kvalificeret sygepleje som er teoribaseret og superviseret. Færre vikarer. Miljøterapien er ikke in- gegreret mellem læge og øvrigt personale. Forbillede sankt hans hospital afd. m
Soc. problemer burde løses langt mere effektivt - kompromitterer ofte øvrig beh.
Bedre somatisk us. af psykisk sygeBedre kostvejledning
musikterapi, musikterapi og musikterapi
ECT skal ikke glemmes.Ja, der kan da være enkeltsituationer eller mindre patientgrupper, der har glæde af andre tiltag - ligesom svaret på forrige spørgsmål er en generalisering, for ellers skulle jeg svare "afhænger af den enkelte patient". Men nye tilbud i et lille land som Danmark vil være svære at fastholde, hvis det ikke er eklatant bedre end de øvrige.
familiebehandling/familieterapi
Generelt er der for lidt miljøterapi på de travle afdelinger.
ergoterapi og fysioterapi
Samtalerapi ikke til alle eller i modificeret form, støtte og kontakt til alle.Måske skulle man også kunne eksperimentere noget mere
ECT
Eduktion om sygdommenMulighed for kontinuitet i bahndlingen
Miljøterapi
mulighed for aktivering ved fx. egentlige arbejdsfunktioner
Kortere langerevarende Dagafsnitsforløb, mere fysioterapi og mulighed for psykolog forløb, og me- get mere
Hvor henne _Hos mig eller i afdelinger Uklart sp'rgsm[l
Mulighed for undervisning og beskæftigelse af længeretidsindlagte pt.
Kognitiv adfærdsterapeutisk miljøterapi
I behandlingen af demens ser man ind i mellem tiltag som man ikke umiddelbart vil benævne som terapi, men som patienterne har stor glæde/gavn af f.eks er der i Århus en demenskafé for yngre de- mente og deres familie og venner.Husk iøvrigt elektrochock, der er en god behandling for mange.
psykoedukation på alle niveauer
Netværksarbejde
Miljøterapi under indlæggelse
Større mulighed for systematisk motion. Behandling i større grad af fysioterapeut sideløbende med psykoterapimusikterapi, tilbud om rygeafvænning på linie med fysisk syge.
billedterapi, psykoedukation, arbejdsstræning, pædagogiskbeh
Det er vel ikke en egentlig behandlingsform men focus på relationsbehandling og mestringsstrategier er vigtigt. Der er brug for styrkelse af dette både under undlæggelse og ambulante.

Psykoterapi, inklusive interpersonel terapi. Musikterapi pædagogiske/miljøterapeutiske tiltag, ja, vel nærmest "psykisk genoptræning", f.eks. efter svær depression
psykoanalyse
fysioterapi samt tiltag a la meget gamle dage med nyttigt arbejde
Værksteder, cafeer med patientinvolvering, gode gymnastiksale og motionsrum også for frihedsberøvede og varetægtsfængslede
Miljøterapi under indlæggelse
Træning af sociale færdighederPsykoedukationkognitiv terapi
DER vil være forskellige behov i forskellige faser. Hospitalsindlagte ptt. har som regel behov for såvel psykofarmakologisk beh., samtaler og evt. senere terapi som tværfaglige aktivitets- og træningstilbud.
psykoedukation af såvel patienter som pårørendeBørne grupper
Kognitiv terapi på højt niveau, gerne i grupper.
et behandlingstilbud der binder ovennævnte retninger sammen, herunder udvikling af egentlige specialister i, klinikker eller afdelinger for rationel farmakoterapi
MiljøterapiKognitiv adfærdsbehandlingSpecialiseret behandling til personer med personlighedsforstyrrelser
Social rehabilitering
Mere fokus på motion og somatik (cf. metabolisk syndrom, men det er måske mere en opgave for socialpsykiatrien at udføre det rent praktisk). Aktuelt beskæftiger (vores) socialpsykiatri sig meget med alternative behandlingsformer. Generelt prioriterer jeg evidensbaseret beh. - derfor har jeg intet specielt ønske om musik m.m - som jeg ikke synes burde rubriceres sammen med "motion".
mulighed for mere intensiv samtalerterapi er stort set fraværende ifm. indlæggelse på hospital pga. tidspres. Psykiateren reduceres til den der opstiller en behandlingsplan og udskriver medicin. Mulighederne af psykoterapeutiske interventioner udnyttes ikke tilstrækkeligt.
Træning af sociale færdigheder.Psykoedukation.Familiebahending.Styrkelse af samarbejdet mellem "de proffessiolle"
Mere miljøterapi på et noget højere fagligt niveau end man ser idag.

Bilag 14

Ser De fordele ved polyfarmaci i forhold til antipsykotisk medicin? - Ja. Hvilke?
Det er vigtigt at understrege at dette kun gælder den type af patienter jeg behandler, nemlig svært behandlelige skizofrene, som ikke har tilstrækkelig effekt af et præparat eller som får bivirkninger ved høje doser af et enkelt præparat
bruger af og til truxal som pn, fordi det er billigt og ikke vanedannende.15-25 mg.Evt sm med mindre fast odsering af fx seroquel 25-100 mg.Dog meget sjældent.
indimellem kan man klare sig med mindre dosis af to præo. med færre bivirkninger til følge
Ved svære bivirkninger og behandlingsresistent kan behandling med to antipsykotika givet optimeret effekt med færre bivirkninger. - noget jeg ikke anvender på de ptt. jeg har i speciallægepraksis
sedation
I omstillingsfaser og i individuelle tilfælde. Men ikke ideelt.
Forskellig virkningsprofil.
I nogle tilfælde kan man undgå bivirkninger ved at reducere dosis og i nogle tilfælde kan man suplere med højdosis præparater som p.n. ved behov for sedation.
hos behandlingsrefraktære patienter ved bivirkninger
Da vi i hospitalssektoren behandler de allersygeste og -vanskeligste, kan det hænde, at jeg prøver mig frem med forskellige kombinationer, når alle andre muligheder er udtømte. Og det sker faktisk jævnligt.
kan minimere bivirkningerKombination med truxal, da benzodiazepiner er blevet blacklisted
Kombination af langtidsvirkende og mere umiddelbart beroligende midler som fx truxal
Pt siger han har det bedre
under et præp.skift får pt.det af og til så godt at jeg fortsætter med kombinationen
flere receptorer er en fordel
Kan være nødvendigt indimellem,men ikke som hovedregel
men kan vel være nødvendigt i visse tilfælde
Mindskning af bivirkninger
Sommetider behov for sederende antipsykotika i kombination med standardbehandlingen
Ex 1. Mange har glæde af Abilify, men kun få kan nøjes med det alene.Ex. 2. Tillæg af mindre dosis med sederende/angstdæmpende virkning til natEx. 3. Leponex er nødvendig; dosis kan holdes lav(ere)
I behandling af sværere depressioner kan man af og til optimere "target" i behandlingen og minimere(sprede) bivirkningerne
Undtagelsesvis kan der ses fordele hos terapieresistente patienter
Mange præparater angriber flere receptorsystemer og hvert præparat kan derfor i sig selv ses som polifarmacy. Det er derfor naturligt at ville fremme angrebspunkter på enkelte receptorer, Eksempelvis Abilify med partiel dopaminagonisk virkning med Zeldox med 5HT"-funktion med henblik på

aktivering af negative symptomer præfrontalt.
abilify i komb med sederende ap
Nogle ptt. har ikke tilstrækkelig gavn af typiske eller atypiske antipsykotika og har også problemer med compliance. Hos disse ptt. kan med fordel anvendes et depotpræparat kombineret med Leponex (som også er et atypisk antipsykotikum)
Svært syge profiterer ofte af kombinationsbehandling
Evt. undgåelse af benzodiazepiner. I visse tilfælde bedre effekt (+ clozapin f.eks.)
På grund af bivirkninger ved dosisøgning af et middel kan det i få tilfælde være nødvendigt med en kombination
For nogle patienter kan supplement med antipsykotikum med andre bivirkninger (f.eks. sedation, appetitøgning) være en fordel oven i en basisbehandling med mindst mulige bivirkninger.
Lavere dosis giver færre bivirkninger fra det enkelte præparat. Man kan nogle gange få bedre effekt ved at supplere med flere præparater. Det kan være en fordel at supplere depot præparat med et andet præparat, som hurtigere kan reguleres ved behov.
bivirkninger kan evt undgås eller udnyttes eks sedativ effekt til natten
visse svært behandlelige kan have fordel af en kombinationsbehandling selvom det generelt bør søges undgået.
Til meget syge kan der være noget at hente. (selvom jeg ved, at man officielt fraråder dette)
Hvis der er bedre effekt af to præparater fremfor større dosis af et enkelt præparat
At nogle antipsykotika er sederende, medens det måske mest virksomme ikke er
patienterne har brug for det - for at komme sig hurtigst muligt så de kan udskrives så overbelægnin- gen kan komme ned
Det kan ofte være en nødvendighed, da et præparat ikke har tilstrækkelig effekt.
For svært syge, ikke nydebuteret: 1. Depot og peroral (lettere justerbar) 2. Færre bivirkninger- bedre effekt ved to forskellige præparater. 3. et præp. ikke optimal effekt
Det kommer da helt an på hvilke præparater der menes til hvilke patienter
I princippet nej, men:
mulighed for at reducere bivirkninger ved at gå ned i dosis og supplere med andet præparat med anden bivirkningsprofil
ved manglende effekt af monoterapi
bedre effekt - men det afhænger naturligvis af, hvorfor man får antipsykotisk medicin.
Ofte har patienter gavn af kombination af to forskellige antidepressiva. Mange patienter får både medicin for demens og et/to antidepressiva. Kun i enkelte tilfælde suppleres med antipsykotica
ofte større effekt ved færre bivirkninger
Det kan jeg ikke kvalificeret udtale mig om
I retspsykiatrien er det ofte nødvendigt med to antipsykotika for at pt. er apsykotisk - trods høj dose- ring

I princippet mulighed for 'bredspektret' behandling. I praksis ofte et nødvendigt onde.
Det er formentlig ofte i større grad personalet der " behandles " på ved polyfarmaci. - ofte er det bivirkninger der udnyttes.
færre bivirkninger bedre behandling og bedre komplians
Ved svært behandlelige psykotiske sygdomme hos yngre.
kan være nødvendigt med antidepressiva eller kortvarigt benzodiazepiner
Hos visse svært behandlelige patienter kan p.f. mindske alvorlige bivirkninger som f.eks. metabolisk syndrom o.a. uacceptable bivirkninger.
Færre bivirkninger.Kombinationsbehandling kan medføre færre bivirkninger=større compliance.Ved brug af antipsykotik som pn. medicin kan benzodiazepiner evt. undgås.
Titreering til bivirkningsniveau, hvorefter andet præparat kan give suppl. effekt
Det kan ikke besvares generelt. Det kommer an på sygdomsfase og diagnose
blandt få med partielt respons kan tillæg af et yderligere antipsykotikum have yderligere effekt
man kan udnytte forskellig virkningsprofil
I udvalgte tilfælde ender pt. med at være mere velbehandlet med færre bivirkninger.Undgår generelt polyfarmaci
Større behandlingsrespons/effekt, mindre forpinthed.
Mere individuelt ("skræddersyet") tilpasset beh.
visse patienter kan ikke behandles med monoterapi

