



# Tværfagligt Samarbejde i Behandlingspsykiatrien

Et Sygeplejerskeperspektiv fra Region Hovedstadens Psykiatri

Kandidat i Socialt Arbejde | Aalborg Universitet, KBH | 4. Semester - Speciale

Lea Victoria Fauner | 20220204

Jonathan Lynge Jensen | 20221387

Louise Aagaard Nielsen | 20220185

Vejleder | Mathias Herup Nielsen

Anslag: 205.489

# Abstract

This thesis investigates the interdisciplinary collaboration within the psychiatric treatment sector in “Region Hovedstadens Psykiatri” (RHP). The study is based on the perspective of the nursing profession, utilizing nurses' narratives and experiences of practice as primary empirical data. The interest in this field arises from previous research, which has primarily focused on collaboration across sectors, leaving a gap in studies specifically examining the psychiatric treatment within the regions.

The thesis is a case study focusing on “Region Hovedstadens Psykiatri” three-year plan for unit-oriented interventions and how interdisciplinary collaboration in this context contributes to ensuring holistic care. It is a qualitative study with a hermeneutic scientific approach to the phenomenon. The findings in this thesis are thus an interpretation of the practice as reported by nurses. This interpretation is supplemented with theory and methodology to ensure objectivity. There is a focus on different levels of understanding and a methodological approach to comprehending interdisciplinary work, inspired by Ejrnæs and Svendsen (2021), along with a theoretical framework based on Pierre Bourdieu's practice theory (Bourdieu, 1997).

First, the methods are described, emphasizing transparency based on hermeneutics. This is followed by a detailed description of the data processing, which includes transcriptions of 60 pages of interviews with 4 different respondents. Concept-driven codes and user-driven codes were used in the process.

Subsequently, the case study and the three-year plan, which guide the entire thesis, are unfolded. The thesis is divided into three analytical parts. The first part focuses on the functions and dysfunctions of interdisciplinary collaboration. The second part examines how Bourdieu's (1997) concepts of habitus and capital manifest in nursing practice. These parts form the basis for the third part, which analyzes how habitus and capitals affect the maintenance of functions and dysfunctions in collaboration.

The study concludes that there are generally three types of habitus, including a general one, one in the outpatient setting, and one in the emergency department, all of which affect the goals of the three-year plan and the maintenance of functions and dysfunctions. Nurses generally possess a significant amount of cultural capital

through education and experience, which is crucial for maintaining functions. Their symbolic capital seems to impact their work but does not influence the three-year plan. Additionally, social capital is shown to be significant for interdisciplinary collaboration and the maintenance of functions. However, when there is a low level of social capital, dysfunctions are sustained.

# Indholdsfortegnelse

|                                                                            |           |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. Indledning.....</b>                                                  | <b>5</b>  |
| <b>2. Problemfelt.....</b>                                                 | <b>6</b>  |
| 2.1 Problemformulering.....                                                | 9         |
| <b>3. Afgrænsning.....</b>                                                 | <b>10</b> |
| <b>4. Metodologi.....</b>                                                  | <b>11</b> |
| 4.1 Hermeneutik.....                                                       | 11        |
| 4.2 Teori.....                                                             | 15        |
| 4.2.1 Praksisteori   Felt, Habitus og Kapital.....                         | 15        |
| 4.2.2 Tværfagligt samarbejde   Funktion og dysfunktion i RHP.....          | 19        |
| 4.3 Litteratursøgning.....                                                 | 22        |
| 4.5 Analysestrategi.....                                                   | 23        |
| 4.5.1 Analysedel 1   Funktion og Dysfunktion.....                          | 23        |
| 4.5.2 Analysedel 2   Praksisteori.....                                     | 25        |
| 4.5.3 Analysedel 3   Praksisteoriens påvirkning.....                       | 26        |
| <b>5. Metode.....</b>                                                      | <b>27</b> |
| 5.1 Casestudie.....                                                        | 27        |
| 5.2 Empiri.....                                                            | 28        |
| 5.2.2 Primær empiri - Interviews.....                                      | 28        |
| 5.2.3 Transskribering.....                                                 | 30        |
| 5.2.4 Etik og Anonymisering.....                                           | 31        |
| 5.3 Sekundært Dokument   Tre-årsplanen.....                                | 32        |
| 5.4 Databehandling.....                                                    | 33        |
| 5.5 Validitet og reliabilitet.....                                         | 35        |
| <b>6. Tre-årsplan for Region Hovedstadens Psykiatri.....</b>               | <b>36</b> |
| 6.1 De 4 søjler.....                                                       | 37        |
| 6.1.1 Søjle 1   Patientens ønsker og behov.....                            | 37        |
| 6.1.2 Søjle 2   Kvalitet i behandlingen.....                               | 38        |
| 6.1.3 Søjle 3   Kompetente medarbejdere.....                               | 38        |
| 6.1.4 Søjle 4   Effektive arbejdsgange:.....                               | 39        |
| <b>7. Analysedel 1   Begrebsliggørelse af Funktion og dysfunktion.....</b> | <b>40</b> |
| 7.1 Søjle 1: Patientens ønsker og mål.....                                 | 40        |
| 7.1.1 Opsummering.....                                                     | 42        |
| 7.2 Søjle 2: Kvalitet i behandling.....                                    | 43        |
| 7.2.1 Opsummering.....                                                     | 45        |
| 7.3 Søjle 3: Kompetente medarbejdere.....                                  | 45        |
| 7.3.1 Opsummering.....                                                     | 46        |
| 7.4 Søjle 4: Effektive arbejdsgange.....                                   | 47        |
| 7.4.1 Opsummering.....                                                     | 49        |

|                                                                                          |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 7.5 Delkonklusion   Analysedel 1.....                                                    | 50         |
| <b>8. Analysedel 2   Habitus og Kapitaler i praksis.....</b>                             | <b>52</b>  |
| 8.1 Habitus:.....                                                                        | 52         |
| 8.2 Kapitaler:.....                                                                      | 61         |
| 8.2.1 Kulturel kapital.....                                                              | 61         |
| 8.2.2 Social kapital.....                                                                | 65         |
| 8.2.3 Symbolsk kapital.....                                                              | 68         |
| 8.3 Delkonklusion   Analysedel 2.....                                                    | 71         |
| 8.3.1 Habitus.....                                                                       | 71         |
| 8.3.2 Kapitaler.....                                                                     | 74         |
| <b>9. Analysedel 3   Habitus og kapitalers påvirkning på tværfagligt samarbejde.....</b> | <b>77</b>  |
| 9.1 Funktioner.....                                                                      | 77         |
| 9.1.1 Delkonklusion   Habitus og kapitalers indflydelse på funktioner.....               | 84         |
| 9.2 Dysfunktioner.....                                                                   | 87         |
| 9.2.1 Delkonklusion   Habitus og kapitalers indflydelse dysfunktioner.....               | 92         |
| <b>11. Konklusion.....</b>                                                               | <b>94</b>  |
| <b>12. Diskussion.....</b>                                                               | <b>96</b>  |
| <b>13. Perspektivering.....</b>                                                          | <b>100</b> |
| <b>14. Litteraturliste.....</b>                                                          | <b>103</b> |

# 1. Indledning

Psykiatrien i Danmark har været under udvikling i de senere år, og der har været øget fokus på, hvordan psykiatrien kan forbedres og udvikles med særligt fokus på helhedsorienterede indsatser (Kommunernes Landsforening, 2021; Social- og ældreministeriet, 2022; Region Hovedstadens Psykiatri, 2022; Sundhedsstyrelsen, 2022). Ligeledes har der senest i 2022 været fokus på psykiatrien med fællesaftalen om Ti-årsplanen, hvor målet er at forbedre og udvikle den samlede nationale psykiatri samt fremme mental sundhed i Danmark (Sundhedsministeriet, 2022).

Behandlingspsykiatrien har udviklet sig fra en biomedicinsk tilgang i retning mod en mere helhedsorienteret tilgang. I dag beskrives psykiatrien som et bio-psyko-socialt felt, hvor der arbejdes recoveryorienteret. Det vil sige, at der i højere grad tages udgangspunkt i patientens egne ønsker og mål, og behandlingen vil være med til at understøtte disse og øge patientens egne ressourcer (Socialstyrelsen, 2023; Johansen et al, 2012; Region Hovedstadens Psykiatri, 2022).

Den bio-psyko-sociale model er en model inden for sundhed og psykologi, som netop anerkender kompleksiteten af menneskelig sundhed og sygdom. Den biopsykosociale model søger både at identificere de fysiske og genetiske årsager til sygdom, men inddrager i lige så høj grad de psykologiske og sociale faktorer omkring mennesket (Sundhedsstyrelsen, 2022). Det bio-psyko-sociale felt inden for psykiatrien bakkes blandet andet op af arbejdet med etableringen af en helhedsorienteret lov, også kaldet HOI-loven, hvis formål er at gøre op med silotænkning og skabe bedre rammer for helhedsorienterede indsatser rettet mod borgere med komplekse og sammensatte behov (Social- og ældreministeriet, 2022). Fællesaftalen om Ti-årsplanen for psykiatrien har blandt andet også fokus på understøttelse af tværfaglige og tværsektorielle samarbejder for at kunne skabe en mere helhedsorienteret indsats i behandlingerne af patienterne, samt et holistisk og helhedsorienteret perspektiv på mennesket med en psykisk lidelse. Samtidig er der med Ti-årsplanen fokus på medarbejderes fagligheder og kompetencer, samt deres rolle i at få de sammenhængende og tværfaglige indsatser til at lykkes (Sundhedsministeriet, 2022).

En helhedsorienteret indsats kræver samarbejde mellem en bred vifte af faggrupper og deres særskilte fagligheder, for netop at kunne løfte en sådan opgave (Hjalmar et al., 2024; Bengtsson, 2011). Dette speciale vil behandle netop dette tværfaglige samarbejde mellem faggrupper i behandlingspsykiatrien, mod en helhedsorienteret indsats.

## 2. Problemfelt

Behandlingspsykiatrien omfatter behandling under indlæggelse på sengeafsnit og ambulant behandling på de psykiatriske centre rundt om i Regionerne. Denne behandling er regionernes ansvar, og dermed betyder det, at de har ansvaret for den psykiatriske behandling, på fx. intensive sengeafsnit, åbne afsnit og de forskellige psykiatriske ambulatorier, som indbefatter distriktskykiatri, opsøgende psykoseteam, andre udgående teams (Danske regioner, u.å). Et eksempel på typer af ambulatorier er F-ACT (Fleksibelt og opsøgende indsats) og OPUS (Ambulatorium for Unge med skizofreni), som er ambulatorier med hver deres specialisering inden for psykiatrien (Region Hovedstadens Psykiatri, u.å.a). Samtidig har regionerne ansvaret for at yde konsulentbistand til regionale og kommunale institutioner (Danske regioner, u.å).

Dette speciale vil tage udgangspunkt i Region Hovedstadens Psykiatri (fremover beskrevet som RHP). RHP består af ni psykiatriske centre fordelt rundt om i regionen. I RHP er mere end 5.000 medarbejdere ansat og der behandles årligt mere end 50.000 mennesker med psykisk sygdom, hvilket svarer til knap 40% af den samlede psykiatriske behandling i Danmark (Region Hovedstadens Psykiatri, u.å.b). Blandt de mere end 5.000 medarbejdere er der repræsentation af mange forskellige faggrupper herunder læger, sygeplejersker, psykologer, social- og sundhedsassistenter, fysioterapeuter, ergoterapeuter, socialpædagoger samt socialrådgivere (Bengtsson, 2011; Sundhedsministeriet, 2022). Disse forskellige faggrupper bidrager forskelligt til behandlingspsykiatrien med hver deres kernefaglighed (Ejrnæs & Svendsen, 2021). Som eksempel kan man sammenligne sygeplejerskens og ergoterapeutens bidrag til behandlingspsykiatrien. Sygeplejerskens faglighed bygger på natur-, human- og socialvidenskabelige teorier, og ergoterapeutens fokus ligger i at træne det fysiske, psykiske, kognitive og sociale

funktionsniveau, hvor der arbejdes med begreber som ADL (almindelig daglig livsførelse) (Bengtsson, 2011). Altså to forskellige bidrag til den psykiatriske behandling.

I den seneste nationale psykiatriaftale beskrives det, hvordan alle involverede faggrupper i fællesskab skal understøtte den helhedsorienterede behandling i behandlingspsykiatrien (Sundhedsministeriet, 2022). RHP har ligeledes udfærdiget en Tre-årsplan for 2022-2024 som kaldes ”*sammen om god behandling*” (Fremover beskrevet som Tre-årsplanen), hvor Ti-årsplanen for den nationale psykiatri har været retningsgivende (Region Hovedstadens Psykiatri, 2022). Her beskrives deres ambitioner og strategier for at opnå målet om indfrielse af løftet, om at patienten er den vigtigste i behandlingen, og at målet er at hjælpe dem godt videre (Region Hovedstadens Psykiatri, 2022). Ambitionerne og strategierne i forhold til indfrielsen af målet baserer sig på fokus på patientens ønsker og behov, kompetente medarbejdere, effektive arbejdsgange og sidst, kvaliteten i behandlingen (Region Hovedstadens Psykiatri, 2022). Der ligger derfor et stort ansvar hos hver faggruppe, og hos den enkelte medarbejder i forhold til at sikre den helhedsorienterede indsats, når alle de forskellige fagligheder skal samarbejde mod et samlet fastsat mål for den helhedsorienterede indsats og behandling af patienterne i behandlingspsykiatrien i Region Hovedstaden (Sundhedsministeriet, 2022).

Ifølge Ejrnæs og Svendsen (2021) er tværfagligheden en nødvendighed, hvoraf faglig integration og flere faglige vinkler sikrer et nuanceret helhedssyn. Tværfagligheden beskrives som en funktionel nødvendighed, for at kunne handle i forhold til sammensatte problemer for borgere og patienter (Ejrnæs & Svendsen, 2021). Det er på den måde tværfagligheden, som skal sikre den, efter hensigten, helhedsorienterede indsats for patienter med psykiske lidelser.

Tværfagligt samarbejde mellem forskellige faggrupper i psykiatrien belyses af forskellig litteratur og forskning, det beskriver forskellige udfordringer, som kan opstå. En undersøgelse fra Det Nationale Institut for kommuners og Regioners Analyse og Forskning (KORA) påpeger kulturelle barrierer, professionel identitet og manglende respekt for hinandens arbejdsområder som hindringer for samarbejde, samt, hvordan mangel på inddragelse af samarbejdsaftaler, kan føre til forvirring blandt frontlinjepersonale (Johansen et al., 2012).

Mikkelsen et al. (2016) beskriver professionskampe og en "os og dem" kultur mellem faggrupper.

Reese og Sontag (2001) påpeger, at manglende forståelse for hinandens ekspertise skaber modstand mod inklusion. Hall (2005) fremhæver silotænkning og konkurrence om autoritet som hindringer.

Jensen et al. (2023) viser manglende koordination og divergerende mål blandt medarbejdere som hindringer for samarbejde.

Afslutningsvis kan nævnes en vidensindsamling fra VIVE, som påpeger utryghed ved for mange involverede og uklare mål, samt hvordan monofagligt syn kan hæmme tværfagligt samarbejde (Hjelmar et al., 2024).