Bilag 16 - fordele ved polyfarmaci i forhold til antipsykotisk medicin

Eventuelle kommentarer kan skrives her
Ny Ap er meget dyre og vore ptt ofte fattige. Dårlig kopliance delvis pga dette.
det er et meget begrænset antal psykotiske ptt. jeg har i behandling, idet jeg henviser til DPC eller andet amb.
tværtimod
Polyfarmaci er generelt for udbred da det kræver omhu og mere tid at få patienten ud af medicinen end blot at fortsætte fortidens synder
Spørgsmålet er ikke klart defineret. Er tillæg af truxal i ikke-antipsykotiske doser "polyfarmaci"? Det kan hos en mindre gruppe af svært syge være nødvendigt at kombinere flere antipsykotika. Psykiatrien er langt fra det eneste speciale hvor der er en sådan praksis (infektionsmedicin, epileptologi, onkologi)
Arbejder på gerontopsykiatrisk afdeling og har således ikke fx skizofrene blandt patienter der findes ikke medicin uden bivirkninger
Der er helt givet patienter som får alt for mange antipsykotika i alt for høj dosis fordi der er et påtrængende behandlingsbehov, men pågældende er behandlingsresistent mod antipsykotika. Her ser jeg gerne universitetshospitaler gå forrest med at gennemføre systematisk kortlægning af lægemiddelleffekten hos den enkelte og derefter evt. konkludere, at denne pt ikke bør behandles med et lægemiddel, som ikke har effekt. Man må klare sig med sidative, hypnotika eller andre afhængig af de dominerende symptomer. Anticonvulsiva kunne komme i betragtning ved aggressiv adfærd - osv.
Yderligere kan meget langsom leponexbehandling kombineres med gradvis øgning af atypiske antipsykotika eller den klassiske: Zyprexa om aftenen, Zeldox/Abilify om morgenen
Tåles bedre
Polypharmaci er nødløsning hos meget syge patienter
Vanvittigt ensidigt at være imod polyfarmaci. Det handler om at lindre patienternes lidelse med mindst mulig skade.
Jeg synes effekten er det samme, med mindre drejer det sig om en meget kronisk og behandling resistent patient
Sundhedsstyrelsens retningslinier indenfor antipsykotika er ikke altid realistisk på et sygehus med svært psykotiske pt. med brug for p.n. medicin, mm.
Det er svært stiltiende at acceptere, at man skal stoppe ved kun et præparat, når pt fortsat er forpint og psykotisk
Vi anvender ofte tillæg af f.eks. truxal som sederende og angstdæmpende medicin, når grundpræparatet ikke er sederende.
D[rligt sp'rgsm[l
En mindre del af især skizofrene pt. responderer ikke tilstrækkeligt på behandling med kun 1 antipsykotisk middel, selv efter at have forsøgt 2-4 forskellige. Bedring kommer først efter kombination af flere antipsykotiske midler

Mit patientklientiel er lidt atypisk set i forhold til psykiatrien generelt
hvis der er effekt, er det vigtigt at holde pt på depot, hvis muligt i stedet for at skifte til udelukkende Leponex f.eks., så hellere overveje en kombination for at få en endnu bedre effekt hvis muligt
Dem, der taler mod polyfarmaci, refererer altid til undersøgelser, hvor patienterne er selekterede i en grad, så ingen retspsykiatriske patienter kunne deltage i undersøgelsen.
jeg er i en akut modtage afdeling og her kan der i de mest akutte situationer være brug for polyfarmaci, men dette søges seponeret når der igen falder ro på.
polyfarmaci er selvfølgelig nødvendig af og til, men det enkelte antipsykotikum skal afprøves og ikke blot suppleres efter for kort afprøvning
Kan være nødvendig i kortere periode ved præparatskift.
Benzodiazepiner er i de tidlige behandlingsfaser af psykosetilstande udtalt angstlindrende
Enkelte patienter kan dog profitere af behandling med 2 antipsykotiske præparater.
en uhyggelig stor andel ptt modtager ureflekteret polyfarmaci
Polyfarmaci bruges givetvis i en række tilfælde som udtryk for frustration over at ptt. i virkeligheden er behandlingsrefraktære. Så måske den bedre effekt af polyfarmaci mere er et ønske end virkelighed.
Det virker rationelt at kombinere aktiverende og sederende præparater. Også at tillæge præparater m.h.p. at øge kognition og minimere - især metaboliske - bivirkninger. Men mere end 2 stoffer synes jeg, er noget rod.
Men vi kommer alligevel let til at bruge polyfarmaci - fordi vi har tid nok, og fordi opfølgningen ikke er tilstrækkelig.

Bilag 17 - fremtidsperspektiver ved forsøg med medicinfri behandling af debuterende skizofrene

Eventuelle kommentarer kan skrives her
Den viden vi har i dag peger på at vi, jo tidligere vi iværksætter behandling, kan bedre langtidsforløbet. Imidlertid er det jo sådan, at det ikke kan udelukkes at man i fremtiden finder evidens for at behandling på anden vis kunne være ligeværdig eller bedre, og så ville man kunne tænke anderledes
Så længe forskningen tyder på at DUP (varighed af ubehandlet psykose) korrelerer med dårligere prognose, så bør man behandle (også) medicinsk fra debut
Men der er dokumentation for perspektiverne ved medicinfri observation; mens diagnosen afklares - det er der sjældent mulighed for i DK.
compliance
Skeptisk. Men vigtigt at det ikke bliver et enten eller. Nogle patienter klarer sig uden medicin og de skal selvfølgelig ikke have det. Nogle patienter har ikke god effekt af medicin og de skal i nogle tilfælde heller ikke have det.
Risiko for at anvende mange ressourcer på nogle få udvalgte patienter. Og kan forskningsresultater fra sådanne forsøg mon generaliseres til de øvrige cirka 20.000 i sz-spektret?
men det afhænger naturligvis af hvilke symptomer, der er mest fremtrædende
det er en biologisk sygdom
Vi skal lindre patientens pine!
Stor risiko - lille potentiel gevinst
Jeg behandler meget få skizofrene patienter, og føler mig ikke fagligt i stand til at besvare spørgsmålet. Umiddelbart kunne man jo forrestille sig at gøre forsøget med skizofrenia simplex-patienter, men der måtte alternativt sættes massivt ind med andre behandlingsformer
Skizofreni er neurotoksik - pas på ikke at skade unge menneskers hjerne på velmenende dårligt underbygget eksperimenter
For etablering af en god alliance er medicinfri behandling et godt udgangspunkt - risikoen er teoretisk, at patienten udvikler større vulnerabilitet end hvis behandlet (kindling), men aktuelt behandles nogen ikke produktivt psykotiske med antipsykotika uden at vi ved, om det forårmer deres psykiske udvikling unødigt.
NEJ, NEJ, NEJ, Al evidens taler imod
Det er helt uetisk. Forskning tyder klart på at ubehandlet psykose skader hjernen og forværrer prognosen.
Vi har aktuelt en 39-årig kvinde indlagt med første episode. Hun er bedret væsentligt efter 8 ugers ophold i et struktureret miljø i afdelingen
Hvad vil I med det spørgsmål, - hedder det ikke behandling jo før jo bedre, - er det hele meningen med med OPUS
Der er jo meget grund til forskning i behandling

Det er klart dokumenteret, at tidligt indsættende behandling inkluderende neuroleptika, giver en bedre prognose
det er uetisk
Det er direkte uansvarligt. Det er i flere videnskabelige undersøgelser godtgjort at varigheden af ubehandlet psykose er en negativ prædikator for prognosen, det er helt uansvarligt og hvis jeg blev pålagt selv at udføre en sådan behandling, ville jeg søge min afsked.
Der vil nok være en større fremtid ved som forsøg at lade en gruppe skizofrene blive udret/behandlet ved en neurologisk afdeling.
hvis man overvejer ikke-medicin, må det være hos pt. der ikke er forpinte
Det kan jeg ikke kvalificeret udtale mig om. Hos børn/unge med debuterende skizofreni er der oftest behov for medikamentel behandling
Det ville være utilstedeligt.
Etablering af medicinfri afdelinger er etisk uforsvarlig, fordi ubehandlet psykose skader hjernen.
Såfremt vi kunne spotte de kommende skizofrene allerede i 13-14 årsalderen kunne man måske sætte ind med socialfærdighedstræning, der ville mindske stresniveauet og måske dermed ville kunne hindre en fortsat negativ udvikling
Absolut ikke! Det vil kun yderst sjældent være indiceret. Jeg vil kæmpe imod ideen om medicinfri afdelinger med arme og ben!
Der kan vel være en vis fare for at der bruges mange speciallægerressourcer og samfundsressourcer lidet effektivt.
Synspunktet er desværre udtryk for uvidenhed og ønsketænkning.
Inngen forskningsresultater tyder på dette - tværtimod. Det er dog meget vigtigt, at der også tilbydes psykologisk behandling
Jeg mener det er for risikabelt ud fra erfaringer om at tidlig intervention bedrer forløbet
Det er evidensbaseret, at prognosen afhænger af tidlig intervention herunder også medicinering!
Psykosen som noget positivt er en naiv, romantisk forestilling uden empirisk grundlag. Pga. manglende compliance er en stor del af skizofren, herunder også debuterende, uden medicinsk behandling. De bliver ofte indlagt pga. medicinsvigt og det deraf følgende psykoserecidiv. Hvis målet skal være at kunne klare sig i egen bolig, er indl. jo modsat.
Det synes mere og mere klart, at det dysfunktionelle dopaminsystem bør behandles allerede i prodromalt tilstanden. Man behandler jo også forhøjet blodtryk og kolesterol for at undgå udvikling af cardiovasculær sygdom
Det er en ren ideologisk diskussion, som burde opgives.
Nogen gange glemmer vi at medicinen i ca 1/3 af tilfældene ikke virker eller virker dårligt. Og nogle debuterende skizofrene kan måske klare sig med god social støtte.
Hvis vi ved debuterende skizofrene mener psykotiske, er svaret nej. Hvis vi taler om skizotypiske, som endnu ikke er blevet psykotiske, vil alle andre former for socialpsykologiske tiltag være den rette behandling

Bilag 18 - mængden af medicin, der udskrives i psykiatrien

Eventuelle kommentarer kan skrives her
Det er et mærkeligt spørgsmål, da det jo ikke kan udelukkes at enkeltindivider behandles uhensigtsmæssigt, men i hvert fald er jeg overbevist om at vi allesammen tilstræber nødvendig og tilstrækkelig behandling, og altså heller ikke mere end nødvendigt
Der luges for sjældent ud. Ord kører bevidstløst og der lægges ikke plan for status og evt udtrækning. Ofte ville mere rolige omgivelser (afd) og veluddannet stabilt personale kunne betyde nedsat medicin forbrug. Jo mere håbløs og vanskelig tilstand jo mere og jo mere irrationel brug af medicin. Ofte pres fra personale. Vi føler vi skal handle og har svært ved at se ptt syge og lidende. Alt dette er vist gammelt kendt. Pts egne meninger og holdninger og ders pårørendes spiller en øget rolle oplever jeg. De er vidende og har egne meninger om hvad skal til og ikke til. Medicinal industrien spiller osse en stor rolle ifth forbruget vil jeg mene.
der er en tendens til ikke at få seponeret gammel medicin , men lægge oven i
Med begrænsede indlæggelsesmuligheder og manglende mulighed for lange forløb er det næsten umuligt at sanere medicineringen af fx. kronisk svært psykotiske plejehjemsboere - disse ophober ofte flerstofbehandling og høje doser for at muliggøre at de kan håndteres udenfor hospitalerne
både og, derfor midt imellem
Det kræver mere tid og flere observationer at gennemføre en vellykket omlægning til monoterapi og reduktion af dosis.
Der er for få timer og for lidt uddannelse af personalet til at tale med patienterne.
Ukritisk eller afmægtig medicinering
Specielt får borderlinepatienter for meget medicin. Og mange kroniske patienter kunne med fordel reduceres i dosis eller antal præparater. Vi er generelt ikke gode nok til at evaluere effekten og seponere virkningsløs medicin.
Nogle gange for meget, nogle gange for lidt.
Spørgsmålet er stort set umuligt at besvare bare nogenlunde fornuftigt
både for stor og alt for mange præparater ad gangen
Her mangler der et punkt der hedder ved ikke
her taler jeg ikke om praksissektoren, som jeg ikke kender
Kan ikke besvares generelt, da der er stor variation fra et hospital til et andet
Accelererede indlæggelsesforløb bevirker, at ptt udskrives med for megen medicin (både m.h.t. antal præparater og dosis)
For lille vedr. depression og angstpatienter i yngre alder. For stor vedr. ældre patienter
Jeg er begejstret for seneste nr. (11) af Rationel Farmakoterapi der beskeftiger sig med Kunsten at seponere lægemidler. Jeg tror at rutiner for at angive kriterier eller tidspunkter for seponering allerede ved ordinationen ville betyde langt mere for patienterne end samtlige eksisterende indikatorer i NIP
Jeg har ikke forudsætning for at være meningsberettiget

Jeg tror en del angst behandles med benzodiazepiner i stedet for at behandle grundsygdommen optimalt. et problem er nok snarere at der er for få patienter i psykiatrien - særligt den lettere psykiatri hvor personlighedsforstyrrede og misbrugere tabere meget livskvalitet.
Der er selvfølgelig et stort antal psykotiske uden sygdomsankendelse og de fleste af dem burde være behandlet.
Nogle gange bliver der formentlig ordineret medicin pga magtesløshed overfor symptomer. Samtidigt får andre pt. måske for lidt medicin.
Vanskelige og også personlighedsforstyrrede pt som måske ses af mange læger får tit for meget, fordi ingen får seponeret.
Dog er der for megen uovervejede polyfarmaci
Vi bruger generelt mindre medicin end vores praktiserende speciallægekolleger
Enkelte pt. er underbehandlede mens andre med fordel kunne gennemgå et check med henblik på mindsning eller seponering af unødvendig medicin
der kan reduceres i dosis og i beroligende medicin
Dækkende over nogle får for meget, nogle for lidt.
Det ved jeg ikke nok om til at udtale mig kvalificeret
Mange ender i retspsykiatrien fordi de ikke er blevet behandlet - psykofarmakologisk - nok i almenpsykiatrien
Vi seponerer rigtigt meget af den medicin vore patienter bliver indlagt med hvis det findes hensigtsmæssigt.
ja andre steder hvor jeg har været ansat ,men ikke aktuelt
Spørgsmålet er nok ledende. Det er i sidste ende den behandler, der har bedst kendskab til patienten og dennes respons på behandling, der i det konkrete tilfælde må vurdere dette spørgsmål.
Uheldigt formuleret spørgsmål. Der må skelnes. Der bruges for meget højdosisantipsykotica og for lidt antidepressiva. Og i almen praksis for meget benzodiazepin.
OK ved akutindlæggelser.Ved bedre normering i distriktspsykiatrien og på de socialpsykiatriske botilbud, ville det formentlig være muligt med en reduktion af medicinen
Kan ikke besvares generelt. Enkelte patienter får for meget i nogle perioder, fordi man ikke tør reducere på grund af risiko for psykotisk gennembrud., andre får for lidt i perioder. Og så er der hele problemstillingen at nogle patienter ophører med medicinen når de udskrives.
jf ovenfor
Hvis man i større grad sørgede for at fx akut indlagte, urolige ptt., aggressive ptt.,etc. fik beroligende og antipsykotisk medicin kunne megen forpinthed og mange tvangsforanstaltninger undgås.
Der er ikke tid nok til hyppigere samtaler m.h.p.en nøjere justering af medicinen. I akutte situationer griber man alt for ofte til at øge medicinen.De korte indlæggelser medfører også, at ptt. alt for hurtigt sættes op i medicin, som de så udskrives med.
Det gælder især patienter med svær personlighedsforstyrrelse og patienter på psykiatriske institutioner

Mængden af medicin er ofte ligefrem proportional med mængden/kvaliteten af socialpsykologiske muligheder og er dermed også et udtryk for magtesløshed

Bilag 19 - Hvor godt mener De, at de psykiatriske patienter generelt er informeret i forbindelse med den medicinske behandling disse indgår i

Eventuelle kommentarer kan skrives her
Såfremt medicinen institueres i hospitalsregi er ptt. ofte velinformerede. Hvis egen læge starter fx. SSRI, synes ptt. ofte sparsomt orienterede - især vedr. virkningsmåde, seponeringsreaktioner, varighed af behandlingen mv.
Der bør udarbejdes informationspjecer af DPS, som vi kan udlevere. Og pjecerne bør løbende revideres og fås på alle sprog.
Afhænger af kontaktsygeplejersken.
De skal have det skriftligt
Specielt er mange patienter informeret dårligt om bivirkninger, måske især ptt der har fået SSRI ved egen læge.
Der burde være mulighed for mere psykoedukation
de fleste jeg undersøger har et vist kendskab til bivirkningsprofilen af deres medikamentelle behandling
her har informeret samtykke været en fordel
Mulighed for information og edukation er til stede - og gives - men oftes huskes den dårligt eller der er ringe sygdomsindsigt og dermed også forståelse eller interesse for behandlingen.
Må afpasses efter den enkelte
Det er vanskeligt at informere psykiatriske patienter, når man samtidig forstår disse patienter ude af stand til at præstere normalitet
Ptt har kognitive deficit, og de vil nogle gange skulle informeres mange gange, - det er et ressource, et cost-benefit- spørgsmål
DEt ved jeg ikke, jeg ser ikke ret mange patienter, der har været indlagt på hospital
Det glipper ved udskrivelserne - pt har ikke råd til medicinen og de ved ikke hvad de skal tage
Jo bedre en fælles forståelse af sygdommen ,lægen og patienten har, jo mere detaljeret kan man drøfte vægten af symptomer, effekt og bivirkninger.
Skriftlige materialer til udlevering og måske undervisning.Desuden behov for gentagelse pga kognitive vanskeligheder
men de glemmer
Vi er ikke gode nok til at informere/give os tid til at informere.Og ofte taler vi hen over hovedet på folk eller udtrykker´os i et pixiebogssprog.
Det ved jeg ikke nok om
Så vidt jeg ved vægter de fleste behandlere psykoedukationen højt.
men om det kan leve op til informeret samtykke er noget andet,hvis pt. har manglende sygdomserkendelse

Hovedproblemer: Patientens psykiske tilstand og lægens mangel på tid
Vi udleverer præp. information skriftligt og informerer mundtligt om effekt og bivirkninger af de enkelte præparater
Det afhænger af årsagen til medicineringen, og patientens evne til at forstå informationen
Jeg arbejder i lukket regi og sørger for at ptt. er godt informeret, men grunder deres oftest udtalt psykotiske tilstand er det tydeligt, at de ikke forstår og/eller husker mange af informationerne.
I hvert fald mine egne ptt., som søges aktivt medinddraget i medicineringen
Kan altid gøres bedre.
Patienternes informationsniveau er generelt stigende og er ofte ret godt.

Bilag 20 - Hvor ofte har Deres patienter mulighed for indflydelse på egen farmakologiske behandling

Eventuelle kommentarer kan skrives her
Det er vigtigt at understrege, at kun en meget lille del af behandlingen under indlæggelse foregår med tvang, hvilket betyder at behandlingen for alle de andre indlagte og alle ambulante er frivillig og derfor nødvendigvis foregår i samarbejde mellem læge og patient
Svaret er Altid. Behandling foregår kun med informeret samtykke og jeg varetager ikke behandling af fx. retslige ptt.
Det er da patienten der bestemmer i sidste instans.
Optimalt når patienten kender sin sygdom og medicin så godt at han/hun selv kan afgøre hvad der er bedst.
men det er nu ikke umiddelbart udtryk for noget rosværdigt, men får indtryk af, at der sker alt for hyppige skift, efter patienten ønske
vigtig for compliance
den drøftes meget tit
Præsentere næsten altid medicinforslag som et oplæg til forhandling - men med en klar anbefaling, så pt ikke skal vælge i blinde og føle sig usikker eller ladt i stikken.
Jeg tvangsmedicinerer ikke i speciallægepraksis, men orienterer og diskuterer mulige bivirkninger ved forskellige farmakonvalg, og når oftest en belysning i samråd med patienten
I ambulante behandling bør i princippet (bortset for mht behandlingsdømte) al ordination ske i samarbejde med patienten
Det er altid kompromisser - ellers dårlig compliance
Altid.
Selv tvangsbehandlede kan jo tilbydes indflydelse i form af valg mellem forskellige psykofarmaka, men det er oftest en svær samtale at gennemføre.
Pt. kender ofte ikke meget til medicinerne, men hvis de gør må de gerne være med og bestemme. Ellers tager de det ikke alligevel.
det har de altid. Det er et samarbejde.
Det fremmer alliancen at spille med åbne kort, når det er muligt - dvs når der er sygdomsindsigt.
mange patienter ønsker benzodiazepiner, hvilket jeg forsøger at begrænse
jeg mener, at det er væsentligt for compliance, at pt. er med i planlægningen af medicineringen
Altid hos mig
pt. skal tilkendegive holdning til behandlingsplan. De tager eller tager ikke deres medicin....Valg af præparat fortages af læge, men det nytter jo ikke hvis pt. ikke samtykker så langt at vedkommende rent faktisk tager medicinen