Et gennemgående træk ved litteraturen og dens forskning er, at det relaterer sig til samarbejdet på tværs af sektorer, primært mellem behandlings- og socialpsykiatrien, og det kan det derfor bemærkes, at det interne samarbejde i behandlingspsykiatrien ikke bliver belyst, på trods af behandlingspsykiatriens komplekse interne strukturer med et bredt spektrum af faggrupper, forskellige afdelinger, geografiske spredning og subspecialer. Alt dette på trods af opmærksomheden politisk og til trods for ønsket om en helhedsorienteret og sammenhængende behandling af patienter med psykiske lidelser (Sundhedsministeriet, 2022 & Region Hovedstadens Psykiatri, 2022).

Med afsæt i forskningen, som beskriver forskellige udfordringer af det tværsektorielle samarbejde mellem behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien, retter dette speciale opmærksomheden mod det tværfaglige samarbejde internt i behandlingspsykiatrien. Med den store geografiske spredning, et omfattende optageområde, diverse behandlingstilbud og en bred vifte af patienter og faggrupper, ser vi behandlingspsykiatrien som et godt grundlag til at forstå, hvordan social og sundhedspersonale inden for samme sektor samarbejder på tværs af faggrupper og specialiseringer. Med afsæt i tværfagligheden, som en funktionel nødvendighed mod en helhedsorienteret indsats i behandlingspsykiatrien, sigter dette speciale mod at fortolke og analysere det tværfaglige samarbejde i praksis, i forhold til definerede mål om den helhedsorienterede indsats, som det er beskrevet i Tre-årsplanen for RHP (Region Hovedstaden Psykiatri, 2022; Ejrnæs & Svendsen, 2021; Sundhedsministeriet, 2022). Specialet vil tage udgangspunkt i et sygeplejefagligt

perspektiv, og arbejdet med det tværfaglige samarbejde ses derfor igennem sygeplejerskernes beretninger. Denne undersøgelse af det tværfaglige samarbejde er ikke en kritik af sygeplejerskernes arbejde, men derimod et forsøg på at opnå en dybere forståelse af samarbejdets dynamikker og processer. Dynamikken og disse processer fortolkes og analyseres ved hjælp af en begrebsliggørelse af det tværfaglige samarbejdes funktioner og dysfunktioner (Ejrnæs og Svendsen, 2021) og gennem et teoretisk blik med sociologen Pierre Bourdieus praksisteori (Bourdieu, 1997).

## 2.1 Problemformulering

Med fokus på den helhedsorienterede indsats i behandlingspsykiatrien og nødvendigheden af tværfagligt samarbejde, lyder dette speciales problemformulering som følgende:

Hvordan viser funktioner og dysfunktioner sig gennem sygeplejerskernes beretninger, i opfyldelsen af målsætningerne i Tre-årsplanen, og hvordan påvirker habitus og kapitaler opretholdelsen af disse funktioner og dysfunktioner i sygeplejerskernes praksis?

Arbejdsspørgsmål:

1. Hvilke funktioner og dysfunktioner viser sig gennem sygeplejerskernes beretning i opfyldelsen af målsætninger i Tre-årsplanen?
2. Hvordan ser habitus og kapitalerne ud på baggrund af sygeplejerskernes beretninger?
3. På hvilken måde spiller kapitalerne og habitus ind på opretholdelsen af de funktioner og dysfunktioner der er til stede i sygeplejerskernes praksis?

### 3. Afgrænsning

Dette speciale afgrænser sig til RHP med fravalg af børne- og ungdomspsykiatrien, samt retspsykiatrien. Det ville ikke være muligt at anonymisere en undersøgelse på disse psykiatriske centre, da der kun findes ét af hver i Region Hovedstaden. Derfor er fravælgelsen af disse to områder sket på baggrund af etiske årsager.

Specialet afgrænses til én enkelt faggruppe, da alle faggrupper har hver deres kernefaglighed, og at denne kernefaglighed på hver sin måde bidrager til tværfagligt samarbejde (Ejrnæs & Svendsen, 2021). Denne enkelte faggruppe er sygeplejersker. Sygeplejerskerne har det direkte plejersvar for de psykiatriske patienter og de er således en væsentlig del af psykiatriens arbejde, også med afsæt i den bio-psyko-sociale model (Sundhedsstyrelsen, 2022). Med afgrænsningen til sygeplejersker ønsker vi at opnå en mere detaljeret beskrivelse af, hvordan netop denne specifikke faggruppes erfaringer og oplevelser bidrager til forståelsen af det tværfaglige samarbejde i praksis. Ved at fokusere på sygeplejerskers perspektiv søges det at opnå et mere konkret billede af, hvordan forskellige faggrupper inden for det tværfaglige samarbejde kan påvirkes på forskellige måder. Dette har således til formål at uddybe kompleksiteten af det tværfaglige samarbejde og dets indvirkning på sygeplejerskernes arbejde og praksis.

Vi har fravalgt, at have ledere som informanter, da vi ønsker et rent fokus på sygeplejerskernes egne oplevelser, erfaringer og perspektiv ift. deres praksis.

Når der i specialet tales om målsætninger, tages der udgangspunkt i Tre-årsplanen “*sammen om bedre behandling 2022-2024*” (Region Hovedstaden Psykiatri, 2022), som er udfærdiget i RHP, hvor den nationale Ti-årsplan har været retningsgivende for dens udfærdigelse (Sundhedsministeriet, 2022).

## 4. Metodologi

### 4.1 Hermeneutik

Dette speciale baseres på kvalitativ forskning. Den kvalitative forskning har fokus på at beskrive, hvordan fænomener opleves eller erfares (Brinkmann & Tanggaard, 2020). Ved hjælp af denne type forskning, er det muligt at få indblik i eller forståelse for individers følelser, holdninger, erfaringer og oplevelser (Brinkmann & Tanggaard, 2020).

Vores tilgang til videnskabelig kvalitet, i dette speciale, er funderet i nøje redegørelse for vores fordomme samt eksplicit og begrundet valg af teori, empirisk grundlag og metode (Juul, 2012). Dette afsnit fungerer som en gennemsigtig ramme, hvor læseren kan forstå vores erkendelsesproces og undersøgelsesmetoder.

Igennem den hermeneutiske tradition søger vi at fortolke og klarlægge tvetydige og uklare pointer, da enhver forståelse er en fortolkning baseret på individuelle situationer og forståelseshorisonter (Guldager, 2015). Vi anerkender, at forforståelse og fordomme influerer på vores tolkninger og undersøgelser af den sociale virkelighed og vores genstandsfelt, og vi søger derfor en kontinuerlig dialog mellem teori, metode og empiri.

Følgende fordomme har været bestemmende for, hvad der er blevet undersøgt: Vi har været af den opfattelse, at det tværfaglige samarbejde i behandlingspsykiatrien består af både funktioner og dysfunktioner, og vi har specielt fokuseret på, hvordan dysfunktionerne kan påvirke sygeplejerskers praksis negativt. Denne opfattelse blev formet af vores kendskab til tidligere forskning, der dokumenterede udfordringer i det tværfaglige samarbejde og samtidig har vores egne erfaringer som deltagere i tværfagligt samarbejde påvirket vores synspunkter, idet hver af os i specialegruppen har haft individuel erhvervserfaring med netop dette. Disse erfaringer har drevet vores interesse for at undersøge sygeplejerskernes oplevelser og erfaringer med det tværfaglige samarbejde i praksis, og har været med til at forme specialets genstandsfelt.

Den hermeneutiske cirkel er central i vores tilgang, hvor fortolkningen sker i en iterativ proces mellem forståelse og forforståelse (Guldager, 2015). Vi er dog

opmærksomme på kritikken af denne tilgang, særligt i forhold til spørgsmålet om objektivitet, hvilket vi adresserer gennem brug af teori som et objektiverende redskab (Guldager, 2015).

I vores arbejde med at fortolke og klarlægge tvetydige og uklare pointer, søger vi at integrere tre fortolkningsniveauer inspireret af Steinar Kvale : 1) selvforståelse, 2) kritisk commonsense forståelse og 3) teoretisk forståelse (Guldager, 2015; Kvale & Brinkmann, 2009). Dette kræver en åbenhed til vores egne fordomme samt en åben dialog mellem teori og empiri.

- 1) Selvforståelse er afgørende, da vi skal sikre, at vi har forstået informanternes udsagn korrekt og undgå misforståelser eller forkerte gengivelser (Guldager, 2015; Kvale & Brinkmann, 2009). Dette sikrer vi, ved at være omhyggelige i vores databehandling, vi vil være særligt opmærksomme på ikke at forkorte citater, da det kan ændre helhedsforståelsen. Alle tre medlemmer af specialegruppen har været til stede under databehandlingen, hvilket har gjort os i stand til at være opmærksomme på eventuelle misforståelser, der kunne opstå. Samtidig har vi en sygeplejerske i specialegruppen til at diskutere eventuelle fagsprog og termer med, således at vi har kunne tolke vores empiri korrekt.
- 2) Den kritiske commonsense forståelse indebærer en analyse af vores første fortolkninger og systematisering af data i bestemte begreber og temaer (Guldager, 2015; Kvale & Brinkmann, 2009). Vores kodning er med til at sikre denne systematisering. Kodningen består af både begrebsdrevne og datadrevne koder. De begrebsdrevne koder har fungeret som en strukturerende ramme, der har muliggjort undersøgelsen af, hvordan Tre-årsplanen viser sig i praksis. I modsætning hertil er de datadrevne koder opstået gennem en grundig gennemlæsning af det samlede datasæt. Disse koder har gjort, at vi systematisk og én efter én har kunnet få øje på de ting i vores data, som viste sig at være gennemgående temaer ved første gennemlæsning. Databehandlingen beskrives nærmere i [afsnit 5.4 Databehandling](#)

- 3) Den teoretiske forståelse spiller en central rolle i vores undersøgelse, da vi søger at diskutere vores fund med relevant teori og anvende teoretiske begreber til at forstå og forklare empiriske fænomener (Guldager, 2015; Kvale & Brinkmann, 2009).

Vores videnskabelige objektivitet er knyttet til denne teoretiske forståelse og de teoretiske begreber og sammenhænge, som vi anvender til at fortolke og forklare de empiriske fund (Guldager, 2015). Vi erkender, at vores fordomme og teoretiske udgangspunkter kan udfordres af nye erfaringer og tolkninger, hvilket bidrager til en stadig udvikling af vores forståelse (Juul, 2012).

Som beskrevet er vores tilgang til problemet initieret af en række fordomme som formede vores genstandsfelt, primære empiri og valg af teori. Vores teoretiske udgangspunkt var primært baseret på Michael Lipskys frontlinjeteori (Lipsky, 2010), men vores førstevalg blev udfordret, da vores dataindsamling afslørede en anden virkelighed end forventet.

I vores tilfælde var vores førstevalg af Lipskys teori et eksempel på en fordom, som vi måtte revidere efter vores dataindsamling. Den hermeneutiske cirkel blev tydelig, da vores nye forståelse af fænomenet krævede en ændring i vores teoretiske ramme.

Efter den første gennemlæsning af vores dataindsamling indså vi, at der ikke blev berettet meget om krydspres, skøn og rationering (Lipsky, 2010). Derfor var Lipskys teori ikke længere passende. I stedet var det tydeligt, hvordan det tværfaglige samarbejde var meget præget af den måde sygeplejerskernes praksis og arbejde var organiseret på og der var tydelige forskelle på, hvordan sygeplejerskerne opfatter deres tværfaglige kollegaer afhængig af, hvilket afsnit de arbejder på. Dette ledte os til en ny forståelse baseret på Pierre Bourdieus praksisteori (Bourdieu, 1997). Valget af denne teori er altså udsprunget af en relativ åbning læsning og tolkning af empirien. Begrundelsen for dette teorivalg beskrives nærmere i [afsnit 4.2.1. Praksisteori | Felt, Habitus og Kapitaler](#)

Denne ændring i vores teoretiske perspektiv viser, hvordan vores fordomme og teoretiske udgangspunkt blev udfordret og revideret gennem vores forskning. Vi var ikke så deduktive i vores tilgang, at der ikke var plads til en ny forståelse af

fænomenet, hvilket understreger vigtigheden af at være kritiske over for vores forforståelse når der arbejdes med hermeneutikken (Guldager, 2015).

Vores forståelse blev dermed kontinuerligt formet og udviklet gennem en iterativ proces, hvor vores teoretiske fordomme blev konfronteret med empiriske erfaringer. Denne dynamiske proces har styrket vores undersøgelse og tilladt os at opnå en dybere og mere nuanceret forståelse af det tværfaglige samarbejde i behandlingspsykiatrien.

Teorien er uundværlig for analysen, da den giver en objektivitet til fortolkningen og forklaringen af empiriske fund (Guldager, 2015). En god fortolkning fanger de karakteristika, der er centrale og væsentlige for forståelsen af fænomenet eller problemstillingen. Abstraktion er også vigtigt her for at begrunde og give empirisk belæg samt se bort fra ligegyldige og tilfældige træk ved fænomenet (Guldager, 2015). Denne abstraktion beskrives også nærmere i [afsnit 5.4 Databehandling](#).

Vi skal også være opmærksomme på, at hvis begreber er for abstrakte, kan vi slet ikke forstå dem og deres sammenhæng med fænomenet (Guldager, 2015). Derfor søger vi i analysen at forstå, hvad det tværfaglige samarbejde indebærer i en helhedsorienteret indsats. Til dette vil vi undersøge, hvilke funktioner og dysfunktioner der er i det tværfaglige samarbejde for at kunne bruge dette som et begreb (Ejrnæs og Svendsen, 2021). Vi skal forstå, hvornår tværfagligt samarbejde er funktionelt og dysfunktionelt i Tre-årsplanen, som er den ramme sygeplejerskerne arbejder i, inden for psykiatrien. Ved at forstå funktionerne og dysfunktionerne i det tværfaglige samarbejde kan vi bruge begrebsliggørelsen til en videre analyse.

Begrundelsen for begrebsliggørelsen ligger også i erkendelsen af, at hvis der ikke er klarhed over begreberne, bliver diskussionen meningsløs (Guldager, 2015).

Vi erkender altså, at vores videnskabelige praksis ikke kan gøre krav på endelig og absolut sandhed. Og vi erkender således at vores undersøgelse af sygeplejerskers arbejde i praksis med tværfagligt samarbejde som præmis for den helhedsorienterede indsats er underlagt visse begrænsninger, men vi stræber efter troværdighed og videnskabelig evidens gennem klare metodiske overvejelser og argumentation (Juul, 2012).

## 4.2 Teori

De følgende afsnit vil redegøre for de to teoretiske tilgange, der inddrages i dette speciale. Disse indebærer Pierre Bourdieus praksisteori om felt, habitus og kapital (Bourdieu, 1997) samt Ejrnæs og Svendsens (2012) analysemetode til tværfagligt samarbejde.

### 4.2.1 Praksisteori | Felt, Habitus og Kapital

Bourdieu's teori om habitus og kapital er blevet valgt som et analytisk værktøj i denne undersøgelse af flere grunde. Først og fremmest blev der i den primære empiri observeret, at der eksisterede forskellige praksisser og forskellige tilgange til tværfagligt samarbejde blandt sygeplejerskerne. Dette indikerer, at der er en mangfoldighed af handlingsmønstre og værdier, der er internaliseret af sygeplejerskerne, hvilket er en central del af Bourdieus teori om habitus (Wilkens, 2011).