Det er ikke ønskeligt at alle pt. får indflydelse på egen farmakologisk behandling - nogle er jo psykotiske og helt uden indsigt og man bør i øvrigt erindre, at speciallægerne har en markant større indsigt i rationalerne bag en given farmakoterapi - det ER altså ikke en situation hvor pt og lægen har samme forudsætninger.
Jeg spørger om folk ønsker behandling, og når der er valgmuligheder mellem forskellige præparater indenfor samme gruppe/mellem to grupper præparater, gør jeg tit opmærksom på det.
Altid, det er sjældent der tvangsmedicineres i børne- og ungdomspsykiatrien
Medicinsk behandling bør aldrig blive et 'tag-selv-bord'. Patientens ret til selvbestemmelse er en ret til at afslå en behandling, ikke en ret til at modtage en hvilken som helst af patienten ønsket behandling.
men beslutningen er selvfølgelig styret af lægen, men pt. skal være med på medicinsk beh. og ikke blot please lægen
Forståelsen er dog ikke dybtgående
Hvis compliance efter udskrivelse skal opnås, er det afgørende vigtigt, at patienterne har reel indflydelse på behandlingen
Vi lytter altid til patienternes oplysninger vedr. tidligere erfaring med effekt og bivirkninger og registrerer løbende om der er bivirkninger
Man taler med patienten om behandlingen, men patienterne kan ikke altid sygdomsindsigt og forståelse for behandlingsnødvendigheden.
Mine patienter informeres og tages med på råd
de facto er compliance generelt elendig; enighed, åbenhed og information er hjørnestene i imødegåelsen af dette
Den medicinske behandling inkl. information om virkning og bivirkning drøfter jeg med ptt. Nogle bliver tvangsbehandlet, så de har selvfølgelig ikke så megen indflydelse.
Jeg minder om, at jeg sidder i en specialstilling hvor jeg især beskæftiger mig med psykoterapi og supervision.

Bilag 21 - Har De inden for de seneste 1-2 år ændret på Deres receptpolitik

Hvad har De ændret?
Hvad menes med "receptpraksis" Hvis det betyder ordinationspraksis sker der løbende en ændring i foretrukne præparater som justeres efter ny viden, egne og andres gode erfaringer, patienternes tilbagemeldinger osv
færre antipsykoytika ad gangen!mere stemningsstabiliserendefortsætte antidepressiv beh. i længere tid
ordinationspraksis i visse tilfælde
Inkluderer løbende nye medikamenter hvis det synes hensigtsmæssigt. Og er begyndt at udskrive midler til behandling af ADHD
Bruger mer Lamictal, mer Ritalin, Cymbalta
Jeg sender med EDIFACT og udskriver medicinlister fra EPM.
Valg af antidepressiva.Flere traditionelle neuroleptika.
mere selektive antidepressiva
Mere opmærksom på metaaboliske bivirkninger af antipsykotisk medicin
Mere selektive valg af antidepressiva
Taget nye præparater i anvendelse
Nye præparater medtaget.Nye indikationer tilgamle præparater.
1.hurtigere optrapning2.anvendelse af højere doser efter råd fra kolleger
praksis ved ophør med antidepressiv medicin
jeg er blevet mere restriktiv m.h. t. at ordinere benzodiazepiner.
brug af atypiske neuroleptika
Større opmærksomhed overfor uhensigtsmæssig polyfarmaci
hurtigere skift af antidepressiv behandling i den første beh.-tid, jvnf ny viden
anvendelse af edefax og flere reitereringer
lavere dosis antipsykotika
færre og mindre dosis
antidepressiva
xxx
sep benzodiasnyere præp
1)Lavere doser antipsykotika2)langsommere ændringer3)højere doser antipsykotika
Nye medikamenterDosis
Mere monoterapi af skizofrene
jeg sender elektroniske recepter, hvis det er en ændring af receptpraksis
mindre olanzapin
Skift til nye præparater

Fokus på amisulprid
Mere påpasselig med benzodiazepiner
Større anvendelse af Suboxone ift. Metadon. Nye ptt. starter med Abilify, Risperdal eller Seroquel, ikke Zyprexa. Reduceret brug af Truxal.
Inddraget andre lægemidler mod psykisk sygdom Anvendt andre strategier mod bivirkninger
xx
Jeg undgår i højere grad olanzapin pga metabolisk syndrom.
jeg er mere opmærksom på ordination af bezodiazepiner
(Hvis jeg har forstået spørgsmålet). Jeg har fundet ud af at tillæg af lille dosis antipsykotika kan lindre patienten mens man afventer antidepressivas effekt.
brugt nye antipsykotika og stemningsstabiliserende præparater
Mere tilbageholdenhed med kombinationsbehandling med antipsykotika. Behandle tidligere med clozapin. Mere tilbageholdenhed med brug af benzodiazepiner og hypnotika.
mindre medicin
Mere moderne antipsykotisk medicin. Opmærksomhed på stemningsinstabilitet som "medspiller"
Begyndt at bruge Ability og Solian.
Fra Zyprexa eller risperdal som første valg til abilify
stemningsstabiliserende medicin til ptt. i affektiv blandingstilstand
der er kommet nye præparater og nye indikationer
Indraget Seroquel i mine valg mulighed
Spørgsmålet er uklart. Hvad betyder "receptpolitik"? Enhver pt. behandles individuelt ud fra den til enhver tid hos behandleren værende viden om patienten og tilgængelig medicin
bb
færre benzodiazepiner og mere monoterapi med antipsykotika
Flere ting
blandt andet påbegyndt udskrivningen af et nyt antidepressivum og et nyt anxiolytisk medikament.
Ændret holdning til hvilke antidepressiva/medicin mod demens jeg foretrækker.
Jeg har fx stoppet brug af Mirtazapin som antidepressivum (virker ikke på depressive kernesymptomer) og Ziprasidon som antipsykotikum (svært for patienterne at tage så virkningen bliver optimal). Begrænset brug af Olanzapin (vægtproblemet) og (gen)indført Sertindol (udmærket antipsykotikum).
anvendt nyt antidepressiva og udeladt brug af et andet ændret anvendelse af stemningsstabiliserende medicin
tilpasning til nye "leveregler" TCA ændret ti efexor
færre antidepressiva til skizofrene. sjældnere langtidsbehandling med benzodiazepiner i kombination med antipsykotika
Kombinationer, polyfarmaci, som mindsker alvorlige bivirkninger

Mindre polyfarmaci med forskellige typer antipsykotika Fokus på kombination af benzoediazepiner og antipsykotika
Hos intraktable psykotiske patienter har jeg haft gode resultater af at give en kombination af risperdal og leponexbehandling, som blev foreslået i "guidelines" fra WSBP
Brug af forskellige præparater
større tilbageholdenhed med polyfarmaci, tilstræbt monoterapi.
Begyndt at genoptage brugen af gamle antipsykotika, da jeg har oplevet manglende effekt og bivirkninger af de nyere antipsykotika.
Jeg er ikke sikker på, at jeg helt forstår spørgsmålet, men mine ordinationsvaner er hele tiden påvirket af, ny viden, så de er i en kontinuerlig forandring generelt.
Jeg har da ændret flere ting. Sådan har det altid været. Der kommer jo hele tiden ny viden om hvilke stoffer, der giver mest vægtøgning, hvilke der ikke gør det, hvilke der er værst mht seksuelle bivirkninger, hvilke mht ekg-forandringer med meget, meget mere

Bilag 22

Hvad fik Dem til at ændre på Deres receptpraksis?
se ovenfor
artikler, kurser, kollegial drøftelse
Kurser, erfaringer fra kolleger
Nye behandlingsmuligheder og nye patientgrupper i forb. med flytning fra hospitalspsykiatri til speciallægepraksis
Alle de ovenstående
Ny teknologi.
Manglende effekt og uacceptable bivirkninger. Tiltagende klinisk erfaring med nyere præparater.
retningslinier og egen erfaring
Diskussioner med kolleger med baggrund i faglige tidsskrifter
Erfaringer og anbefalinger
At videnskabelig dokumentation kunne underbygge det relevante i at skifte.
Gode videnskabelige artikler.
erfaringer fra kollegerviden fra kongres
Videnskabelig artikel
Fik støtte hertil via sundhedsst. undersøgelse.
bivirkningsprofil
Hospitalets politik med fokus herpå, konference med kolleger
Kongres
tidspres
erfaring
omtanke
flere kilder om samme emne
xxx
ny viden og nye midler
ny viden 1 og 2)Manglende effekt af tidligere behandlingsstrategier, muligvis betinget af sygere patienter 3)
Ny viden
Anbefaling fra Sundhedsstyrelsen og en ny algoritme på min afdeling
at jeg skulle udskrive kopieringspligtig medicin
viden om bivirkninger
Bivirkninger eller manglende effekt
Videnskabelig litteratur
Nye vinde fra sundhedsstyrelsen - jeg gjorde det fordi det var et krav - det virker ikke veldokumenteret. utilfredsstillende

Ny viden, nye retningslinjer.
KongresdeltagelseDrøftelse med kollegaer om deres erfaringer
xx
Lokal tværgående vejledning.
en kombination af ny viden og observation af patienternes tilstand ved senere indlæggelser
At jeg lærte om flere muligheder ved at høre om andres erfaringer og så selv erfarede at det virkede.
kongresser
Læsning af litteratur og anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen.
efter at være startet i praksis
Vil gerne gøre det bedre for pt, hvis muligt
Færre bivirkninger f.eks. vægtøgning og sedation
Samtaler med kolleger fra den lokale OPUS team
øget opmærksomhed på blandingstilstande - videreuddannelseskursus
det som jeg har arfkrydset i nummer 2 skema før dette
Effekt hos patienter sat i behandling ved andre kollegaer
Se ovennævnte
bb
retningslinjer fra ledelsen
Ny viden/erfaring
at medikamenterne blev frigivet på det danske marked.
Ny viden fra kollegaer, fra industri og egne oplevelser
Nyere forskningsdata og klinisk erfaring.
drøftelse med kolleger/kursus og egen erfaring
overlægens store brug af Eflexor
Min arbejdsplads: psykiatrisk afdeling Amager har arbejdet meget seriøst med at implementere principper for psykofarmakologisk behandling af f.eks. psykotiske
Kongresdeltagelse og læsning af tidsskrifter
Lokal undervisning
anbefalinger i ref.program
Jeg er medlem af instruksudvalget, og holder mig derfor opdateret
større evidens omkring negative effekter af psykofarmaci, større viden om psykofarmakologi, kliniske erfaringer med effekten af rationalisering af farmakologisk behandling
Se oven for.
Ny viden samt tilbagemeldinger fra ptt.
Som anført i multiple choice-spm ændrer jeg min politik, hvis jeg læser artikler, diskuterer med kolleger, hører nye ting på kurser osv, der ændrer min tidligere holdning