Desuden fremkom der, i sygeplejerskernes beretninger om deres praksis, forskellige positioneringer i forhold til deres kompetencer, faglighed, opgaver og kolleger. Dette indikerer, at der er forskellige kulturelle, sociale og symbolske kapitaler på spil, som påvirker deres adfærd og praksis (Wilkens, 2011). Ved at anvende Bourdieus begreber om kulturel, social og symbolsk kapital kan vi analysere, hvordan disse kapitaler påvirker sygeplejerskernes handlinger og deres opfyldelse af målsætningerne i Tre-årsplanen.

Bourdieu's teori omfatter et bredt spektrum af sociologiske begreber og analytiske rammer, der kan anvendes til at undersøge en række samfundsmæssige fænomener (Wilkens, 2011). Selvom vi er opmærksomme på teoriens omfang og kompleksitet, har vi valgt at fokusere specifikt på habitus og kapitaler i vores analyse af sygeplejerskers praksis inden for tværfagligt samarbejde i RHP. Vi mener, at disse begreber giver os et dybere indblik i de underliggende mekanismer og strukturer, der præger sygeplejerskernes praksis og arbejde i forbindelse med opfyldelse af målsætningerne i Tre-årsplanen. Det hjælper os med at forstå, hvorfor der er forskellige funktioner og dysfunktioner i sygeplejerskernes praksis, og hvordan disse kan forstås i lyset af habitus og kapitaler. Derfor har vi valgt at koncentrere os om

habitus og kapitaler, da vi ser Bourdieu's teori som et relevant og passende værktøj til at fortolke og analysere kompleksiteten i sygeplejerskernes praksis.

I de følgende afsnit vil begreberne felt, habitus og kapital blive nærmere beskrevet og begreberne udfoldes i henhold til specialets brug af dem. Formålet er både at forklare disse begreber, samt at skabe en forståelse for, hvordan de forskellige begreber, hver især, skal bidrage til forståelsen af sygeplejerskernes praksis i det tværfaglige samarbejde mod den målsatte helhedsorienterede indsats.

### **Felt:**

Feltet som vi udforsker i dette projekt er psykiatrien. Inden for dette felt eksisterer der en række unikke dynamikker og krav, som ikke nødvendigvis sammenlignes med andre felter (Bourdieu 1997). Inden for dette felt opererer sygeplejerskerne med visse faglige logikker og normer, som danner grundlag for deres handlinger.

Psykiatrien udgør feltet, hvori RHP og Tre-årsplanen fungerer som et specifikt handlerum. Handlerummet skal forstås som det specifikke miljø eller kontekst, hvor sygeplejerskerne opererer og interagerer med patienter og kollegaer. Dette rum er defineret af faglige normer og praksisser, som fastlægger, hvordan tingene skal håndteres. Det er inden for dette handlerum, at sygeplejerskerne udfører deres daglige arbejde og træffer beslutninger i overensstemmelse med de etablerede procedurer og retningslinjer inden for psykiatrien. Tre-årsplanen udgør således handlerummet, med de dertilhørende målsætninger, der er fastsat for arbejdet i RHP.

### **Habitus:**

Med habitusbegrebet beskriver Bourdieu, at der er tale om en beskrivelse af den livsstil, præferencer og praktikker, som findes hos de enkelte individer (Bourdieu, 1997). Hvis vi ønsker at forstå, hvordan folk handler, må man ifølge Bourdieu analysere, hvordan de objektive strukturer i feltet internaliseres kropsligt og derigennem former individets muligheder for handling (Bourdieu, 1997). Det indebærer, at visse selvfølgeligheder, normer, værdier og forventninger, som er en del af de objektive strukturer i samfundet, internaliseres i individets habitus. Habitus betegner derfor ikke kun en praksisorienteret proces, en praktisk refleksion og en beherskelse af sociale færdigheder, men også en internalisering af normer og værdier. Disse normer og værdier bliver en del af individets inkorporerede

dispositioner og påvirker, hvordan individet handler og interagerer i forhold til resten af samfundet (Wilken, 2011). Dertil kan habitus forstås som det samlende princip, som omsætter en social position i feltet (Mik-Meyer & Villadsen, 2007). I dette speciale vil begrebet habitus blive analyseret med udgangspunkt i sygeplejerskernes beretninger, hvilket betyder, at deres habitus begrænses til det beskrevne handlerum inden for feltet. Dette skyldes, at empirien kun omfatter sygeplejerskernes erfaringer og beretninger om det tværfaglige samarbejde i RHP som handlerum. Derfor er der ikke et empirisk grundlag for at inddrage tidligere internaliseringer eller inkorporerede dispositioner, som potentielt kan påvirke sygeplejerskernes habitus. Specialet vil derfor udelukkende udtale sig om habitus baseret på sygeplejerskernes beretninger og observationer i RHP.

Med habitus i denne sammenhæng refereres der til, hvordan der arbejdes i praksis samt de forventninger, der gennem RHP som handlerum, stilles til sygeplejerskernes eget og deres kollegers arbejde. Der er i databehandlingen observeret to forskellige praksisser for tværfagligt samarbejde inden for RHP, hvilket antyder, at der er forskellige objektive strukturer samt inkorporerer dispositioner som påvirker sygeplejerskernes habitus.

Den første praksis er karakteriseret ved en meget struktureret tilgang til det tværfaglige samarbejde. I denne tilgang er der tydelige og systematiske rammer for, hvordan forskellige faggrupper skal arbejde sammen, hvilket skaber klare retningslinjer og forventninger til det tværfaglige samarbejde.

Den anden praksis er en mere løs og har en mindre struktureret tilgang til det tværfaglige samarbejde. Det fremgår ikke lige så systematisk, hvordan forskellige faggrupper skal integreres, og der er ikke klare retningslinjer for samarbejdet.

Dette indikerer, at der potentielt kan opstå forskellige habitus afhængigt af, hvordan det tværfaglige samarbejde er organiseret og hvordan de forskellige objektive strukturer internaliseres hos sygeplejerskerne og skaber forskellige typer habitus. Mens informanterne A og D følger den praksis, hvor der er meget strukturerede rammer for det tværfaglige samarbejde, er det ikke lige så tydeligt for informanterne B og C, hvordan de skal arbejde på tværs af faggrupper. Observationerne viser altså

to forskellige måder at arbejde tværfagligt på, hvilket vil afspejle sig i de forskellige habitus, som der ses i praksis. Disse potentielle forskellige habitus vil fortolkes og analyseres i [afsnit 8. Analysedel 2 | Habitus og Kapitaler i praksis](#)

### **Kapitaler:**

Kapitalbegrebet er beregnet til at skulle indfange de værdier og ressourcer som individerne besidder, og hvorledes dette kan være afgørende for deres handlinger og positioner i feltet (Mik-Meyer & Villadsen, 2007). Hvert felt vil være defineret af egne kapitalformer, på den måde betyder det, at et bestemt kapital kan give forskellige muligheder for individet alt efter, i hvilket felt de indløses (Mik-Meyer & Villadsen, 2007). Nogle felter anser kapitalerne forskelligt og de forskellige kapitaler vægtes altså forskelligt alt efter, hvilket felt individet er en del af (Wilkens, 2011).

Bourdieu opererer med forskellige typer af kapitaler, og dette speciale koncentrerer sig om kulturel-, social- og symbolsk kapital (Mik-Meyer & Villadsen, 2007). Disse kapitler vil blive udfoldet i de følgende afsnit, og kapitalerne bliver også fortolket og analyseret i [afsnit 8. Analysedel 2 | Praksisteori](#)

### **Kulturel kapital:**

Ved denne form for kapital, er der tale om viden, færdigheder og uddannelse og smag (Bourdieu, 1997). I relation til nærværende speciale, vil denne form for kapital, blive brugt når de interviewede sygeplejersker beretter om deres specialiserede viden indenfor det psykiatriske speciale, det kan fx. være qua deres forskellige videreuddannelser, anciennitet, samt ift. andre fagligheders specialiserede viden og kundskaber. På den måde vil den kulturelle kapital være indvirkende på sygeplejerskernes værdier, normer og særlige adfærdsmønstre. Den kulturelle kapital vil blive tydeliggjort i analysen i det omfang, hvor sygeplejerskerne beretter om deres grunduddannelse, specialuddannelser og hvordan det bidrager til det daglige arbejde i praksis.

### **Social kapital:**

Med social kapital henvises der til den mængde af sociale ressourcer som individet må besidde eller have adgang til, dette kan være igennem deres sociale netværk og relationer (Bourdieu, 1997). Dette kan omfatte adgang til informationer, støtte og adgang til ressourcer som de interviewede sygeplejersker beretter om i forbindelse

med opgaveløsning i det daglige arbejde. Der refereres derfor her til det netværk, som sygeplejerskerne beretter om, de kolleger de samarbejder med og i hvilken grad der er tale om et netværk til kompetente kollegaer. Den sociale kapital skal altså forstås som det netværk sygeplejerskerne er en del af og kan gøre brug af. Den sociale kapital i denne sammenhæng er bevidstheden om, hvad disse kollegaer eller samarbejdspartnere og netværket kan i forbindelse med en opgaveløsning.

### **Symbolsk kapital:**

Symbolsk kapital adskiller sig fra de andre, da denne tager afsæt i en kollektiv anerkendelse, man kan se det som én af de andre kapitalformer, som tillægges en særlig symbolsk værdi (Mik-Meyer & Villadsen, 2007). I specialet vil der refereres til den *“specialiserede ekspert”*, altså de sygeplejersker eller andre faggrupper, som varetager særlige vigtige opgaver, har særlige beslutningskompetencer, som der giver dem en særlig anerkendelse og værdi for behandlingen og samarbejdet. Den symbolske kapital refererer altså i denne sammenhæng til når sygeplejerskerne skiller sig særligt ud fra de øvrige faggrupper i forhold til kompetencer og opgaver.

#### **4.2.2 Tværfagligt samarbejde | Funktion og dysfunktion i RHP**

Grundet specialets hermeneutiske perspektiv er den videnskabelige kvalitet afhængig af en nøjagtig begrebsliggørelse af tværfagligt samarbejde. Vi anvender Ejrnæs og Svendsens (2021) metode til at identificere funktioner og dysfunktioner i forhold til målene i den specifikke Tre-årsplan, som er defineret som sygeplejerskens handlerum inden for psykiatriens felt. Denne begrebsliggørelse udgør den første del af vores analyse, og er af afgørende betydning for vores efterfølgende undersøgelse af sygeplejerskernes habitus og kapitaler.

Vores mål er at afklare, hvilke funktioner og dysfunktioner der eksisterer i praksis i forhold til de overordnede mål i Tre-årsplanen. Ejrnæs og Svendsens metode giver os et værdifuldt redskab til at undersøge og argumentere for disse aspekter.

Begrebet funktion og dysfunktion skal på den måde agere som en beskrivelse af praksis i forhold til, hvad der er funktionelt og dysfunktionelt når det kommer til tværfagligt samarbejde (Ejrnæs og Svendsen, 2021).

I dette speciale tages der udgangspunkt i begrebet tværfagligt samarbejde sådan som det beskrives af Morten Ejrnæs og Idamarie Leth Svendsen i deres bog:

*Tværfaglighed i socialt arbejde* (Ejrnæs og Svendsen, 2021). Det er vigtigt at understrege, at de to forfattere ikke har ejerskab over begrebet, men blot definerer i deres bog, hvordan tværfaglighed og tværfagligt samarbejde kan forstås.

Generelt beskrives det tværfaglige samarbejde som en måde at arbejde sammen på tværs af faggrupper, med det formål at løse et fælles problem eller arbejde mod det samme mål (Ejrnæs og Svendsen, 2021). Her kan hver faggruppe bidrage med hver deres ekspertise til det samlede bidrag mod at løse en kompleks problemstilling. Et sådant samarbejde kan foregå indenfor flere forskellige sektorer som uddannelsessektoren, inden for forskning, teknologi eller som i dette projekts tilfælde inden for sundhedssektoren (Ejrnæs og Svendsen, 2021).

Når vi opstiller en grundantagelse om, at det professionelle arbejde og tværfaglige samarbejde sigter mod at varetage samfunds nødvendige opgaver, giver det samtidig anledning til at analysere, hvorvidt opgaven løses efter hensigten. Ejrnæs og Svendsen (2021) uddyber her, at det kan give mening at se nærmere på funktionaliteten, som er en mere struktureret tilgang. Her analyseres der på, hvordan arbejdet medvirker til at mindske sociale problemer og sygdom og en mere kritisk tilgang, hvor der ses nærmere på dysfunktionaliteterne, der kan opstå i det tværfaglige samarbejde. Begreber funktion og dysfunktion har rødder i Robert K. Mertons teori (Merton, 1968). I dette projekt tages der udgangspunkt i Ejrnæs og Svendsens (2021) brug af begreberne, idet de benyttes direkte i relation til tværfagligt samarbejde.

Ejrnæs og Svendsen (2021) stiller en helt konkret model op for at analysere mål, funktioner og dysfunktioner i det tværfaglige samarbejde. Overordnet opdeles mål, funktion og dysfunktion, hvoraf alle tre hver især har nogle underliggende spørgsmål, man skal forholde sig til. Således kan man systematisk overveje og analysere mulige funktioner og dysfunktioner. Dette giver mulighed for at forstå, hvorledes samarbejde bidrager til opnåelse af målet med den helhedsorienteret indsats. Således analyseres begreberne funktion og dysfunktion ud fra de mål, der er

identificeret i Tre-årsplanen (Region Hovedstadens Psykiatri, 2022). Se [afsnit 6. Tre-årsplan for Region Hovedstadens Psykiatri](#).

Spørgsmålene, der stilles i forbindelse med analysen af funktionerne, inkluderer (Ejrnæs og Svendsen 2021):

1. Hvilke argumenter fremføres for, at bestemte indsatser kan føre til opfyldelsen af målene?
2. Hvilke faktorer og processer kan have betydning?

De spørgsmål, der stilles i forbindelse med analysen af dysfunktion, inkludere (Ejrnæs og Svendsen 2021):

1. Kan de påtænkte indsatser have negative bivirkninger?
2. Hvilke ikke-intenderede virkninger er der? (Fortolkning, observation - udvid med specifikke dysfunktioner.)
3. Hvilke dysfunktioner har vist sig ved lignende indsatser?

Det er vigtigt at understrege, at vores tilgang er inspireret af Ejrnæs og Svendsens metode, men den er ikke en direkte kopiering. Vi anvender metoden som et redskab til at opnå den nødvendige begrebsmæssige præcision, der er afgørende for vores videnskabelige validitet inden for hermeneutikken. Dette speciale undlader at anvende spørgsmål tre om dysfunktioner i lignende indsatser, da vores fokus ikke er at sammenligne med andres indsatser. Formålet med analysen af funktioner og dysfunktioner er primært at skabe en klar begrebsliggørelse af det tværfaglige samarbejde, så det ikke bliver for abstrakt, og så der er tydelighed om begrebet i den specifikke kontekst vi undersøger, nemlig RHP. Denne analyse og begrebsliggørelse danner således grundlag for den efterfølgende analyse med Bourdieus praksisteori (Bourdieu, 1997).

## 4.3 Litteratursøgning

I dette afsnit præsenteres vores tilgang til litteratursøgning i forbindelse med dette speciale om tværfagligt samarbejde i behandlingspsykiatrien. Formålet med afsnittet er at beskrive, hvordan der er indsamlet relevant og teoretisk empirisk viden på området som bidrag til at analysere og beskrive dette dynamiske og komplekse felt.

I litteratursøgningsprocessen er der lagt vægt på en systematisk og målrettet tilgang til indsamlingen af relevant viden. Dette indebærer en systematisk søgning baseret på specifikke nøgleord, såsom “tværfaglighed”, “psykiatri”, “samarbejde”, “tværfagligt samarbejde”, “behandlingspsykiatrien” og “regional psykiatri”. Et inklusionskriterium har været at udvælge litteratur, der behandler psykiatrifeltet og tværfagligt samarbejde inden for denne kontekst (sundheds- og socialsektoren). Dette bidrager til en mere præcis og målrettet søgeproces (Dahl, et al. 2013). Et andet inklusionskriterium var, at litteraturen om psykiatrien skal være udgivet efter 2020, således at viden og beskrivelser af feltet er nutidige og aktuelle. Specifikke kilder og hovedlitteratur, der har været hyppigt anvendt i litteraturen og derfor anses for at være essentielle for beskrivelserne, er identificeret ved gennemgangen af kildehenvisningerne på den udvalgte litteratur og der er i denne forbindelse også kigget efter samhörighed i litteraturen. Gentagne henvisninger er således blevet identificeret, undersøgt og inddraget om nødvendigt.

Primært er AAU Universitets Biblioteks database primo blevet benyttet til at søge efter peer-reviewed artikler, hvilket bidrager til en høj standard af kvalitet og troværdighed i den samlede mængde af indsamlet litteratur. Google.dk er blevet anvendt til at søge efter lovtekster og materiale fra forskellige myndigheder og ministerier, da denne type litteratur også udgør en væsentlig del af det relevante vidensgrundlag.

Der blevet foretaget søgninger direkte på Region Hovedstadens hjemmeside for at indsamle specifikke oplysninger og dokumenter relateret til deres planer og strategier inden for behandlingspsykiatrien. Endvidere har der været direkte dialog med sekretariatet i RHP for at afdække relevante rapporter og deres tilgængelighed.

## 4.5 Analysestrategi

Analysen i dette speciale er opdelt i tre dele, som tilsammen har til formål at besvare de tre arbejdsspørgsmål, som specialet bygger på (se [afsnit 2.1 Problemformulering](#)). Hver af disse analysedele vil blive beskrevet nærmere i de tre nedenstående afsnit. Overordnet kan man sige, at de to første analyser er nødvendige forudsætninger for at kunne besvare det tredje og sidste arbejdsspørgsmål, som omhandler, hvordan kapitaler og habitus påvirker funktionerne og dysfunktionerne i det tværfaglige samarbejde.

Ved at opdele analysen i disse tre dele sikres det, at der er en klar og struktureret tilgang til at besvare specialets overordnede forskningsspørgsmål. Hver del bygger metodisk og teoretisk videre på det foregående, hvilket muliggør en dybere og mere nuanceret forståelse af sygeplejerskernes handlerum og det tværfaglige samarbejde i RHP.

Inddragelsen af specialets primære empiri i form af interviews med sygeplejerskerne sikrer, at vores analyser er forankret i den specifikke kontekst, nemlig det handlerum, som sygeplejerskerne arbejder indenfor i RHP.

### 4.5.1 Analysedel 1 | Funktion og Dysfunktion

Formålet med denne analyse er at beskrive, hvordan sygeplejersker arbejder inden for det tværfaglige samarbejde i RHP. Dette omfatter både funktioner og dysfunktioner i deres handlerum, hvilket giver indsigt i, hvordan de målsætninger, som ønskes opnået, bliver realiseret i praksis.

Denne første analyse har således til formål at besvare første arbejdsspørgsmål:

**Hvilke funktioner og dysfunktioner viser sig gennem sygeplejerskernes beretning i opfyldelsen af målsætninger i Tre-årsplanen?**

Denne analyse er en dokumentanalyse. Dokumentanalysen er en forskningsmetode, der tager udgangspunkt i skriftlige eller skriftligt baserede dokumenter for at opnå indsigt i et givent område (Lynggaard, 2020). I dette speciale er dokumentanalysen baseret på et sekundært dokument (Tre-åraplanen) og suppleres med egen empiri,

som belyser de temaer, der opstår i dokumentet. Dette bidrager til en dybere forståelse af dokumenternes relevans og betydning i praksis (Lynggaard, 2020).

Dokumentanalysen anvendes som et redskab til at begrebsliggøre det tværfaglige samarbejde, som sygeplejerskernes arbejde er betinget af i handlerummet inden for RHP. Begrebsliggørelsen er udarbejdet ved hjælp af analysemetoden præsenteret af Ejrnæs og Svendsen (2015), som er specialiseret inden for det tværfaglige samarbejde (se [afsnit 4.2.2 Tværfagligt samarbejde](#)). Ved at analysere Tre-årsplanen kan de tilsigtede målsætninger sammenlignes med de praksisser, som sygeplejerskerne beretter om. Dette muliggør en forståelse af, hvilke funktioner og dysfunktioner der er til stede i sygeplejerskernes handlerum i RHP inden for psykiatrien som felt. En begrebsliggørelse af det tværfaglige samarbejde i sygeplejerskernes handlerum sikrer også, at det tværfaglige samarbejde ikke bliver abstrakt, men derimod konkretiseret gennem praksisnære funktioner og dysfunktioner, hvilket er i overensstemmelse med specialets hermeneutiske tilgang, der sigter mod gennemsigtighed og samtidig sikrer validiteten af diskussionen (Guldager, 2015).

Tre-årsplanen er opdelt i fire søjler, som hver har et overordnet mål og flere fastsatte delmål for at nå disse mål (se [afsnit 6. Tre-årsplan for Region Hovedstadens Psykiatri](#)). Der er i alt 12 fastsatte mål, som vil blive analyseret gennem de begrebsdrevne koder, udarbejdet under databehandlingen af den primære empiri (se [afsnit 5.4 Databehandling](#)). Analysen er struktureret ved at tage én søjle ad gangen. For hver søjle vil sygeplejerskernes beretninger blive brugt til at identificere, hvilke funktioner og dysfunktioner der gør sig gældende i opnåelsen af målene. Efter hver analyseret søjle vil der blive lavet en opsummering.

Funktionerne afspejler, at sygeplejerskernes praksis er i overensstemmelse med Tre-årsplanen, mens dysfunktionerne viser, hvordan sygeplejerskernes praksis ikke berører eller lever op til planens fastsatte mål.

Afslutningsvis vil en delkonklusion præsentere begrebsliggørelsen af det tværfaglige samarbejde, hvor der klarlægges hvilke funktioner og dysfunktioner der gør sig gældende i sygeplejerskernes arbejde med Tre-årsplanen på tværs af alle fire søjler.

## 4.5.2 Analysedel 2 | Praksisteori

Formålet med denne anden analysedel er at besvare det andet analysespørgsmål:

### **Hvordan ser habitus og kapitalerne ud på baggrund af sygeplejerskernes beretninger?**

I denne del af analysen vil vi fokusere på at beskrive og analysere sygeplejerskernes habitus og de forskellige former for kapital, de besidder og anvender i deres arbejde. Således trækkes der her på Pierre Bourdieus teoretiske begreber om habitus og kulturel-, social- og symbolsk kapital (Bourdieu, 1997) (se [afsnit 4.2.1 Praksisteori | Felt, Habitus og Kapitaler](#)). Dette vil give en dybere forståelse af de praksisser, der præger deres daglige arbejde inden for RHP.

#### **Habitus**

Først beskrives de forskellige habitus, som gør sig gældende blandt sygeplejerskerne. Dette indebærer en analyse af, hvordan disse habitus kommer til udtryk i deres beretninger, og hvad der ligger til grund for deres udvikling. Vi vil undersøge:

- Hvordan deres habitus ses gennem deres praksis med det tværfaglige samarbejde.
- Hvordan sygeplejerskernes erfaringer og uddannelse og praksis har formet deres habitus.
- De specifikke normer, værdier og objektive strukturer, der internaliseres som en del af deres habitus.

#### **Kapitaler**

Derefter analyseres de forskellige former for kapital (kulturel-, social- og symbolsk kapital) én ad gangen på samme måde som habitus. Dette indebærer en undersøgelse af:

- Hvordan kapitalerne viser sig gennem sygeplejerskens beretninger
- Hvordan sygeplejerskerne anvender deres forskellige kapitaler i deres daglige arbejde.

Analysen baserer sig på de datadrevne koder fra databehandlingen (se [afsnit 5.4 Databehandling](#)). Ved at anvende disse koder kan der identificeres mønstre og temaer relateret til habitus og kapital i sygeplejerskernes beretninger.

For både habitus og kapitaler vil der blive lavet delkonklusioner, der opsummerer de mest fremtrædende pointer. Delkonklusionerne for habitus og kapitaler vil sammen med begrebsliggørelsen fra første analysedel skabe grundlag for besvarelsen af det tredje og sidste arbejdsspørgsmål, som svares på gennem i Analysedel 3.

#### 4.5.3 Analysedel 3 | Praksisteoriens påvirkning

Formålet med denne tredje analysedel er at besvare det tredje analysespørgsmål:

**På hvilken måde spiller kapitalerne og habitus ind på opretholdelsen af de funktioner og dysfunktioner, der er til stede i sygeplejerskernes praksis?**

Vi tager her udgangspunkt i begrebsliggørelsen og resultaterne fra analysedel 1 og 2. Overordnet vil funktionerne og dysfunktionerne udgøre overskrifterne i analysen, og her vil det blive undersøgt, hvilke typer af habitus og kapitaler der er med til at opretholde disse overskrifter.

Således vil vi struktureret og analytisk kunne besvare det tredje spørgsmål samtidig med, at vi får en dybere forståelse af, hvilke habitus og kapitaler der har større eller mindre betydning for opretholdelsen af funktioner og dysfunktioner i det tværfaglige samarbejde.

## 5. Metode

De følgende fire afsnit vil redegøre for specialets metode, herunder brugen af casestudie, dataindsamling, brug af Tre-årsplanen, databehandling samt validitet og reliabilitet

### 5.1 Casestudie

Casestudiet af RHP udgør en særlig interessant case inden for tværfagligt samarbejde i psykiatrien af flere grunde, som kan generaliseres til andre kontekster. For det første repræsenterer Region Hovedstaden den største region i Danmark med et omfattende optageområde, hvilket antyder en betydelig diversitet blandt både patienter og personale. Som påpeget af Bent Flyvbjerg(1988), kan undersøgelser af mindre typiske tilfælde afsløre kompleksitet og nuancer, der er værdifulde for forståelsen af fænomener. Casen RHP som der er fokus på i dette speciale er det handlerum som sygeplejerskerne agerer i inden for det overordnede felt, psykiatrien. Casen er, i dette tilfælde, et mindre men væsentligt udsnit af behandlingspsykiatrien, som skal give en indsigt og forståelse for det tværfaglige samarbejde. Den omfattende diversitet inden for Region Hovedstaden skaber en unik mulighed for at undersøge, hvordan tværfagligt samarbejde tilpasses og navigeres i et komplekst og dynamisk miljø. Denne case er derfor ikke kun relevant for Region Hovedstaden, men også for andre lignende institutioner og organisationer, da de udfordringer og muligheder, der opstår i en så stor og divers region, sandsynligvis kan afspejles eller overføres til lignende kontekster.

Desuden tillader casen en bredere generalisering til behandlingspsykiatrien som helhed (Riis, 2005). Ved at studere og analysere praksis og resultater i regionen kan der identificeres mønstre og tendenser, som potentielt kan implementeres eller tilpasses i andre regioner eller institutioner. Dermed bidrager casestudiet til en øget forståelse af tværfagligt samarbejde i behandlingspsykiatrien på både lokalt og nationalt niveau.

Endelig kan casestudiet af RHP belyse et fænomen, som er relevant for mange organisationer og institutioner. Tværfagligt samarbejde er en udfordring, som mange sektorer står overfor, og ved at undersøge, hvordan det fungerer i en så kompleks og

divers kontekst som Region Hovedstaden, kan man få værdifulde indsigter, der kan anvendes bredt på tværs af forskellige brancher og felter. Dette gør casestudiet til en potentiel kilde til læring og inspiration for organisationer, der søger at forbedre deres samarbejdspraksis på tværs af discipliner.

## 5.2 Empiri

Dette projekts empiriske grundlag baseres på Tre-årsplanen som sekundær empiri og semistrukturerede livsverdensinterviews som primær empiri.

Projektets empiri, transskribering, etik og anonymisering samt databehandling bliver beskrevet i følgende afsnit.

### 5.2.2 Primær empiri - Interviews

Til at arbejde med og belyse specialets problemstilling og problemfelt, benyttes der kvalitative interviews med en semistruktureret tilgang (Brinkmann & Tanggaard, 2020). Fænomenet der ønskes belyst med dette er sygeplejerskernes oplevelser af det tværfaglige samarbejde. Det semistrukturerede livsverdensinterview skal belyse dette ved at indsamle konkrete erfaringer og beskrivelser af deres opfattelse af fænomenet (Kvale & Brinkmann, 2009). Sygeplejerskernes eget bidrag til samarbejdet samt, hvordan det fungerer i praksis, er emner som ønskes berørt i det semistrukturerede livsverdensinterview. Da livsverdensinterviewet har til formål at forstå informatens livsverden, indeholder interviewguiden hv-spørgsmål omkring informantens erfaringer og egen forståelse af samarbejdet mellem andre faggrupper. Således bruges HV-spørgsmål som eksempelvis: *Hvordan ser en helt almindeligt arbejdsdag ud for dig?, Hvad betyder en helhedsorienteret indsats for dit arbejde? Hvilke øvrige faggrupper er du i kontakt med i løbet af din arbejdsdag?, Hvilke forventninger har du til dine samarbejdspartnere?, Hvordan oplever du andre faggrupper bidrager til det tværfaglige samarbejde?, Hvilke mål for den helhedsorienteret indsat arbejdet i ud fra?* (Bilag 1).

Derudover vil der også blive efterspurgt helt konkrete eksempler fra deres praksis, i forhold til, hvordan de oplever det tværfaglige samarbejde. Sådan at der vil være

eksempler og situationer til den videre analyse af det tværfaglige samarbejde og sygeplejerskernes oplevelse og påvirkning i dette.

Der er foretaget i alt fire interview af ca. 45 minutters varighed. Sygeplejerskerne, som er blevet interviewet, har forskellig erfaring og anciennitet i faget. Derudover har de alle forskellige typer af efteruddannelser inden for sygeplejerskefaget. Sygeplejerskerne kommer fra to forskellige afsnit. To er fra F-ACT-teamet, to er fra akutmodtagelsen. Alle interviews er foretaget som personinterview og giver mulighed for at fokusere på én sygeplejerske ad gangen, som skal sikre at deres svar ikke bliver påvirket af meninger og holdninger som nogle af de øvrige informanter måtte have om fænomenet. Spørgsmålene har ingen fastlagt rækkefølge, som skal give interviewer muligheden for at styre samtalen og tilpasse spørgsmålene efter informanternes udtalelser og essenser til fænomenet (Brinkmann & Tanggaard, 2020) dertil har interviewer også haft mulighed for at stille opfølgende og ikke nedskrevne spørgsmål.