Bilag 23

Hvad skal der til for at fastholde Dem som ansat i det offentlige psykiatriske behandlingssystem?
Ordentlige forhold for mine patienter og vilkårene for god behandling, herunder tilstrækkelig kapacitet samt fornuftigt afvejning af de lægelige ressourcer, sådan at det bliver muligt at fastholde oplevelsen af at lave et ordentligt arbejde
Ordenlige arb vilkår og anerkendelse.Organisatorisk opbakning og faglighed. Betalt efterudd og fornøden supervision og personale træning. bedre sekretær hjælp- bedre IT .Mindre registrings og dokumentation og formelle ting (gerne af selve behandl og diagnostik)- mindre forandring og informationsstrøm .Realisme mht opgaver og tid.Mindre stress.kONTAKT MED KOLLEGER.fAGLIGHED,faglighed faglighed.Lidt te og kaffe(som nogen lavede/betaler gerne selv) og måske mulighed for at få bragt frugt og selvbetalt frokost fra kantinen.Lidt pleje kort sagt.
at der ikke drives rovdrift på min arbejdskræfter. Hvis jeg ikke fagligt har tid til at tænke mig om og være mit arbejde bekendt forlader jeg systemet.Undgå helt urimelige kontrol og kvalitetssikringssystemer, der tager min tid.
Jeg er imod et privat behandlingssystem, og mener det er unfair konkurrence overfor det offentlige, som efterlades med de sværeste tilfælde og de ringeste vilkår.Så jeg bliver i det offentlige, men er flyttet fra hospitalssektoren til sygesikringspraksis på grund af for stort arbejdspress og vanskeligheder med at få tid til at yde en tilfredsstillende indsats.
God løn.Rent lægearbejde.Betalte kurser. Mer sekretærassistance.
Bedre dialog med beslutningstagere og bedre samarbejde med kommunerne.
Mulighed for at lave god psykiatrisk behandling og tid nok til de opgaver som skal varetages.
At det hele ikke drukner i indberetninger og andet papirarbejde.
Mere lempelige arbejdsvilkår.Bedre muligheder for en fortsat faglig udvikling. større respekt omkring det kliniske arbejde
En aflønning der står mål med indsatsen.At det fortsat er sjovt og ikke går op i registrering og kontrol det hele.
At ledelsen respekterer og værdsætter mit arbejde.At min løn afspejler mit ansvarat jeg arbejder med det jeg er uddannet til
1.at balancen mellem dokumentationskrav der ikke er klinisk relaterede IKKE overstiger det klinisk relevante2.anerkendelse fra offentligheden og andre specialer af psykiatri som vigtigt speciale
stop for yderligere tvungne forandringer i den daglige klinik. Dvs nu kræver vi tid til at implementere de store ændringer som regionsdannelsen og etableringen af region Hovedstadens psykiatri har medført. Kommer der yderligere krav om akkreditering og dokumentation, så "gider " jeg ikke mere.
Mere tid til den enkelte patient, mindre vagtarbejde
først og fremmest gode arbejdsforhold, fx. godt fagligt miljø,dygtige ledelser, rammer for at gøre etgodt arbejde . Obs. på kontroltyrraniet!

Højt niveau af patientkontakt, undervisning og udvikling. Nedsat fokus på overflødig, tidskrævende dokumentation
Akademisering af psykiatrien Fornuftig opgaveglidning Bedre "presse" til at rette op på de ofte vanskelige vilkår, der arbejdes under i psykiatrien
Godt kollegialt fællesskab. Meningsfulde arbejdsopgaver
som det fremgår af tidligere svar er jeg meget tilfreds med mit arbejde
mulighed for at lave kvalitetsarbejde!!!
At der ikke kommer flere ting der skal registreres (Dipsy, NIP, SKS-koder mm). At det ikke forventes at jeg udfylder funktioner svarende til alle de ledige stillinger, men kun har arbejdsbyrde svarende til en stilling
ordentlige og dermed menneskelige arbejdsvilkår. Væk med DJØFFere, etikere og IT-folk, der forhindrer JA FORHINDRER arbejde
Anerkendelse af behovet for sengebaseret psykiatrisk behandling. Respekt for overlægens behandlingsansvar. Bevaring af det - trods alt - gode arbejdsmiljø
Færre - langt færre administrative byrder som utallige kvalitetsprojekter, indberetninger forespørgsler, registreringer, mødeaktivitet i. forb. med samme, mindre undervisningsforpligtigelse, personaleledelse og ikke mindst LANGT MINDRE SPILDTID i forb. med dårligt fungerende EDB udstyr og programmer til brug i det daglige. En stor tidsrøver. At kliniske opgaver vægtes og værdisættes højt og at lønnen øges i overensstemmelse hermed.
At der ikke skal bruges mere tid til kontrol og registrering.
mere ro
Gode arbejdsforhold generelt
mere løn, bedre personalepleje
Er tilfreds med arbejdsvilkår; det nye sker indenfor det offentlige beh.system
høj grad af faglighed og specialisering i behandlingen.
At jeg kan være stolt over den behandling et rigt land som Danmark tilbyder sine sindssyge. hvis jeg skal gå og føle at det langt fra er optimalt og at behandlingen og samarbejdsjklimaet bliver for skidt pga underbemanding og manglende ressourcer bliver det ikke et sted jeg vil bruge mine kræfter.
Anerkendelse fra ansvarlige politikere.
mere musikterapi, mere psykoterapi, bedre lønninger, bedre arbejdsforhold
Administrativ aflastning - herunder forenkling af dokumentation af rutiner.
'-respekt, bedre arbejdsvilkår, mulighed for faglig udvikling, bedre løn, mindre press og stress
Bedre løn, bedre efteruddannelsesmuligheder, mulighed for deltidsstilling, mindre arbejdsbelastning
Ordentlig løn og arbejdsforhold. Flere stillinger besatte og nogen der hører efter, når arbejdsforholdene er urimelige, og forsøger at gøre noget ved det. Gode kollegaer. At jeg kan se at pt. bliver ordentligt behandlede og ikke bare udskrevne og manglende pladser. At jeg får en passende mængde vagter.
god løn, indflydelse, respekt fra omgivelserne
Rimelige arbejdsvilkår så stress mindskes mest muligt. Højere løn er ikke et "must".

mere tid til patienterne, mindre administrativt.
Flere kollegaer og bedre behandlingstilbud til patienterne.
Mere indflydelse på eget arbejdsliv og ikke så mange udefrakommende dessiner - specielt dem, som er begrundet i manglende viden om den hverdag, vi befinder os i
gode arbejdsforhold hvor arbejdsmængden er passende og hvor der er mulighed for udvikling.
Bedre indflydelse i dagligdagen. Fri af diverse akreditering lean projekter o.lig. Endelig ville en styrkelse af de psykiatriske sygeplejersker uddannelse være med til at gøre arbejdsforholdene mere attraktive
Bedre lægenormering Mulighed for forskning Gode efteruddannelsesmuligheder
Det aner jeg ikke. Spørgsmålet skulle nok har været formuleret omvendt: Hvad skal der til for at jeg siger farvel til et langt behandlingsliv og går ud i det private? Jeg er vist for gammel til det
Færre strukturændringer
regner med at forlade det offentlige - har for lidt indflydelse - og for lidt pay of af mine resultater
godt og sundt arbejdsmiljø
Betydelig mere i løn, betydelig mindre papirarbejde og kvalitetssikring, og mere reel tid til patientkontakt
Større lydhørhed overfor lægelige argumenter i organisering af psykiatrien. Ophør med nedlæggelse af sengepladser
Bedre administration og større faglighed
Gode muligheder for at lave arbejdet med en tilfredsstillende kvalitet
flerre psykiatere godt mono og tværfagligt miljø gode interkollegiale relationer (tværfagligt)
Se de tre tiltag under arbejdsmiljø.suppleret med: respekt for min faglighed og person, bedre mulighed for forskning under konditioner jeg selv har indflydelse på og højere løn.
gode arbejdsforhold og gode kolleger i tilstrækkelig antal.....
Flere faglige ressourcer (læger + psykologer), flere administrative medarbejdere
Mindre bureaukrati, vi drukner i arbejde, der ikke har med lægegerningen at gøre
Fortsat gode arbejdsvilkår og faglige udfordringer.
Mulighed for at gøre arbejdet tilfredsstillende. Undgå meningsløs dokumentationsarbejde
flere resurcer og færre projekter pålagt ovenfra
Flere kollegaer! jeg kan ikke blive ved med at holde til at arbejde 50 timer om ugen.Jeg er MEGET glad for mit arbejde men der er alt for meget af det!
fortsat udfordringer og mulighed for kontinuerlig læring og dygtiggørelse. Behandlere nok.
ikke noget godt bud
Mere plads til den akademiske psykiatri, herunder forståelse for at forskningsaktive ikke samtidigt skal være "blæksprutter" Mindre overfladisk hetz fra pressen, når det i enkelte tilfælde "går galt"
Adekvat løn herunder betaling for merarbejde. Min arbejdsuge er 50-55 timer.
At mit arbejds/mine kompetencer primært bruges på den lægefaglige kerneydelse og ikke på ligestyldigheder i forhold til dette.At jeg ikke skal bruge tid på opgaver, som andre kan udføre, for eksempel administrative opgaver.At fagligheden respekteres - jeg har brugt mange år på min uddan-

nelse - men polikerne tror de ved bedre...
Gode arbejdsforhold samt visionær ledelse og mulighed for at udvikle og forny fagligheden.
gode arbejdsbetingelser
Bedre løn, mindre arbejdspress. Støøre muligheder for forskning i arbejdstiden.
jf de første spørgsmål
Flere senge bedre lønnsat arbejdstid
Mere tid til arbejdet. Herunder tid til udviklingsarbejde, der i sidste ende kan spare tid i det daglige
At jeg kan bibeholde min "niche" med forskning. Faldt den væk ville jeg med det samme arbejde på at blive privat praktiserende enten med eller uden overenskomst med sygesikringen.
Et arbejde, der virker meningsfuldt og et fagligt og inspirerende og godt kollegialt arbejdsmiljø. .det offentlige bør overtage efteruddannelsen (fra industrien)
Gode forskningsmuligheder, forbedring af arbejdsmiljø, mere indflydelse på behandlingsstrategi i afsnit, øget specialisering frem for "almenpsykiatri"
At jeg har det godt med mine kollegaer og har mulighed for at vedligeholde min faglighed ved at komme på kurser.
Større respekt for min faglige kompetence og større bevægelsesfrihed. Det vil blandt andet kræve flere ressourcer, som vil kræve bedre økonomi ;-)