Vi er bevidste om at disse interviews primært afspejler sygeplejerskernes subjektive opfattelser og beretninger om deres praksis. Vi er derfor opmærksomme på, at sygeplejerskernes beretninger ikke nødvendigvis giver et komplet billede af den faktiske praksis, men derimod udgør en fortolkning af denne praksis baseret på deres egne perspektiver. Ved at spørge ind til konkrete eksempler og situationer i deres arbejde, forsøger vi dog at få et mere nuanceret indblik i praksisfeltet.

Det er vigtigt at understrege, at vores tolkning af dataene ikke er en direkte fortolkning af praksis, men derimod en fortolkning af sygeplejerskernes beretninger om praksis. På den måde fungerer sygeplejerskerne som en form for mellemlid mellem os som forskere og det faktiske praksisfelt.

Vores tilgang til livsverdensinterviews er derfor kritisk og reflekteret, og vi søger konstant at være bevidste om de forudsætninger og muligheder, som denne metode giver os i vores stræben efter en dybdegående forståelse af det tværfaglige samarbejde i behandlingspsykiatrien.

Selvom vi er opmærksomme på, at sygeplejerskernes beretninger er subjektive, er det stadig værdifuldt at undersøge og forstå disse perspektiver. Deres subjektive oplevelser udgør en del af den sociale virkelighed i behandlingspsykiatrien og skal

give specialet indsigt i hvordan praksis opleves og hvorledes der navigeres fra deres synsvinkel. Deres beretninger skal give en bedre forståelse af den kontekst, hvori det tværfaglige samarbejde finder sted. Sygeplejerskernes beretninger kan belyse forskellige faktorer som påvirker deres praksis. Undersøgelsen af sygeplejerskernes subjektive oplevelser skal derfor give indsigt i praksisfeltet, men også i de komplekse strukturer og dynamikker, der omgiver det tværfaglige samarbejde i behandlingspsykiatrien.

### 5.2.3 Transskribering

Der er foretaget fire interviews. Hvert interview transskriberes ord for ord, dog vil der være enkelte undtagelser. Personfølsomme oplysninger, som strider mod anonymiseringen, vil blive ændret for at denne bliver opretholdt (Brinkmann & Tanggaard 2015). Det vurderes ud fra sætningen og dens intention, hvordan en eventuel ændring, vil påvirke meningen og det sagte mindst muligt. Ændringer vil blive noteret i selve transskriberingen. Se her nedenstående eksempel:

*B: Jamen, jeg er sygeplejerske, og jeg arbejder lige nu i akutteamet, på Psykiatrisk center xx (navn fjernet), som er et ambulant tilbud som er en del af akutmodtagelsen (Bilag 2)*

Transskriberingerne vil foregå i en kronologisk rækkefølge, og vil derefter blive tildelt et alfabetisk bogstav.

Beskrivelser af kropslige observationer og baggrundsstøj nedfældes ikke, da det ikke findes relevant for selve transskriberingen eller for specialet. Grin vil blive noteret, for at kunne understrege en joke eller ironi i informanternes udtalelser. Da det ellers ikke ville være tydeligt for læseren, såfremt det blev udeladt (Brinkmann & Tanggaard, 2020).

Pauseord, som fx ”øh” eller lignende vil blive transskriberet, for at skabe en forståelse for læseren i forhold til, hvornår der opstår tænkepauser, i forbindelse med besvarelse af spørgsmål, da dette kan have relevans for det videre arbejde. Pauser eller andre afbrydelser vil også fremgå i transskriberingen, da det kan have betydning for en forståelse af udtalelser, eller en forståelse for hvorfor en samtale begynder forfra. Se her nedenstående eksempel:

*B: øh... altså... altså jeg tænker vel lidt det er, det specifikke mål lige nu er vores behandlingsplan, øh, på den måde at, at vi altså selv.... Vi skal jo tage stilling til de ting som der står der, hvor det jo altså er fysisk, psykisk og socialt at vi skal se i omstændighederne....” (Bilag 2)*

Eventuelle stemme hævnings vil blive anført med ”!”, for at understrege hvis informanterne udtrykker sig med højere stemme. Dette for at give læseren indtryk af, om udtalelsen bærer præg af følelser (Brinkmann & Tanggaard, 2020).

#### 5.2.4 Etik og Anonymisering

Til specialets udarbejdelse, gøres der brug af pseudoanonymisering af informanterne, ud fra et vejledende forskningsetisk grundlag (Statens Samfundsvidenskabelige Forskningsråd, 2002). Dette er besluttet, da en fyldestgørende anonymisering ikke har været mulig. Dels grundet kendskabet til informanterne, det psykiatriske center, og RHP som udgør specialets case. Derfor er det etiske grundlag for specialets udfoldelse blevet vurderet i forhold til at gøre det mest forsvarligt. Dertil har vi haft en særlig opmærksomhed på, at de involverede informanter ikke vil blive berørt af deres udtalelser og deres generelle deltagelse i projektet. Med afsæt i pseudoanonymiseringen af de personfølsomme oplysninger (Aalborg Universitet, u.å.), vil hver informant tildeles et alfabetisk bogstav, og selve interviewet tildeles ligeledes tilsvarende tal, i selve transskriptionsprocessen.

I forbindelse med udarbejdelsen af forskningsdesignet og de dertilhørende etiske refleksioner, er det besluttet, at informanternes profession, hvilken type afsnit de arbejder på, samt hvilke andre professioner de samarbejder med i deres daglige praksis, ikke vil blive anonymiseret, da vi finder at det udgør en væsentlig rolle i forståelsen af det tværprofessionelle samarbejde internt i behandlingspsykiatrien, samt sygeplejerskernes erfaringer og oplevelser af netop dette samarbejde. Derfor er det vurderet relevant at inddrage professioner og ansættelsessteder, såsom ambulatorie, sengeafsnit og akutmodtagelse (Mølholt & Bengtsson, 2020).

Udvælgelse af psykiatrisk center, er baseret på ønsket om at skabe de bedste forudsætninger for specialet, så forskningsprocessen kan udfolde sig etisk forsvarligt,

samt at det pågældende psykiatriske center heller ikke vil blive berørt negativt grundet deres deltagelse (Statens Samfundsvidenskabelige Forskningsråd, 2002). For netop at sikre det psykiatriske centers pseudoanonymitet, er der som tidligere beskrevet udvalgt et tilfældigt og typisk psykiatrisk center i RHP, som har de generelle behandlingstilbud, som akutmodtagelse, sengeafsnit og ambulante behandlingstilbud.

Såfremt at informanterne ønsker indblik i det færdige produkt og læse specialet, er det besluttet at de kan få dette tilsendt via sikker mail, når specialeprocessen er færdig.

Forinden interviewets start vil informanterne blive bedt om at udfylde samtykkeerklæringer. De deltagende informanter vil blive informeret om, at interviewet er frivilligt, samt deres ret til at undlade at besvare spørgsmål, som de kan finde ukomfortable (Statens Samfundsvidenskabelige Forskningsråd, 2002). Informanterne har dermed fået den nødvendige information og viden, skriftligt og mundtligt, om at deres samtykke til deltagelsen kan trækkes tilbage. Dertil er de også informeret om at deres interviewdata vil blive behandlet efter de gældende GDPR-regler (Aalborg Universitet, u.å.). Specialets interviews vil blive optaget på diktafon. Lydfilerne vil blive slettet efter specialets afslutning. Selve transskriberingen vil blive udført efter de førnævnte etiske overvejelser om pseudoanonymiseringen. Hvilket de deltagende informanter også er blevet informeret om.

## 5.3 Sekundært Dokument | Tre-årsplanen

Tre-årsplanen udgør et centralt sekundært dokument i dette speciales dokumentanalyse (Lynggaard, 2020). Denne Tre-årsplan er et formelt skriftligt dokument, der fastlægger Region Hovedstadens mål, strategier og indsatser på psykiatriområdet i en specifik tidsperiode. Med detaljerede målsætninger, planlagte aktiviteter og forventede resultater baseret på faktiske data og politiske beslutninger, er Tre-årsplanen en værdifuld kilde til information og afgørende for forståelsen af den aktuelle ønskede praksis på psykiatriområdet (Region Hovedstadens psykiatri, 2022).

Tre-årsplanen er fundamentet for dette speciale ved at fastsætte mål og strategier for den helhedsorienterede psykiatriske indsats i Region Hovedstaden. Tre-årsplanen fungerer således som retningsgivende for RHP indsats, og dennes mål er derfor også en vigtig del af vores databehandling i forbindelse med kodningen. Disse mål beskriver forventningerne til sygeplejerskers praksis i forbindelse med tværfaglig samarbejde, mod en helhedsorienteret indsats.

Ved at analysere Tre-årsplanen kan vi identificere de funktioner og dysfunktioner, der præger det tværfaglige samarbejde. Vi kan ikke fuldt ud forstå, hvilke dynamikker der er i spil, medmindre vi er bekendt med de fastsatte mål for den helhedsorienterede indsats i RHP. Derfor er Tre-årsplanen afgørende for at identificere handlerummet, som sygeplejerskernes habitus påvirkes af og for at kunne undersøge hvordan habitus og de forskellige kapitalformer opretholder funktioner og dysfunktioner i sygeplejerskernes arbejde med Tre-årsplanen.

Tre-årsplanen beskrives nærmere i afsnit 6. [Tre-årsplanen for Region hovedstaden Psykiatri](#)

## 5.4 Databehandling

Dette speciales data behandles gennem kodning, da den muliggør en systematisk og dybdegående analyse af vores data. Kodning indebærer identifikationen af data bidder, hvilket letter både datareduktion og tema identifikation (Brinkmann & Tanggaard, 2020). Ved at anvende denne metode sikrer vi, at de sygeplejerskers beretninger, der relaterer sig til deres praksis med det tværfaglige samarbejde, bliver identificeret. Dette understøtter vores metodiske overvejelser omkring den førnævnte abstraktion for at sikre, at det udvalgte empiriske materiale faktisk afspejler fænomenet (se [afsnit 4.1 Hermeneutik](#))

Kodning muliggør også en analytisk klassifikation af vores materiale, hvilket gør det muligt at identificere og registrere passager, hvor centrale temaer optræder (Riis, 2005). Dette er særligt værdifuldt i forbindelse med vores omfattende transskriberinger på i alt 60 sider, da det giver os mulighed for at håndtere store og heterogene tekstmængder på en systematisk måde (Riis, 2005).

Vi anvender en kombination af induktiv datadrevet og deduktiv begrebsdrevet kodning. Den induktive tilgang indebærer udviklingen af koder baseret på observationer og mønstre i vores data, mens den deduktive tilgang involverer brugen af forudbestemte begreber (her mål) til at guide kodningsprocessen (Brinkmann & Tanggaard, 2020).

De begrebsdrevne koder tager i dette speciale udgangspunkt i Tre-års planens målsætninger, og heraf er 12 mål fastsat som koder. Disse begrebsdrevne koder har haft til formål at identificere hvorledes sygeplejerskernes beretninger om praksis taler ind i de målsætninger der er for praksis i RHP. Koderne identificere således hvordan sygeplejerskernes beretninger på den ene eller anden måde taler ind i et af de 12 definerede mål/koder. Disse beretninger er dernæst benyttet til dokumentanalysen som begrebsliggør det tværfaglige samarbejdes funktioner og dysfunktioner der er til stede i sygeplejerskernes handlerum inden for feltet psykiatrien. Vi lægger særlig vægt på at inkludere hele citater i analysen for at sikre gennemsigtighed og undgå at pålægge informanterne synspunkter, de ikke har givet udtryk for. På denne måde er vores fortolkninger så transparente som muligt, og dette fremhæver særligt det første fortolkningsniveau om selvforståelsen som beskrevet i [afsnit 4.1 Hermeneutik](#)

De 12 begrebsdrevne koder er de 12 mål som kommer fra Tre-årsplanen og disse bliver beskrevet og udfoldet nærmere i [afsnit 6. Tre-årsplanen for Region Hovedstadens Psykiatri](#)

De datadrevne koder repræsenterer tre temaer, der opstod gennem sygeplejerskernes beretninger om det tværfaglige samarbejde. Disse datadrevne koder er vi kommet til gennem en relativ åbent tilgang til materiale og har været tro mod de pointer og beskrivelser som gjorde sig gældende. Disse er *tværfaglighed*, *kommunikation* og *faglighed*.

Disse koder har været afgørende for at kategorisere det omfattende datamateriale, bestående af 60 sider transskribering af de i alt fire interview (bilag 2). Selvom kodernes eksplicite anvendelse ikke fremgår direkte i selve analysen, har de været afgørende for det omfattende analysearbejde. Koderne har muliggjort en mere effektiv håndtering og kategorisering af data. I analyseprocessen har vi kunnet navigere hurtigt og systematisk gennem databehandlingen, for at finde de

nødvendige citater og beretninger til analysen. De tre koder har desuden bidraget til at skabe en struktureret tilgang til analysen. Da sygeplejerskernes beretninger spændte over forskellige perspektiver og tilgange til det tværfaglige samarbejde, har opdelingen og kategoriseringen af citaterne gjort analysen mere overskuelig og håndterbar. Dette har resulteret i en mere sammenhængende præsentation af data og har bidraget til en mere struktureret og forståelig analyseprocess.

## 5.5 Validitet og reliabilitet

Når man vurderer validiteten og reliabiliteten af casestudiet i denne kontekst er det vigtigt at overveje casens overførbarhed og evnen til at trække tråde til den bredere population. Specialet afgrænser sig til RHP. Denne region er særligt udvalgt, da den blandt andet er landets største region og antages at have stor diversitet i befolkningssammensætningen, se også [afsnit 5.1 Casestudie](#). Børne- og ungdomspsykiatrien samt retspsykiatrien er aktivt fravalgt af etiske årsager, da disse er specialafsnit inden for regionen og derfor ikke ville kunne anonymiseres.

Desuden skal man være opmærksom på den hermeneutiske tilgang, hvor specialet er et led mellem sygeplejerskernes beretninger og den fortolkende sociale verden. Dette perspektiv understreger vigtigheden af at forstå konteksten og de subjektive oplevelser, der ligger til grund for sygeplejerskernes erfaringer og fortællinger. Denne tilgang kan påvirke validiteten af studiet ved at give et dybere indblik i sygeplejerskernes perspektiver, men det kan også introducere subjektivitet og fortolkning, som kan påvirke pålideligheden af resultaterne (Brinkmann & Tanggaard, 2020).