Bilag 24 - Ville De være interesseret i en hel- eller deltidsbeskæftigelse i det offentlige psykiatriske behandlingssystem

Eventuelle begrundelser kan skrives her
Hvis der er ordentlige vilkår og indenfor mit interesseområde som leder af et defineret team - ikke med tilfældige og uprofessionelle teamarbejdere.
Er glad for at være privatpraktiserende under sygesikringen
ikke i øjeblikket
Vilk[rene er alt for d[rlige
mulighed erfaringsudveksling og forskning

Bilag 25

Oplever De, at der er patientgrupper, som ikke altid får adækvat behandlingstilbud i det offentlige system? - Ja. Hvilke?
skizofrene patienter med misbrugsproblematik
Mange men i mit område er der for lille kapacitet til behandling af personligheds forstyrrede -som jo har høj mortalitet, høj erhvervmæssig og social invaliditet og som koster samfundsmæssigt og ifht at de får børn der bliver forstyrrede og svingede/overgrebne.
for lille kapacitet indenfor entetid på OPUS
Patienter med lette eller middelsvære depressioner, ptt med OCD ptt med angstlidelser bl.a.
moderat depression, angst
Ptt. med spiseforstyrrelser (for lang ventetid)Kronisk psykotiske misbrugende ptt. som er for syge til at være i plejesektoren.Ptt. med angstlidelser (for lang ventetid)Ptt. med lettere depressioner og stressrelaterede lidelser (for lang ventetid)
apsykotiske
De ikke-psykotiske.Patienter som har behov for asylfunktionen. Patienter der har brug for rekreation efter indlæggelse.
Patienter med svære personlighedsforstyrrelser, komplicerende misbrug, somatiserings lidelser, med svære sociale handicap som følge af psykotiske lidelser. Gerontopsykiatri afhængig af geografi.
De ikke-psykotiske
Depressioner (svære depressioner har sommetider indlæggelsesbehov, men vi mangler pladser og lettere depressioner mangler mulighed for hurtig psykoterapi), angst og andre ikke-psykotiske lidelser, herunder personlighedsforstyrrelser, mangler fagligt kvalificeret psykoterapi.PTSD mangler behandlingspladser for integreret intensiv psykosocial behandling.
De ikke-psykotiske
Patienter med angst, patienter med lettere borderline tilstande, patienter med misbrug.
Pt.´er med oligofreni og psykiatrisk lidelse. Pt´et med misbrug. Pt´et med personlighedsforstyrrelser-angstpt´er- OCD-pt´er m. fl.
Dobbeltdiagnosepatienter.Psykiatria minor(moderate depressioner, angstlidelser, personlighedsforstyrrede)
misbrug
ikke psykotiskdobbeltdiagnose-pt.trasumatiserede pt.somatiserende pt.
Svært depreieve
De såkaldt "lettere" psykiatriske tilstande, som i høj grad kunne hjælpes af psykoterapi og/eller motion, det er depressionstilstande og angstlidelser, visse peronlighedsforstyrrelser.
angsttilstande, ptsd - flygtinge
pat. der ikke er svært syge bliver afvist i min butik. Der er grupper af svært syge, der ville have gavn af mulighed for længere indl.

etniske med krigs og torturtraumer
Svært psykotiske som bliver afvist eller ikke får tilbud om tilstrækkeligt lange indlæggelser. Depressive, angst, misbrugere
Meget syge skizofrene og depressive
ved ikke med sikkerhed
der er en gruppe psykotiske misbrugere, som vist kommer i klemme i Hovedstadens Psykiatriplan
Dårlige personlighedsforstyrrede.
F40 og F60 grupperne
lettere psykisk syge Angst, depression, personlighedsforstyrrelse
de ikke psykotiske
For lang ventetid i praksis giver dårligere akut behandling af depressive og ptt med angstlidelser. Voksne ADHD ptt har ikke mulighed for behandling, hvor man kunne yde en mere tværfaglig indsats, hvilket der ofte er behov for. Man kunne overveje oprettelse af ADHD klinikker
Personlighedsforstyrrelser, angst, OCD
angst patienter langtidssyge patienter: Skizofrene evt. depressive
I virkeligheden næsten alle.
Vi er kun ved begyndelsen af forståelsen for autismspektrumsforstyrrelse. Borderline personlighedsstruktur er en udfordring, vi generelt ikke magter, men der er en god udvikling i gang.
Ikke-psykotiske Torturramte indvandrere Udbrændte (neurasteni)
Alle
Skizofrene Bipolare personlighedsforstyrrelser
ikke-psykotiske
angstpatientersomatiserings ptt milde-moderate depressioner
ikke-psykotiske lidelser
Personlighedsforstyrrelser
patienter med personlighedsforstyrrelser og patienter med symptomlidelser med selvdestruktiv adfærd
alle
Dobbeltdiagnosepatienter. Ikke-dansktalende ptt. Ptt. m. PTSD og misbrug.
Pt. med ikke-psykotiske lidelser, især angstlidelser og depressioner De skizofrene og svært deprimerede bliver udskrevet for tidligt på grund af pladmangel
personlighedsforstyrrede spiseforstyrrede
De ikke psykotiske patienter for hvem medicin kun er en lille hjælp burde kunne tilbydes relevant psykoterapeutisk hjælp - det får de ikke nu.
personlighedsforstyrrede unge
Kronisk psykiatrisk syge der samtidig har sociale problemer. Visse personlighedsforstyrrede, der falder mellem to stole og ikke rigtigt har et behandlingstilbud hvor jeg arbejder. Pt. med behov for terapi og opfølgning på sygehuset, da der ikke er tid eller ressourcer til dette.

ADHD, angst og lettere depressive Dobbeldiagnoseptt og alkoholmisbrugere generelt. Det er et problem, at misbrugsbejandlingen er overgået til kommunerne
Pt. med personlighedsforstyrrelser, angst og PTSD får ikke et optimalt amb. tilbud. Visse af de tunge ptt. med psykose og misbrug får ikke tilbudt en tilstrækkelig lang stabiliserende indlæggelse.
personlighedsforstyrrede
F4, F6, F1
Angstpt, "psykiatria minor" Vi har rigtig megen forudsætning for at gøre en forskel her
Ældre med angst og depressioner, der ikke kræver indlæggelser
Angst patienter og en del af patienterne med moderate depressioner. Alle 60'er diagnoserne bliver ofte stedmoderligt behandlet
Svært syge skizofrene Svært syge mennesker med bipolar sygdom Angstlidelser
Ikke-psykotiske patienter Langvarigt psykotiske patienter Dobbeldiagnoser Personlighedsforstyrrelser
Patienter med komorbide personlighedsforstyrrelser og /eller misbrug
svære OCD ptt.
psykiatria minor
Stofmisbrugere
Dert offentlige har en alt for snæver målgruppe, og patienter udskrives alt for hurtigt, - nærmest når de ikke er syge nok til at være indlagt.
alle ikke psykotiske
Det tror jeg g;lder alle diagnosegrupper
Sværtbehandlelige skizofrene som først opnår relevant behandling når de er blevet retslige pt. Gruppen med "ikke psykotiske" lidelser
misbrugere og dobbeldiagnoser, asperger
Alle patientgrupper
angst ptt depressioner af moderat og let gradde ptt som falder mellem to stole eller slet ikke hører til
Pt med spiseforstyrrelser pt med depression
patienter med bipolar sygdom, angst, depression, alkoholikere, personlighedsforstyrrede, geriatriske patienter, børne-ungdomspsykiatriske patienter.
Dem, personalet og lægerne synes er grimme og dumme. De skæve personligheder. De findes indenfor alle diagnoserupper
alle psykiatriske pt. grupper!
Ja, der gennemføres megen undersøgelse/udredning, men for lidt behandling
Ikke-psykotiske tilstande - er sparet vær under mange års nedskæringer Misbrugere - som ofte ikke kan modtages lige når de er motiverede
Patienter med ikke-psykotiske lidelser, især angst og depression.
ikke psykotiske lidelser
depressive angst personlighedsforstyrrelser somatoforme sygdomme

Kriser og ikke psykotiske lidelser
Nogle ptt. fra ICD-10 diagnose gruppe F3. Fra F4 og opefter er der mange, der ikke får et adækvat tilbud. Desuden mange senhjerneskadede.
dobbeltdiagnose patikke psykotiske pat
angstpatienter og ikke-indlæggelseskrævende depressioner, ADHD, patienter med personlighedsforstyrrelser (også som comorbiditet)
personlighedsforstyrrede, misbrugere
tilbud til patienter med misbrug (herunder psykotiske misbrugere) er meget vekslende.
Diagnoser: Bipolar affektiv sindslidelse og særligt bipolar II, angsttilstande, depressive lidelser, dom til (ambulant) behandling
Dobbeltdiagnosepatienterne. De får først et "behandlingstilbud", når der har begået kriminalitet. Der er alt for lidt fokus på behandlingen af de psykisk syge misbrugere - før de begår kriminalitet - og før de udvikler et misbrug,...
Misbrugere, specielt alkoholikere får ikke optimal behandling.
patienter med misbrug
Traumatiserede patienter, angstpatienter
kronisk skizofrene, ptt med emotionelt ustabil personlighedsstruktur
skizofrene og bipolare
Bl.a. Pt. med angstlidelser og personlighedsforstyrrelse
Børn og unge. Generelt, dvs. alle ptt. i kraft af det opskruede tempo og konstante fokus på korte indlæggelsestider.
F.eks. får ptt. med skizofreni ofte et ikke højt nok specialiseret tilbud (cf. den manglende viden om psykopatologi)
Patienter med moderat depression, patienter med angst / OCD / somatoforme tilstande, personlighedsforstyrrelser, dobbeltdiagnosepatienter
Mennesker med dobbeltdiagnoser, mennesker med psykiatrisk sygdom hvor der også indgår personlighedsforstyrrelser.
Åhr, det er rigtig mange. Vi mangler i høj grad ambulante gratistilbud til patienter, der ikke har råd til den meget dyre psykologbehandling. Der er 6-12 måneders ventetid til praktiserende psykiater, som ofte ikke interesserer sig for samtaleterapi. Vi mangler socialpædagogiske tilbud, der passer til den enkelte

Bilag 26 - psykiatriens samarbejde med Sundhedsstyrelsen

Eventuelle kommentarer kan anføres her
SST manglende fornemmelse for virkeligheden på travle psykiatriske afdelinger med meget dårlige pt.
for få midler til ambulans psykiatri, herunder hjælp til psykologbehandling problemer med dårlig kopimedicin
jeg ved ikke hvem den/de ansvarlige er, men udflytningen af psykiatrien fra de andre lægevidenskabelige specialer er en stor fejltagelse.
Bor i Norge
Det flyder som vinden blæser
Sundhedsstyrelsen er på godt og ondt præget af sin traditionelle rolle som statslig tilsynsmyndighed. Det er svært at få dialog MED Sundhedsstyrelsen, man får i stedet kommunikation FRA Sundhedsstyrelsen. Jeg tror, visse dele af Sundhedsstyrelsen er bange for at slippe rollen som "overordnet", hvis man går for meget i dialog.
Fortvivlende ringe
indtrykket er at der dårligt nok er tale kontakt endsige samarbejde
det var en fordel, om de der var i Sust. kendte den arbejdsomme virkelighed
Vi drukner i registrering og kvalitetskontrol, som tager den i forvejen knappe tid
Manglende forståelse for problematikken
Jeg forstår ikke ordet "Samarbejde". Jeg gør mit bedste for at rette ind efter sundhedsstyrelsens anvisninger. Jeg har stort set opgivet at få nyttige svar på konkrete spørgsmål.
meget ofte iværksætter sundhedsstyrelsen initiativer uden at kende til hverdagen. Eksempelvis paradigmet "Undgå polyfarmaci" Eksempelvis "Patientrettighedsloven af 1998", der hindrer fornuftigt arbejde Eksempelvis "Psykiatriloven", der med sine forbehold og krav (eksempelvis information til patientrådgiver", og krav om erklæringer til patientklagenævn) ikke har kendskab til hvor travl en hverdag den enkelte psykiater har.
De er noget usynlige og når de er synlige kommer der utidsvarnde anbefalinger som ingen alligevel kan bruge
Der er mange firkantede krav Sundhedsstyrelsen opstiller, men det er vel generelt for mange specialer. Spørgsmålet er lidt skævt stillet - Sundhedsstyrelsen "har ansvar for Psykiatrien" og ikke kun "samarbejde med".
Jeg anser det som helt utroligt, at der inføres nye love der ikke er i trit med psykiatrien og tiden. F.eks. at yngre læger skal bruge deres tid på at tilse bæltefikserede pt. de ikke kender selv om der er fast vagt 24 t/døgn. At ECT med tvang kun må gives i livstruende tilfælde, på trods af at det er en skånsom og effektiv behandling.
der har været store problemer med hjemmeside til tvangsindberetning
Meget langt væk
Jeg er børnepsykiater og startede på spørgeskemaet uden at være opmærksom på at det kun drejer

sig om voksenpsykiatri
Styrelsen opleves som en modspiller og en forhindring. Det var helt forkert at ansætte en ikke-læge efter Gøtrik.
Det virker, som om Sundhedsstyrelsen med udgivelse af fx vejledning om antipsykotika og to dug-friske referenceprogrammer har 'fået øje på' psykiatrien. Fortsæt gerne ad den vej.
SSY har manglende for vilkår i praksis f.eks. omkring tvang
Jeg har ofte indtryk af, at Sundhedsstyrelsen, ikke helt forstår den faktiske virkelighed, hvad angår diverse sygdommes natur og måder at "afvige fra bogen på". Dette blev tydeligt i forbindelse med Efteruddannelseskurset i psykiatriloven, hvor diverse styrelsers embedsfolk flere gange troede noget, som vi klinikere ikke kunne genkende.
jeg har oplevet sundhedsstyrelsen som meget ufleksibel i forh. til uddannelse
Ved U-kursus gav sundhedsstyrelsen indtryk af at man altid skal få fat i psykiateren ved delir
Utilstrækkeligt kvalificerede eller omhyggelige konsulenter. Ikke klinisk kyndige udfærdiger klinisk relevante circulærer, e.g. behandling af psykotiske tilstande. Ganske utilstrækkelig indflydelse og stillingtagen til seneste revision af psykiatriloven
Det er mit indtryk, at der ikke er tilstrækkelig faglig ekspertise til tilgængelig. Det er beskæmmende at læse, at SST's svar vedr. behandling af dobbeltdiagnosepatienter er helt uden nutidig faglig viden... INGEN RESPEKT!!!
Sundhedsstyrelsens medarbejdere burde kome ned fra elfenbenstårnet. For min skyld kunne man godt tvinge dem til at opholde sig mindst en måned om året på praksisophold på psykiatriske afdelinger. Så ville de måske træffe beslutninger, der var nemmere at implementere i den daglige klinik.
Er der et samarbejde ? Eller fungerer Sundhedsstyrelsen mest ved at udstede vejledninger - som ikke altid bærer præg af kontakt med virkeligheden.
Kender ikke meget til samarbejdet.

Bilag 27 - Overvejer De at skifte job

Hvilket skifte overvejer De?
Jeg overvejer at skifte til lign funktion til et sted med bedre ressourcer og forståelse for opgaven. Muligvis engang privat praksis. Muligvis orlov - gennem flere år følt meig presset og stresset i lange perioder.
Job i det offentlige (overlæge) eller egen praksis uden for sygesikringen.
Privat praksis. Andet distriktskykiatisk center. Specialklinik.
klinisk farmakologi
jeg må tage imod anvist job dajeg ikke har fået passende tilbud i forb. med nedlæg. af dpc
til privat
fra ansættelse i det offentlige til privat.
At gå i privat speciallægepraksis
Skifte til offentlig regi
til anden branche
skift af arbejds plads til et andet hospital, hvor forholdene er bedre og der forgår mere på den faglige front, og der er mere menneskelige personal politik
forskning, eller noget ikke-lægeligt
fra ledende til almindelig overlæge
Industrien Egen praksis
Undervisningssektor
privat praktiserende psykiater eller på et privat hospital, evt. medicinalindustrien
privat praktiserende
fra klinik til forskningsprojekt
at hellige mig min privatpraksis eller søge en stilling med højere charge på et andet offentligt hospital i regionen, evt begge.
Skift til andet speciale.
?
andet lederjob i psykiatri
Til en ikke så belastet stilling, evt. konsulent eller bare skrive erklæringer og selv kunne bestemme arbejdsbelastningen. Eller til en stilling i specialklinik hvor man kan sortere i patienterne alt efter kapaciteten
fuldtidsforskning
Overgang til konsulenttilknytning
Til privat ansættelse eller freelance... (Som "gammel 68'er" ville jeg have forsvoret dette...)
Skift til andet hospital med flere kolleger og højere grad af faglighed
Til andet speciale
til privat praksis, alternativt til medicinalindustrien

anden afdelingSpeciallægepraksis
Som sagt før: til at blive privat praktiserende evt. suppl. med konsulent arbejde på svenske og norske hospitaler
Evt. privat praksis (uden for Sygesikringen)
Fra en ensom stilling som overlæge i psykoterapi til almenpsykiatrien.
Jeg vil gerne ud af det offentlige systems kvælende tag, så jeg overvejer det private

Bilag 28

Hvorfor overvejer De at skifte job?
Se de foregående besvarelser. Kort fortalt pga ressource mangel og dårlig ledelse. Føler mig ikklemme ifth opgaven jeg er ansvarlig for og de ressourcer der er til rådighed.
Ph.d. ansættelsen ophører
For meget arbejde, ringe påskønnelse, lousy betaling
for mange patienter til for få hænder i fremtiden
se ovenfor. og jeg mangler ca. 500 timer for at få fuld efterløn
det offentlige er utåleligt
Se tidligere
Fordi psykiatrien i det offentlige helt bevidst er blevet fjernet fra de andre lægelige specialer til skade for patienterne og mine muligheder for at være læge for det hele menneske
Vil gerne have tid til udvikling af nye behandlingstiltag og forskning
den anden branche er sjovere at være i
dårlig ledelse der medvirke til at jeg mister lysten til at gå på arbejde, at være glad for mit job, at miste entusiasmen og at blive ligeglad med det hele og tæller måneder og dagene til min ansættelsesperiode ophør
fordi det er for hårdt som det er
for stort arbejdspress og for meget kørsel og desuden er der muligvis planer om at sætte mig ned i løn (ikke forny åremål)
Jeg udnytter ikke mit special viden og lægefaglige uddannelse i tilstrækkelig høj grad og de strukturer vi bliver underlagt overordnet er helt uden fornemmelse for "det gode patient forløb"
Afveksling - nye udfordringer
For lidt indflydelse, psykiatrien drives som en fabrik, hvor en overlæge er uden ret mange handlemuligheder men med et formelt stort ansvar.
alle ovennævnte årsag
interesse og afventen af nye strukturændringer til en gennemskuelig organisation
overvejer min privatpraksis fordi det offentlige væsen er så tungt, bureaukratisk og uhensigtsmæssigt og fordi jeg synes det er spild af tid at speciallæger laver piccoline- og rengøringsassistent-arbejdsopgaver. Jeg overvejer at søge til et andet hospital fordi jeg i mit nuværende job ikke har fået den aflastning jeg er blevet lovet.
Orker efterhånden ikke alle frustrationerne over organiseringen af psykiatrien. Pres ovenfra for at gå i vagt, og pres for bryde overenskomster og rammerne for almindelig anstændig opførsel. Jeg føler ikke, jeg kan anbefale psykiatrien og samtidig føle mig som en god kollega. Og så har jeg måske også en vis nysgerrighed overfor nogle andre specialer. Jeg har mødt sympatiske kollegaer der har skiftet til psykiatrien, hvorfor ikke prøve den anden vej?
geografiske faktorer
for stor arbejdsbyrde i det nuværende

Se ovenfor
Der er et stort pres på speciallæger i psykiatrien.
Generelt negativ udvikling: Psykiatriens udskillelse af hospitalsvæsenet og manglen på psykiatriske sygeplejersker, sekretærer og speciallæger samt stadigt faldende antal lukkede sengepladser trods øgede opgaver pga. øget sygdomstængde.
Jeg orker ikke fortsat at være opffentlig ansat. Det er tiltagende hæsligt med mistænkeliggørelse, kontrol osv. Lige gyldige kontrolresultater er vigtigere end kvaliteten af kerneydelsen. Konstant mistænkeliggørelse...
For mange "ældre kolleger, der ikke tager på kurser, stort arbejdspress m.v.
For meget papirarbejde, for lidt lydhørhed og respekt fra politikerne overfor psykiatrien der ofte holde for ved nedskæringer
dårlig ledelse, stort arbejdspress
alt for få sengeStort arbejdspressFor lav løn
Opskruet arbejdstempo, bureaukratisering, bunkevis af skemaer, møder, DJØF'isering, elendig uddannelsespolitik fra afdelingernes side. Hvorfor overlade det meste til medicinalindustrien?
For i højere grad at kunne beskæftige mig med kerneydelsen - at behandle ptt.
P.g.a. ensomhed og fordi der er samarbejdsproblemer med andre psykoteraeutiske overlægekolleger.
Som sagt