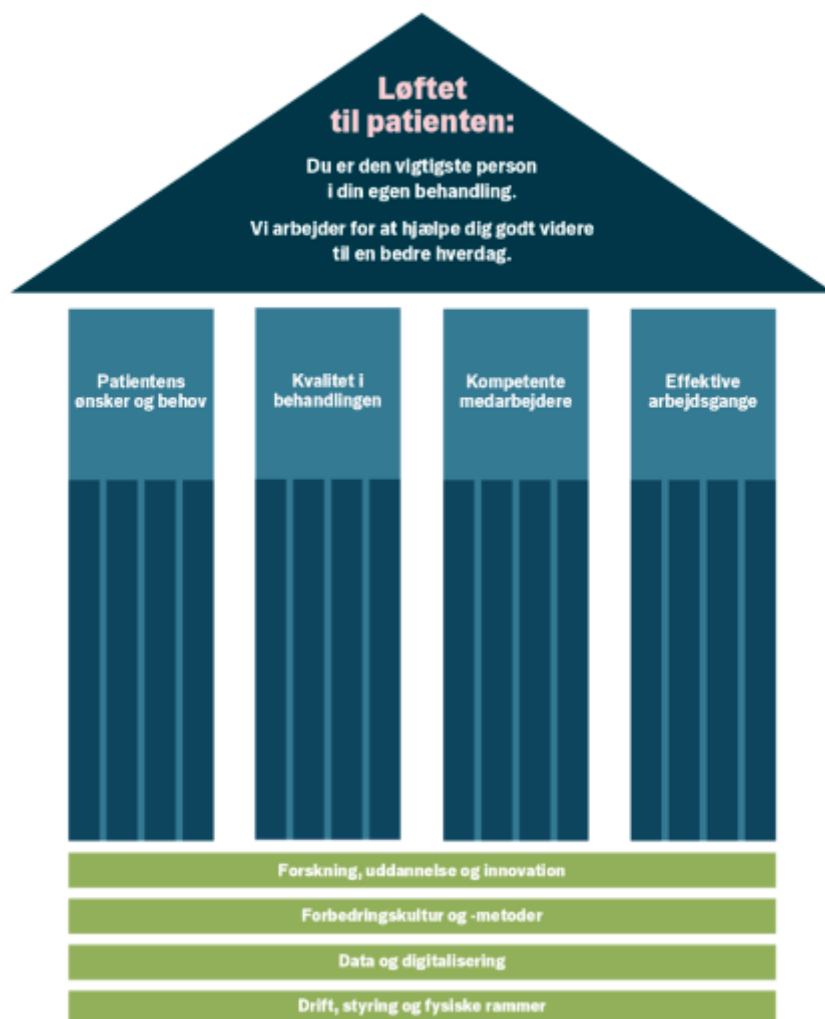
At afgrænse sygeplejersker til den eneste faggruppe i studiet er også vigtig at overveje, da det kan have implikationer for casens overførbarhed og generaliserbarhed. Ved at fokusere på sygeplejerskernes perspektiver og erfaringer får man et detaljeret indblik i netop denne faggruppes rolle, og dens bidrag til det tværfaglige samarbejde i psykiatrien. Dette kan bidrage til en dybere forståelse af kompleksiteten i tværfagligt samarbejde, men det kan også begrænse generaliseringen af resultaterne til andre faggrupper eller kontekster (Brinkmann & Tanggaard, 2020).

I forbindelse med reliabiliteten er vi bevidste om at Tre-årsplanen er en behandlingsplan, der udløber i 2024. Der kan potentielt komme nye mål snart, men denne opgave undersøger, hvordan situationen ser ud på baggrund af de eksisterende målsætninger. Pointen er, at sygeplejersker arbejder inden for de politisk opstillede målsætninger. Målsætningerne gælder for en periode, hvorefter der skal opstilles nye målsætninger. Hvis tingene ændrer sig, vil der muligvis opstå nye funktioner og dysfunktioner, og der vil således muligvis også opstå et nyt handlerum i feltet, hvor habitus og de forskellige kapitaler vil have nye måder at vise sig på. Det er altså en dynamisk og formbar situation, hvor sygeplejerskernes oplevelser og beretninger potentielt vil ændre sig i takt med en ændret plan.

## 6. Tre-årsplan for Region Hovedstadens Psykiatri

Dette afsnit identificerer og redegør for de centrale mål i Tre-årsplanen, som stiller krav til det tværfaglige samarbejde. Denne redegørelse og identifikation er essentiel for at forstå rammerne for den efterfølgende dokumentanalyse, for at begrebsliggøre det tværfaglige samarbejde som udgør det handlerum, sygeplejerskerne handler i. Alle oplysninger i afsnit 6 er baseret på Tre-årsplanen (Region Hovedstadens Psykiatri, 2022). Derfor vil der ikke være individuelle henvisninger i løbet af beskrivelserne, da alle data stammer fra denne ene kilde.

Tre-årsplanen gælder for 2022-2024, og er udformet som et strategihus, hvor taget er dens vision og det egentlige løfte til patienten, et løfte om at have patienten i centrum og fokus på patientens ønsker. Taget bliver båret af fire bærende søjler, som er selve missionen og den måde man vil indfri løftet til patienten. De fire bærende søjler er: 1. *patientens ønsker og behov*, 2. *kvalitet i behandlingen*, 3. *effektive arbejdsgange* og 4. *kompetente medarbejdere*. Fundamentet består ligeledes af områder, som udgør det solide grundlag for hospitalet og understøttende for de fire søjler. Fundamentet består af: *Forskning, uddannelse og innovation, drift, styring og fysiske rammer, data og digitalisering samt forbedringskultur og -metoder*. Strategihuset kan ses i figur 1 på næste side.



*Figur 1. Strategihuset for Tre-årsplanen 2022-2024 Sammen og god behandling (Region Hovedstaden Psykiatri, 2022)*

## 6.1 De 4 søjler

### 6.1.1 Søjle 1 | Patientens ønsker og behov

RHP har et ønske om at alt behandling, pleje og rehabilitering vil tage udgangspunkt i patientens mål, ønsker og behov. Det betyder, at man ønsker at selve arbejdet tilrettelægges, så man derved kan understøtte patientens Recovery-proces, det vil ydermere tage udgangspunkt i individuelt baseret og tilpasset behandling. Ligeledes vil man her have fokus på, at styrke det tværsektorielle samarbejde, så indsatser

regionalt og kommunalt understøtter hinanden. Der er også et ønske om at sikre koordinerede forløb for patienterne gennem fx netværksmøder.

De konkrete mål i søjle 1 er:

1. Personalet skal give patienterne troen på, at de kan få det bedre.
2. Patienterne skal opleve forbedring ift. livskvalitet og symptombelastning.
3. Hvis en patient har været indlagt i over seks døgn skal der afholdes netværksmøder i F-ACT og OPUS ved afsluttende patientforløb

### 6.1.2 Søjle 2 | Kvalitet i behandlingen

Her beskrives det, at kerneopgaver som udredning, diagnostik og behandling i løbet af de tre år skal styrkes, og ønsket er her at man bliver bedre til at strukturere patientforløbene. Man vil have fokus på kvaliteten af behandlingen, men ligeledes også have fokus på patientens somatiske tilstand, så man også kan være med til at forebygge somatisk sygdom og forlænge patientens levealder. Der vil dertil fortsat være fokus på nedbringelse af tvang under indlæggelse, samt forebyggelse af tvang i forbindelse med indlæggelse af fx ambulante patienter.

Det konkrete mål i søjle 2 er:

4. Færre genindlæggelser
5. Reduktion af indlæggelser
6. Andel af tvangs episoder skal mindskes
7. Reduktion af kombinationsbehandling
8. Flere patienter skal have somatisk helbredstjek

### 6.1.3 Søjle 3 | Kompetente medarbejdere

Her er der fokus på, at man kan tilbyde den bedste behandling til patienterne ved at have personale ansat som trives i deres arbejde. Derfor er der her fokus på, at man rekrutterer og fastholder kvalificeret personel, ligeledes er der her en ambition om, at ansat personale vedligeholder deres kompetencer indenfor psykiatrien, og derved holder sig opdateret ift. ny viden og forskning. Dermed er ønsket, at man systematisk arbejder med at udvikle personalets kompetencer, med afsæt i kerneopgaverne. Derved er der fokus på specialisering og sammenhængende uddannelsesforløb for de større faggrupper.

De konkrete mål i søjle 3 er:

9. Medarbejdere er tilfredse med jobbet som helhed alt taget i betragtning
10. Medarbejdernes kompetencer skal udvikles

#### 6.1.4 Søjle 4 | Effektive arbejdsgange:

For at man i RHP kan løse kerneopgaven relateret til at udrede, diagnosticere og behandle patienterne med psykisk sygdom, skal det sikres, at man har mest mulig tid sammen med patienten, og samtidig sikre en høj kvalitet i et sammenhængende patientforløb. Det kræver, at man bruger tid og kapacitet på bedst mulig vis på tværs af RHP. Der vil derfor være et fokus på en optimering af ressourceanvendelse, således at der er mest mulig tid til kerneopgaven. Dertil et fokus på sikring af et optimalt flow og planlægning i sengeafsnittene, men samtidig en sikring af kvaliteten i behandlingen.

De konkrete mål i søjle 4 er:

11. Få mest muligt tid til udredning og behandling.
12. Der skal fastsættes mål for kapacitet og flow.

For at kunne holde løftet til patienterne, om at de er centrum for deres behandling, at den er sammenhængende, helhedsorienteret og af god kvalitet, er disse fire søjler essentielle. Til specialet, vil vi derfor tage udgangspunkt i selve missionen, Tre-årsplanens fire søjler; 1. patientens ønsker og behov, 2. kvalitet i behandlingen, 3. effektive arbejdsgange og 4. kompetente medarbejdere. For at blive klogere på det tværfaglige samarbejde internt i RHP, samt hvorledes denne vision om bedre behandling af de psykiatriske patienter, viser sig gennem sygeplejerskers oplevelse og erfaring med det tværfaglige samarbejde, den helhedsorienteret indsats og deres egen praksis, for at besvare specialets problemformulering. Herigennem vil vi opnå en forståelse af eventuelle dysfunktioner og funktioner relateret til det tværfaglige samarbejde.

## 7. Analysedel 1 | Begrebsliggørelse af Funktion og dysfunktion

Den følgende dokumentanalyse har til formål at begrebsliggøre det tværfaglige samarbejde i RHP som et handlerum for sygeplejerskerne i feltet psykiatrien. Som tidligere beskrevet i [afsnit 4.5.1 Analysedel 1 | Funktion og Dysfunktion](#), vil analysen tage udgangspunkt i Tre-årsplanen (Region Hovedstadens Psykiatri, 2022) som et centralt sekundært dokument ( se [afsnit 5.3 Sekundært Dokument Tre-årsplan for Region Hovedstaden Psykiatri](#)). Hver søjle i Tre-årsplanen analyseres i kronologisk rækkefølge hvor søjlernes overordnede fokus samt de dertilhørende mål vil bruges aktivt til at identificere henholdsvis funktioner og dysfunktioner. Derudover vil analysen blive understøttet af det primære empiriske materiale, der består af interviews med sygeplejerskerne, hvorfra begrebsdrevne koder har identificerede relevante beskrivelser. Databehandlingen kan ses i Bilag 3.

Analysen vil besvare første arbejds spørgsmål:

**Hvilke funktioner og dysfunktioner viser sig gennem sygeplejerskernes beretning i opfyldelsen af målsætninger i Tre-årsplanen?**

### 7.1 Søjle 1: Patientens ønsker og mål

Sygeplejerskerne beretter om den recovery-orienterede tilgang, som et omdrejningspunkt for deres sygepleje (Bilag 3). Ved at sygeplejerskerne beretter om den recoveryorienterede indsats kan man argumentere for at dette er en funktion i det tværfaglige samarbejde, som opfylder ønsket i Tre-årsplanen, om at behandlingen skal understøtte patientens personlige recoveryproces ([afsnit 6.1.1 Søjle 1 | Patientens ønsker og mål](#)). Sygeplejerskernes beretninger folder den recoveryorienterede proces ud ved, at de tager udgangspunkt i patientens personlige ressourcer og kapaciteter, når behandlingstiltag skal planlægges. Dette identificeres derfor som en funktion, da det er det konkrete og overordnede fokus i søjle 1: *Patientens ønsker og mål* ([afsnit 6.1. 1 Søjle 1 | Patientens ønsker og mål](#))

Det ses bl.a. ved informant A's følgende citat: *“Der arbejder vi meget ud fra Recovery orienteret tilgang der. Det er vores fokus”* (Bilag 3), eller når informant B siger *“Så arbejde vi jo selvfølgelig også ud fra recovery tankegangen og at patienten skal komme sig bedst muligt og også ud fra et mål om at patienter skal medinddrages”* (Bilag 3)

At arbejdet Recoveryorienteret fremstår som en stor del af deres bevidsthed og gennem deres beretninger omkring at arbejde recoveryorienteret. Da sygeplejerskerne blev spurgt om de arbejder med nogle konkrete mål ift. opfyldelse af den helhedsorienterede indsats, bliver der netop talt om den recoveryorienterede tilgang (Bilag 3).

Ligeledes beretter sygeplejerskerne, at patienten er omdrejningspunktet for behandlingen, altså at patienten og dennes problemer er centralt for behandlingen, samt at deres egne definerede mål er inkorporeret i selve behandlingen, allerede fra start. Dette kommer til udtryk når informant C fortæller om, hvordan patienter allerede i starten af et patientforløb får lov til konkret at beskrive deres eget problem som mål for, hvad behandlingen skal hjælpe til (Bilag 3).

Som det fremgår af informant B og C's beretninger er der et fokus på processen omkring patientinddragelse og patientens målsætning, som kan argumentere for opfyldelsen af målet: *Patienterne skal opleve forbedring ift. livskvalitet og symptombelastning* ([afsnit 6.1.1 Søjle 1 | Patientens ønsker og mål](#)).

Et personligt succeskriterium for sygeplejerskerne, er blandt andet at se bedringen hos patienten. Dette beskrives af op til flere sygeplejersker, som finder glæde ved netop at se denne bedring. Dette beskrives bl.a. af informant B med følgende udtalelse: *“Og man kan sige, at et succeskriterier er når vi kan se en bedring. Det er sådan ret tydeligt”* (Bilag 3).

Eller når informant A beskriver: *“Jeg synes at der, hvor det er sådan en god oplevelse, det er når man ser patienten rykke sig. Når de kommer og nærmest ikke kan noget, ikke engang komme ud af deres seng og de så øh, stille og roligt rykker sig...”* (Bilag 3).

Sygeplejerskerne beretter om et succeskriterium for dem, er at se patienten rykke og udvikle sig og når der er tilfredshed hos patienten efter endt forløb, dette berettes bl.a. af informant D: *“der er også en anden god oplevelse med en patient der blev sur på mig og ville skifte kontaktperson. ... da jeg afsluttede hende, bedte hun selv om et kram”* (Bilag 3).

Der er fokus på patientens tilfredshed, hvilket tyder på en bevidsthed om patientens personlige behov samtidig med at der kan spores en tilfredshed hos sygeplejersken. Her er der tale om en funktion, i forhold til det overordnede fokus i søjle 1: *patientens ønsker og behov* ([afsnit 6.1.1 Søjle 1 | Patientens ønsker og mål](#)).

Sygeplejerskerne A og D beretter at der et særligt fokus på patientsikkerheden, afholdelse af diverse møder såsom; behandlingsplansmøde, opfølgingsmøde, og udskrivningsmøder (Bilag 3). Denne beretning taler ind i målet: *afholdelse af netværksmøder* ([afsnit 6.1.1 Søjle 1 | Patientens ønsker og mål](#)). Sygeplejerskernes opmærksomhed og beretninger omkring dette ses derfor som en funktion.