Bilag 29

Afsluttende kommentarer kan skrives her
Mange af spørgsmålene kræver svar der vil være ret forskellige, afhængigt af hvilke patientgrupper man behandler (f eks skizofrene, patienter med affektive lidelser eller personlighedsforstyrrede), hvilket må gøre sammenligneligheden noget begrænset
Jeg har meget svært ved at forstå at man i en tid med mangel på speciallæger behandles så dårligt og til tider direkte krænkende.Bliver kun fordi min opgave er spændende, team baseret og indebærer multimodal behandling - hvis tilsvarende fandtes i det private var jeg smuttet for længst -ikke fordi jeg går ind for et privat sundhedsvæsen- men fordi det er svært at holde til og bevare arbejdsglæde og faglige kvalifikationer under nuværende betingelser. Ser mange offentlige ansatte i min omgangskreds der løber sur i det og bliver syge med stress og depression og synes det er skræmmende.Har lyst til at bruge min yringsfrihed og lade politikerere og befolkning vide hvad man og ptt dermed bydes.Men har vel ikke modet el enerigen endnu.Overvejer at inddrage det kollegiale netværk og evt arb.tilsynet.
Har ønske om at forblive i det offentlige i tværfagligt samarbejde og håber ikke at speciallægemangel, manglende tid til uddannelse(af yngre læger i afd) og tåbelige skemakrav forhindrer dette.
Jeg håber, at der er interesse for at forbedre den kliniske psykiatri.Vi bør naturligvis også have meget mere og lettere adgang til relevant og inspirerende information fra den sidste nye neurobiologiske basalviden.
Det kunne være interssant at vide, hvordan vi forholder os til funktionen som vidensformidler og underviser - hvor mange anser det for vigtigt, og hvilke faggrupper undervises, hvor meget?
Man kan undre sig over behandlingen af egne psykiatere i forhold til de rekrutterede fra udlandene.
Det helt afgørende for om jeg og mine kolleger fortsætter i det offentlige er, at der skabes bedre rammer for arbejdet. Nu har patienterne fået enestuer, men behandlingen er ofte ikke god nok - for meget brandslukning og for få visioner - og det er dræbende for arbejdsglæden.
Systemet er helt igennem udemokratisk.Arbejdsmoralen er lav og interessen svær at finde.
Dialogen i mellem beslutningstagere og de udførende led er alt for dårlig og den er i årenes løb blevet stadig ringere. Der er alt for lidt respekt for fagligheden - der er for megen politiseren og en deraf følgende populisme.
Politikerne må stille borgerne realistiske forventninger i udsigt - lytte til faglig god behandling som grundlag for planlægning, og ikke lade sig forblænde af at tækkes "at alt skal kunne lade sig gøre". De må tage medansvar for prioritering og oprusting af fagområdet og ressourcer til dette.Selvom der er lægemangel i specialet psykiatri vil rigtig mange opgaver kunne løses til stor gavn for pt. og samfund ved resourcetilførsel mhp. opgaveglidning i ilstrækkeligt omfang.Det er menneskeligt og samfundsmæssigt alt for omkostningsfyldt at så mange borgere ikke behandles godt nok for ikke-psykotiske lidelser og misbrug.

som anført tidligere, har jeg netop skiftet job pgr af personlig uoverensstemmelse med "medleder", ikke så meget på gr strukturelle problemer. Men min grænse er næsten nået, hvad angår udefrakommende diktat om hvordan jeg skal udføre mit job. Psykiatriske patienter er ikke maskiner eller et "produkt", der skal "håndteres". Jeg tror, at jeg får svært ved at omstille mig til yderligere "produktion", fordi det, som jeg er oplært i er rigtig og ordentlig behandling af målgruppen, kommer til at ligge for langt fra nye krav. Dog, hvis begrebet "tid til omstilling" vandt indpas er det muligt, ja endog sandsynligt, at jeg kunne finde nye værdier i andre måder at gribe arbejdet an på.
Under uddannelse, er derfor ikke psykiater endnu
Der er krav om meget detaljeret dokumentation som står i vejen for kerneydelsen- patientkontakten og vejledning/ supervision af samarbejdspartnere
Der burde være formaliseret samarbejde mellem praktiserende psykiater og sygehusvæsnet
i forbindelse med specielt møder med hospitalsansatte kolleger forekommer det stærkt nødvendigt at psykiatrien tildeles flere ressourcer
der mangler reel lægeindflydelse
I hospitalsvæsenet skal man overveje hvor mange kvalitetsskemaer og undersøgelser man sætter igang, da det fjerner fokus fra kontakt og behandling af patienterne. Der er ikke tid til at nå det hele. Patienten bør være i fokus og behandlingen af patienterne skal have tidsmæssig mere plads. Andre end psykiaterne må kunne tage sig af nogle af de administrative opgaver.
En ældre psykiaters vurderinger på baggrund af mange års erfaringer
Måske kunne der vindes noget ved at se på arbejdstilrettelæggelsen? Kunne man have yngre læger i arbejde mere konrinueligt og så give dem samlet fri i to måneder?
Hvor offentliggøres resultatet af undersøgelsen? Hvem er "Nordjyske" ?? Der fejl i den sproglige syntaks i indledningen, og "Benzodiazepiner" er stavet forkert!! Oplys evt. i DPS-nyt
Man skulle forsøge at få et indblik i psykiatriske forhold ved at læse bøger skrevet af tidl. overlæge Frederik Lange, overlæge Frode Krarup, overlæge August Wimmer og overlæge Hjalmar Helweg
ledelsen er forhippet på at takkes embedsværket, der mener kontrol er vigtigere end pt-relationen
En større arbejdsglæde, og dermed en mere effektiv arbejdsindsats og en bedre patientbehandling ville blive resultatet, hvis der i større grad var tillid til de offentlige ansatte i almindelighed og de psykiatriske ansatte i særdeleshed
Denne undersøgelse er vigtig og kan måske bruges til at bedre rekrutteringen til overlægestillinger i det nordjyske
Pas godt på psykiaterne. Lad læger lave lægesarbejde. opgrader sekretærer og plejepersonale. Beløn mænd i plejen. ja- det lyder skidt men en kompetent stærk mand kan nedbringe tvangen. styrk psykiateres uddannelse i de tre penible områder for psykiatrien; Tvang, ECT og farmakologisk behandling. de syge skal behandles og ikke gå forhuttede og lidende rundt til skade for samfundet og dem selv pga stigmatisering.
sp. om motion etc. var svære at besvare idet jeg anbefaler dette, men ikke tilbyder behandling

vi skal ikke glemme, at vi stadigvæk er mennesker og ikke en maskine der skal med fuld fart kører hele tiden. Jeg tror ikke på alt de papir arbejde, skemaer, og signaturer der skal samles for at bevise at vi er gode psykiater. Jeg synes patienter er blevet glemt i hele taget, og den tid der skal bruges på dem bruges på andre administrative formål og unødvendige møder.
Børne og ungdomspsykiatrien er blevet meget belastet og travlt, og opgaverne løses ikke tilfredsstillende.
For at fastholde læger i psykiatrien skal der være en gullerod. At skulle bruge hele dage på at svare på erklæringer og lave arbejde som føles meningsløst kun fordi lovende dikterer det, er ikke nogen god gullerod. Faget i sig selv er jo så spændende, nogle af de trælse elementer bør bare fjernes og der bør sættes på supervision, realistisk rådgivning, gode arbejdsforhold, mm.
Spørgeskemaet virker ikke så gennemarbejdet. Det burde først have været anvendt på en lille gruppe (en pilotundersøgelse)
Jeg er børnepsykiater, og startede på besvarelsen uden af det blev tydeligt at det var beregnet for voksenpsykiatere
Jeg kunne ikke skrive ;[Spørgsmålene ikke rettet til min situation som privatpraktiserende i egen klinik. Det opfatter jeg som diskriminerende overfor den gruppe jeg tilhører. Der burde være mange flere privatpraktiserende psykiatere.
den offentlige debat er fyldt med jammerkommoder - jeg ønsker ikke at fremstå som en sådan. Jeg vil pege på, at det er meget farligt, at man fra politisk/administrativ side, har gjort det så uattraktivt at arbejde som speciallæge i det offentlige sundhedsvæsen, at adskillige speciallæger foretrækker det private væsen - det er en bombe under det offentlige sundhedsvæsen.
Ved angivelse af længden af min tid som psykiater har jeg taget udgangspunkt i hvor længe jeg har arbejdet som læge i psykiatrien. Jeg har været speciallæge i psykiatri i 10 år.
Vigtigt at erindre at jeg er psykolog, og derfor ikke har kunnet tage kvalificeret stilling til de mere specifikke spørgsmål relateret til medikamentel behandling
Den kommende akkreditering - endnu et Handelshøjskoleprodukt, der skal implementeres i henhold til New Public Management - kommer til at jage endnu flere væk fra hospitalssektoren. Jeg kender mange, der sidder på spring.
spørgeskemaet er ikke designet til læger i offentlige, der har begrænset patientkontakt, og som er tidvis vedrholdning - hvilket er uinteressant - og ikke vedr facts
REGistrering og dokumentation m.m. tager rigtig meget tid fra den direkte patientkontakt
jeg er 68 år pensioneret olæge med lille deltidspraxis derfor er mine svar ikke karakteristiske for helheden
Agter at blive speciallæge i psykiatri hvor jeg nu engang er "anbragt" jvf. blok. Hvis stedet bliver erklæret uegnet til uddannelsessted er sagen en anden
Det vil være relevant at ansætte kliniske psykologer til arbejde i lukkede psykiatriske sengeafsnit efter supplerende psykopatologisk og psykofarmakologisk uddannelse. Udviklingen vil med sikkerhed i 2-4 år være negativ og bør udmeldes til befolkningen via regionspolitikerne.
Jeg finder det bekymrende at psykiatrien er blevet adskilt fra somatikken. Det sætter endnu større krav til os om at vedligeholde lægefaglige funktioner og hindrer "sparring" med somatikken, neuro-

loger m.v.

politiske dagsordner, som behandlingsgaranti, får læger til at forlade det offentlige sundhedsvæsen.
Dermed nedprioriteres de dårligste patienter

psykiatrien skal placeres på et sygehus, ligesom alle de andre lægelige specialer, og IKKE for sig selv. Og psykiatriske afd. skal ikke kaldes Center et eller andet, men SYGEHUS

Det tog meget længere tid end de lovede 10 min