### 7.1.1 Opsummering

Sygeplejerskerne fremhæver en recovery-orienteret tilgang som centralt i deres sygeplejepraksis. Dette ses som en funktion i det tværfaglige samarbejde og understøtter målene i Tre-årsplanen om at støtte patientens personlige recoveryproces. Deres tilgang indebærer at tage udgangspunkt i patientens egne ressourcer og målsætninger

Desuden prioriterer sygeplejerskerne patientens aktive deltagelse og målsætninger i behandlingen, hvilket støtter op om målet *patientens oplevelse af forbedring* ([afsnit 6.1.1 Søjle 1 | Patientens ønsker og mål](#)).

Beretningerne viser en opmærksomhed på patientens tilfredshed, hvilket indikerer en bevidsthed om patientens behov.

Endvidere fremhæver sygeplejerskerne en særlig opmærksomhed på patientsikkerhed og afholdelse af møder, dette ses også som en funktion.

## 7.2 Søjle 2: Kvalitet i behandling

Sygeplejerskerne beretter om en oplevelse af at patientsikkerheden svækkes, grundet manglende opfølgende kontakt efter udskrivelse fra sengeafsnit (Bilag 3). Ligeledes opleves det at tidlige udskrivelser, kan medføre forværring hos patienterne, og derved skabe en negativ indvirkning hos den enkelte patient (Bilag 3). Dette kommer til udtryk i informant A's beskrivelse:

*“Jamen det gør jo det at, det er primært patientsikkerheden der kommer i klemme her fordi at får vi ikke kontaktet patienten og at vi ikke helt lige ved, har de det godt eller er de stadig dårlige, har de husket deres medicin, har de fået medicin med.”* (Bilag 3)

Samme problematik omkring for tidlige udskrivelser berøres i informant D's beskrivelse: *“Nogle gange, så kommer de samme dag. Nogle gange bliver de udskrevet for hurtigt om formiddagen og om aftenen så kan vi se at de bliver... altså indlagt igen om aftenen samme dag.”* (Bilag 3)

Dermed beskrives det, at der kan opstå udfordringer i forbindelse med udskrivelserne. Beretninger fra informant A og D taler ind i en ikke-intenderet virkning i forhold til målet: *færre genindlæggelser* ([afsnit 6.1.2 Søjle 2 | Kvalitet i behandlingen](#)). Det kan derfor beskrives som en mulig dysfunktion i det tværfaglige samarbejde.

Dog berettes det, at hyppig og regelmæssige kontakt til patienterne i ambulant regi, kan forebygge og reducere antallet af indlæggelser, som det beskrives af informant A: *“...Og patienten får hurtigere hjælp, patienten bliver heller ikke bliver endnu dårligere og bliver indlæggelseskrævende for eksempel ikke?”* (Bilag 3).

Den hurtigere hjælp i ambulant regi, er altså med til at afhjælpe et potentielt indlæggelses behov. Her beskrives det at opbygningen omkring de ambulante tilbud gør at der er mulighed for at reducere indlæggelser og det opfylder således målet: *reduktion af indlæggelser* ([afsnit 6.1.2 Søjle 2 | Kvalitet i behandlingen](#)) og ses derfor som en funktion.

Der er fokus på den medicinske behandling i sygeplejerskernes beretninger. Fx beskrives det som et egentlig krav af informant B:

*“... og der er jo mange gange hvor patienter får gavn af den medicin som vi ordinerer. Altså stort set alle vores patienter, der er nogle få som ikke får medicin, men næsten alle får medicin, fordi der er også lidt et krav...”*

(Bilag 3)

En anden informant beskriver fraværet af medicinsk behandling som et succeskriterium, dette fremgår således af informant D's udtalelse:

*“Jeg har f.eks. afsluttet en patient uden antipsykotisk medicin, eller ikke mig, lægen også. Men vi har afsluttet en patient uden antipsykotisk medicin med en paranoid skizofreni og uden stemmehøring og jeg tror det var den største succes jeg oplever i F-ACT.”* (Bilag 3)

Informant B beskriver om ordinerings af medicin som værende et inklusionskriterium, uden at tale ind i *reduktion af kombinationsbehandling* som faktisk er et mål ([afsnit 6.1.2 Søjle 2 | Kvalitet i behandlingen](#)). Derved kan dette være en ikke-intenderet virkning i forhold til opretholdelse af målene og således en mulig dysfunktion. Dette tolkes ud fra, at hvis målet om reducere af kombinationsbehandling havde opmærksomhed og var en proces i sygeplejerskens praksis, ville informanten formodentlig have berettet omkring dette i sammenhæng med medicinordination. Dysfunktionen identificeres altså på baggrund af at sygeplejerskerne ikke forholder sig til målet og ikke på baggrund af beretninger om praksis. Det antages således at hele processen omkring medicinbehandling ikke er tydelig og derfor en dysfunktion i den overordnede beskrivelse af, hvordan behandlingen skal understøttes. Denne fortolkning underbygges samtidig af informant D beretninger om at det har været en succes at afslutte en patient uden medicin, hvilket modsiger B beretning om medicin som et inklusionskriterium.

### 7.2.1 Opsummering

Sygeplejerskerne rapporterer om udfordringer med patientsikkerheden, primært relateret til manglende opfølgende kontakt efter udskrivelse og tidlige udskrivelser, hvilket kan føre til forværring hos patienterne. Denne problematik ses som en ikke-intenderet virkning i forhold til målet om *færre genindlæggelser* ([afsnit 6.1.2 Søjle 2 | Kvalitet i behandlingen](#)) og kan betragtes som en mulig dysfunktion i det tværfaglige samarbejde.

Dog påpeger sygeplejerskerne, at hyppigere og regelmæssig kontakt i ambulant regi kan forebygge og reducere antallet af indlæggelser, hvilket opfylder målet: *færre genindlæggelser og anses derfor som en funktion* ([afsnit 6.1.2 Søjle 2 | Kvalitet i behandlingen](#)).

Der er også fokus på medicinsk behandling i sygeplejerskernes beretninger, hvor det ses som et krav mens andre ser succes i fraværet af medicin. Dette kan dog være en ikke-intenderet virkning i forhold til målet om *reduktion af kombinationsbehandling* ([afsnit 6.1.2 Søjle 2 | Kvalitet i behandlingen](#)), da sygeplejerskerne ikke nødvendigvis forholder sig til dette mål i deres praksis, og kan betragtes som en mulig dysfunktion.

## 7.3 Søjle 3: Kompetente medarbejdere

Sygeplejerskerne beretter om flere forskellige specialuddannelser heriblandt; specialuddannelse i psykiatri, akut behandler-sygeplejerske, diagnostisk specialuddannelse osv. Der berettes i denne sammenhæng om, hvorledes de derigennem har fået styrket deres kompetencer og udvidet ansvarsområder i deres daglige arbejde. Informant A beskriver fx. at det er dejligt, når ens kollegaer har videreuddannelser og forskellige videregående kompetencer (Bilag 3). Det berettes også, hvordan informant D underviser sine kollegaer i Sundhedsplatformen som en særlig arbejdsopgave (Bilag 3).

Når informant A beskriver tilfredshed med kollegaernes udvidede kompetencer, taler det direkte ind i målet: *Medarbejdere er tilfredse med jobbet som helhed alt taget i betragtning* ([afsnit 6.1.3 Søjle 3 | Kompetente medarbejdere](#)). Her må de udvidede kompetencer ses som en funktion i opfyldelse af målet. Informant C beretter også om den udfordring, der opstår, hvis medarbejderne opleves inkompetente (Bilag 3). Man

kan derfor tolke dette som, at det er en klar funktion, når medarbejdere har disse førnævnte kompetencer. Hvorimod at arbejde sammen med en mindre kompetent kollega kan være en specifik dysfunktion i opfyldelsen af det generelle fokus i hele søjle 3 om *kompetente medarbejdere* ([afsnit 6.1.3 Søjle 3 | Kompetente medarbejdere](#) ).

Ved implementering af nye subspecialer og behandlinger, såsom dobbeltdiagnosebehandling, er der ligeledes en opgave i at få forberedt sig til varetagelsen af denne nye behandling, og at dette er en forberedelse der er i proces, som det fx. kommer til udtryk af informant A:

*“... Fordi vi skal jo til at implementere øh dobbeltdiagnose herfra september af så alt kommunalt og dobbeltdiagnosebehandling overgår faktisk til os og vi står jo her i fronten lige om lidt og skal til at klædes på og kompetenceudvikle os, så vi kan varetage den her funktion også.”* (Bilag 3)

Dette er en proces, som indebærer, at nogen skal være nøglepersoner og stå for undervisning af kollegaer. Samme gør sig gældende, som beskrevet af informant D, ift. kontinuerlig undervisning af kollegaer i SP (Sundhedsplatformen). Således tegnes der et billede af, at der er fokus på kompetenceudvikling, implementering af ny viden og behandlinger i sygeplejerskernes daglige arbejde, hvilket opfylder målet: *medarbejdernes kompetencer skal udvikles* ([Afsnit 6.1.3 Søjle 3 | Kompetente medarbejdere](#)). Informanternes beretninger om dette beskriver således en funktion omkring kompetente medarbejdere.

### 7.3.1 Opsummering

Sygeplejerskerne rapporterer om flere forskellige specialuddannelser, hvorigennem de styrker deres kompetencer og udvider deres ansvarsområder. Dette ses som en funktion i opfyldelsen af målet: *Medarbejdere er tilfredse med jobbet som helhed alt taget i betragtning* ([afsnit 6.1.3 Søjle 3 | Kompetente medarbejdere](#) ), da kollegaernes udvidede kompetencer bidrager til tilfredshed på arbejdspladsen. Dog kan det også udgøre en dysfunktion, når medarbejdere opleves inkompetente i forhold til dette mål.

Desuden er der fokus på forberedelse til implementering af nye subspecialer og behandlinger, såsom dobbeltdiagnosebehandling. Dette ses som en proces med nøglepersoner, der står for undervisning af kollegaer, hvilket bidrager til opfyldelsen af målet om *udvikling af medarbejdernes kompetencer* ([afsnit 6.1.3 Søjle 3 | Kompetente medarbejdere](#)). Dermed beskriver sygeplejerskernes beretninger om kompetenceudvikling og implementering en funktion i forhold til at opretholde kompetente medarbejdere.

## 7.4 Søjle 4: Effektive arbejdsgange

Det berettes, at kontinuerlig kommunikation sikrer det gode samarbejde og vidensdeling om patienterne. Dette muliggør den faglige udveksling, koordinering, samt den gode patientpleje. Det berettes bl.a. af informant C som beskriver, hvordan koordinering, planlægning og forberedelser er vigtigt for at tværfagligheden kan komme i spil og at man hurtigt kan komme ind over en patients behandling i det ambulante (Bilag 3). Dette kommer også til udtryk når informant A beskriver følgende:

*“Ja der er nogle møder med afsnittet så lige så snart patienten bliver indlagt så får vi besked det kan vi jo se i sundhedsplatformen og så er der jo tættere samarbejde og kontakt ikke. Ja , så er vi jo mere involverede i patientens forløb og med indlæggelse.”* (Bilag 3)

Informant A's beskrivelse, lægger op til målet: *Der skal fastsættes mål for kapacitet og flow* ([afsnit 6.1.4 Søjle 4 | Effektive arbejdsgange](#)), i og med der berettes, hvordan de i afsnittet får hurtigt besked. Denne indsats ses således som en funktion i opfyldelsen af målene for effektive arbejdsgange og særligt i forbindelse med sikring af kvaliteten i behandlingen.

Der berettes dog også om udfordringer relateret til kapacitet og flow, sygeplejerskerne beretter at for tidlige udskrivelser pga. pladsmangel på sengeafdelingerne, kan besværliggøre arbejdet med patienterne i ambulante regi, hvilket også er medvirkende til at det er svært at kunne overholde

koordinationsplaner og aftaler (Bilag 3). Dette kommer bl.a. til udtryk da informant D udtrykker sig således:

*“Og så meget, meget ofte, så bliver de udskrevet, fordi der mangler pladser. Patienten er udskrevet.. Så får vi bare en mail: patienten er udskrevet dags dato beklager vi mangler plads. Øhmm, det er jo sådan set virkelig dårligt for patienten fordi vi har ingen chancer for at planlægge. Okay, men hvad skal vi gøre med patienten nu?”* (Bilag 3)

Denne beretning fortolkes til at være en dysfunktion for det overordnede fokus i søjle 4: *effektive arbejdsgange* ([afsnit 6.1.4 Søjle 4 | Effektive arbejdsgange](#)). Når informanten beskriver, hvordan patienter udskrives for tidligt grundet pladsmangel, taler det ind i en dysfunktion i forhold til målet: *Der skal fastsættes mål for kapacitet og flow* ([afsnit 6.1.4 Søjle 4 | Effektive arbejdsgange](#)). Derudover kan man identificere en dysfunktion i en manglende opfyldelse af målet: *Få mest muligt tid til udredning og behandling* ([afsnit 6.1.4 Søjle 4 | Effektive arbejdsgange](#)), når informanten beskriver, hvordan det går ud over patientens behandling, da der grundet mangel på sengepladser ikke er mulighed for at få tid til behandling og udredning, og patienten bliver således udskrevet trods behov for behandling.

Der berettes også, at sygeplejersken kan have en opfattelse af, at de administrative opgaver, de er pålagt fra ledelsen, er vigtigere end patientplejen. Dette kommer til udtryk i udtalelsen af informant C:

*“Og hvad er egentlig bedst for den enkelte i stedet for at sige at det er vigtigt at få registreret det og det her i SP, altså hvad er det overhovedet vigtigt for patienten? Nej, det er det måske ikke, men det er besluttet ovenfra at det er det vi skal. Så det er jo, der må man så finde sin vej i det, ikke?”* (Bilag 3)

Der beskrives her en overvejelse ift. en prioritering af ens arbejdsopgaver i relation til patientens behov. Denne beretning tolkes som en specifik dysfunktion i opnåelsen af målet: *Få mest muligt tid til udredning og behandling* ([afsnit 6.1.4 Søjle 4 | Effektive arbejdsgange](#)), da sygeplejerskerne oplever at tiden med patienterne bliver nedprioriteret.

Dette taler samtidig ind i en generel dysfunktion i forhold til hele strategihusets målsætning, for den helhedsorienterede indsats i Tre-årsplanen ([afsnit 6.1 De 4 søjler](#)), som er at patienten skal være førsteprioritet. Dysfunktionen kommer også til udtryk når informant C i citatet siger:

*“Jamen det er jo..... (Griner). Det er jo en on going, hvad kan man sige udfordring. Det går op og ned og jeg vil sige når man tænker over hvor mange altså, hvor meget vi har sådan generelt, vi får jo hele tiden at vide at nu skal lave nyt og bedre eller anderledes og nu skal vi også huske og registrere det og i skal også huske sådan og sådan og registrere det og man til sidst bliver nødt til lige at trække vejret, og så tænke altså hvem er vi her for egentlig ikke også? Er vi ikke lidt ved at glemme patienten i alt det her ikke?” (Bilag 3)*

Når informant C beskriver, at der er en opgave i at koordinere og have overblikket i en travl hverdag, og at det i den forbindelse er en forudsætning, at man kan forholde sig til opgaverne (bilag 3). Der er her en potentiel ikke-intenderet virkning på målet, såfremt sygeplejerskerne ikke besidder de kompetencer, der kræves for koordinering og overblik. Forudsætningen for at have de nødvendige kompetencer skal derfor ses som en dysfunktion af målet: *Der skal fastsættes mål for kapacitet og flow* ([afsnit 6.1.4 Søjle 4 | Effektive arbejdsgange](#)), da opfyldelsen af målene kræver en særlig forudsætning.

Modsat ses der også en funktion i målet, når sygeplejerskernes beretter om at deres praksis er kalenderstyret, og derigennem kan danne sig et overblik over opgaver. Det beskrives, hvordan der i den kalenderstyrede hverdag også er mulighed for at hjælpe med akutte opgaver (Bilag 3).

#### 7.4.1 Opsummering

Sygeplejerskerne beretter om vigtigheden af kontinuerlig kommunikation for et godt samarbejde og vidensdeling om patienterne, hvilket muliggør faglig udveksling, koordinering og god patientpleje. Dette ses som en funktion i opfyldelsen af målet:

*fastsættelse af mål for kapacitet og flow*, da det sikrer hurtig informationsoverførsel og involvering i patientens forløb ved indlæggelse.

Dog berettes der også om udfordringer relateret til kommunikation og kapacitet, hvorfor tidlige udskrivelser pga. pladsmangel kan påvirke patientbehandlingen negativt. Dette ses som en dysfunktion i opfyldelsen af både målet: *få mest muligt tid til udredning og behandling* og målet: *fastsættelse af mål for kapacitet og flow*. Dette, da det går ud over patienternes tid til behandling og udredning samt skaber problemer med koordination og flow.

Desuden oplever sygeplejerskerne, at administrative opgaver prioriteres over patientpleje, hvilket betragtes som en specifik dysfunktion i opfyldelsen af målet: *mest mulig tid til udredning og behandling*, da patientens behov nedprioriteres. Denne beretning om prioritering ses også som en generel dysfunktion i opfyldelsen af alle målene i hele 3-årsplanen, omkring at have patientens behov i fokus.

Samtidig beskrives en funktion når sygeplejerskerne fortæller hvordan kalenderstyring giver mulighed for at skabe overblik over opgaver og hjælpe med akutte opgaver. Dette understøtter målet: *Der skal fastsættes mål for kapacitet og flow*, da det organiserer arbejdsopgaverne effektivt.

## 7.5 Delkonklusion | Analysedel 1

Gennem vores analyse viser det sig, at nogle af målene i de fire søjler i strategihuset ikke bliver berørt i sygeplejerskernes beretninger. De mål, som ikke berettes om, omfatter reduktion af andelen af tvangsepisoder, reduktion af kombinationsbehandlinger og flere patienter skal have somatiske helbredstjek. Mens nogle af disse mål adresseres indirekte som dysfunktioner gennem manglende fokus, bliver andre overhovedet ikke omtalt.

Tre-årsplanen er designet med et helhedsorienteret og tværfagligt mål, og hvis nogle mål ikke indgår i sygeplejerskernes beretninger, kan dette fravær antages at være et tegn på ikke-intenderede virkninger. Disse virkninger manifesterer sig som uoverensstemmelser mellem de intentioner, der er nedfældet i Tre-årsplanen, og den faktiske praksis, som sygeplejerskerne beskriver.

Baseret på denne overvejelse og den ovenstående dokumentanalyse af det tværfaglige samarbejdes funktioner og dysfunktioner i arbejdet med Tre-årsplanen, identificeres der henholdsvis fire overordnede funktioner og tre overordnede dysfunktioner i det tværfaglige samarbejde. Disse udgør begrebsliggørelsen af det tværfaglige samarbejde i RHP, og således det handlerummet som sygeplejerskerne handler i.

### **Funktioner:**

1. **Kompetenceudvikling og udvidede ansvarsområder:** Specialuddannelser og videregående kompetencer styrker sygeplejerskernes praksis og tilfredshed med jobbet.
2. **Koordinering og kommunikation:** Kontinuerlig kommunikation muliggør faglig udveksling, koordinering og god patientpleje.
3. **Kalenderstyring:** Organisering af arbejdsopgaver gennem kalenderstyring giver overblik og mulighed for at hjælpe med akutte opgaver.
4. **Sikring af kvaliteten i behandlingen:** Tiltag, såsom hurtig informationsoverførsel og inddragelse af patientens behov og mål ved indlæggelse, bidrager til kvaliteten i behandlingen.

### **Dysfunktioner:**

1. **For tidlige udskrivelser:** Pladsmangel og administrative prioriteringer fører til for tidlige udskrivelser, hvilket påvirker patientbehandlingen negativt.
2. **Manglende kommunikation og vidensdeling:** Manglende kommunikation og vidensdeling resulterer i udfordringer, der påvirker patientsikkerheden og arbejdsgangene negativt.
3. **Uoverensstemmelse mellem intentioner og praksis:** Der er en udbredt uoverensstemmelse mellem de fastsatte mål i Tre-årsplanen og den faktiske praksis for det tværfaglige samarbejde der berette om

Således fremgår der fire funktioner og tre dysfunktioner i sygeplejerskernes arbejde med det tværfaglige samarbejde i henhold til Tre-årsplanen. Der vil tages udgangspunkt i disse funktioner og dysfunktioner, når tredje arbejdsspørgsmål skal besvares i [afsnit 9. Analysedel 3 | Habitus og kapitalers påvirkning på tværfagligt samarbejde.](#)

## 8. Analysedel 2 | Habitus og Kapitaler i praksis

I det følgende vil sygeplejerskers habitus og kapitaler klarlægges og specificeres. Til dette vil der tages udgangspunkt i Pierre Bourdieus begreber; habitus, kulturel-, social- og symbolsk kapital (Bourdieu, 1997) (se [afsnit 4.2.1 Praksisteori | Felt, Habitus og Kapital](#)). Analysen understøttes af det primære empiriske materiale, der består af interviews med sygeplejerskerne, hvorfra de datadrevne koder har identificeret relevante beskrivelser. Databehandlingen kan ses i Bilag 3.

Som beskrevet i [afsnit 4.5.2 Analysedel 2 | Praksisteori](#) har denne analyse til formål at besvare andet arbejds spørgsmål:

### **Hvordan ser habitus og kapitalerne ud på baggrund af sygeplejerskernes beretninger ?**

#### 8.1 Habitus:

Sygeplejersker beretter om at tværfagligheden er indlejret i opbygningen af F-ACT, hvor formålet er at fremme det tværfaglige samarbejde, således at de sikrer en holistisk tilgang i behandlingen af de psykiatriske patienter (Bilag 3). Dette kommer bl.a. til udtryk ifølge sygeplejerskerne gennem boardmøder, som afholdes dagligt, hvor man i de forskellige teams drøfter de forskellige patienter, på tværs af de forskellige fagligheder (Bilag 3). Sygeplejerskerne beretter om, at dette er en nødvendighed ved de mere komplekse patientforløb, hvor netop tværfagligheden er vigtig for at løse de forskellige udfordringer, som kan opstå (Bilag 3). Alle inputs er velkomne ved disse møder, og alle bliver hørt og man bruger i den forbindelse hinanden som en ressource (Bilag 3). Med selve opbygningen af F-ACT og dets formål om at fremme det tværfaglige samarbejde, ligger der en naturlig og objektiv struktur, som præger de involverede sygeplejerskers arbejde. Sygeplejerskernes beretninger om at arbejde tværfagligt i F-ACT, kan dermed være med til at belyse deres internalisering af de objektive strukturer, som findes i struktureringen af F-ACT. Via denne internalisering, ses det tværfaglige arbejde som en selvfølgelighed, som præger deres habitus i det ambulante regi.

Sygeplejerskerne, der dagligt arbejder i teams, beskriver en stærk samhørighed, hvor de internt er dygtige til at støtte hinanden, og dette er også struktureret for dem gennem deres “fællesvagter” (Bilag 3). Samhørigheden i deres teams bygger på en gensidig respekt for hinandens faglige kompetencer. Det fremhæves også, at de er gode til at hjælpe hinanden, kan dette ses som en internalisering af den objektive struktur, hvilket betyder, at den måde, de interagerer på, og den støtte, de tilbyder hinanden, er blevet en del af deres sædvanlige tilgang eller vaner (Bilag 3).

Beskrivelsen af “at være gode til at hjælpe hinanden” internt i teamet er netop et resultat af den struktur, de arbejder under, eksempelvis gennem de planlagte “fællesvagter”, hvor de bistår hinanden med akutte opgaver. Ligeledes rapporterer sygeplejerskerne, der deltager i teamarbejde, at sammenhængen i deres teams er præget af en gensidig respekt for hinandens faglighed (Bilag 3). Dette kan også afspejle den tilgang, der hersker i det ambulante arbejde. Ved at strukturere “fællesvagterne” og selve F-ACT's grundlæggende opbygning kan værdierne og normerne om at “være gode til at hjælpe hinanden” og respektere de forskellige faglige perspektiver, som indgår i teamet, blive fremhævet. Dette kan således være med til at karakterisere deres habitus.

Sygeplejerskerne, som arbejder i teams, beskriver hvordan man igennem teamarbejdet lærer hinanden at kende, og bliver bevidst om hinandens styrker (Bilag 3). Derigennem er det muligt at få overblik over, hvem man kan henvende sig til med henblik på specifik hjælp og sparring. Det berettes, at denne faglige sparring finder sted på tværs af forskellige faggrupper og fagligheder (Bilag 3). Fokusset ligger på kollegernes kompetencer og erfaringer, hvilket betyder, at når en sygeplejerske søger rådgivning om en patients boligsituation, kan vedkommende lige så vel henvende sig til en ergoterapeut, hvis ergoterapeuten besidder relevant ekspertise på området. Det understreges således, at denne samarbejdspraksis ikke er begrænset til specifikke faggrupper, men snarere er baseret på deling af viden og respekt for hinandens kompetencer på tværs af discipliner. Den måde, hvorpå teams er struktureret og sammensat på, kan således observeres som en objektiv struktur, der giver et klart overblik over, hvem man kan henvende sig til for at få hjælp med arbejdsrelaterede udfordringer. Denne struktur og organisering af teams skaber en klar ramme, der faciliterer samarbejdet og delingen af ekspertise inden for arbejdsopgaverne og

internaliserer vidensdeling og samarbejde på tværs af teams i sygeplejerskernes habitus.

I forbindelse med videndeling og sparring fremhæves det af informant A, at der er en forventning om, at det er legitimt at søge hjælp eller rådgivning, hvis behovet opstår (Bilag 3). Kollegerne har gensidige forventninger til hinanden og stræber efter at leve op til disse forventninger, hvilket anses for at være en vigtig egenskab for at være en god kollega (Bilag 3). Især for nye og uerfarne medarbejdere kan denne åbenhed og støtte være afgørende, da de kan stå over for udfordringer. Det anses som gavnligt for patienten, at man i sådanne situationer let kan søge hjælp hos mere erfarne kollegaer og finde fælles løsninger (Bilag 3). Denne kultur, hvor det er legitimt at bede om hjælp og rådgivning, anses implicit som en del af det at være en "god kollega", hvilket afspejler habitus hos sygeplejersker, der arbejder i teams inden for ambulante tilbud. Denne habitus kommer på baggrund af en internalisering af de objektive strukturer i de forskellige teams og det overblik, struktureringen giver, når der opstår behov for hjælp.

Når informant A og D beskriver de ambulante teams, de arbejder i, beretter de om en sammensætning af forskellige faggrupper (Bilag 3). Deres team kan således være bestående af psykologer, pædagoger, læger, sygeplejersker, ergoterapeuter, socialrådgivere og recoverymentorer, som alle bidrager med deres faglighed og disse forskellige synspunkter berettes at være på lige fod med alle andre faggrupper (Bilag 3). I tråd med respekten for de forskellige faglige bidrag og inputs, kan det at være "på lige fod" være med til at underbygge den norm og værdi, som præger disse sygeplejerskers habitus. Normer og værdier hvor alle de forskellige faglige bidrag respekteres og at alle er lige vigtige i deres daglige opgaveløsning.

Sygeplejersker betoner betydningen af at anerkende kollegaernes forskellige faglige styrker og erfaringer for det tværfaglige samarbejde (Bilag 3). De organiserer støtten til hinanden ved at planlægge tid i kalenderen til hjælp, især når det drejer sig om medicinadministration, hvor nogle kontaktpersoner ikke har den fornødne medicinkompetence (Bilag 3). Fleksibilitet og gensidig støtte er centrale temaer, hvor sygeplejersker hjælper hinanden med opgaver, som beskrevet af informant A: "*Det er også at kunne være fleksibel og være der for hinanden.*" (Bilag 3)

Derved kan denne fleksibilitet ligeledes også være en del af den fremherskende habitus, som findes i det ambulante arbejde. Hvor der søges via objektive strukturer, såsom kalenderstyring, at planlægge hjælp og fleksibilitet ind, når man i teamet, skal løse de forskellige patientrelaterede opgaver. Dette italesættes yderligere af informant A:

*"... og det er, sådan som vi deler det op, det er at jeg fx giver hendes patienter depot, så er det kun det jeg gør og de bliver så booket i min kalender, den tid det tager, hvor jeg så kun giver depot. Ingen samtale, ingenting. Altså selvfølgelig er det bare sådan, nå hej går det godt sådan noget ikke?" (Bilag 3)*

Der er altså en oplevelse af, at man er gode til at hjælpe hinanden i de forskellige teams. Dertil kan ovenstående citat forstås som en objektiv struktur gennem brug af kalenderbooking i det daglige arbejde, som er med til at understøtte det gode tværfaglige samarbejde.

Citatet beskriver et bestemt adfærdsmønster i det daglige arbejde, som er blevet inkorporeret i deres daglige rutiner og opfattelser af deres rolle. Altså kan det dermed være et udtryk for deres habitus, som er formet af deres professionelle baggrund og de objektive strukturer i feltet.

Informant A beskriver hvordan ergoterapeuter og sygeplejersker ofte har overlappende kompetencer og om et generelt indtryk ved, at alle med kontaktpersonens ansvar har de fornødne færdigheder, uanset deres faglige baggrund (Bilag 3). Informant D beskriver også her, hvordan der forventes det samme af kontaktpersonen, uanset faggruppe (Bilag 3). Dette kan således være et udtryk for, hvordan de forskellige sygeplejersker i det ambulante team anskuer kontaktpersonfunktionen, som en funktion alle faggrupper kan varetage. Dertil ligger der en forventning om, at alle faggrupper som indgår i deres team, ligeledes kan varetage samme funktion. Således kan dette være med til at få en uddybende forståelse af den ligeværdighed, som præger sygeplejerskernes habitus i det pågældende ambulante team.

Informant B beretter om, hvordan de er gode til at støtte hinanden, ved åbent at udtrykke deres usikkerhed og vanskeligheder på arbejdet i afdelingen. Dette skaber

et rum, hvor de kan dele de udfordringer, de står over for, og få støtte fra deres kollegaer.

*“Altså, jeg synes vi er meget gode til egentlig at sige højt.... hvordan vi har det. det kan self. godt svinge i nogle perioder. men lige nu er vi gode til at sige: den her patient, det er en svær sag og jeg ved ikke helt hvordan jeg skal komme videre med det og det går mig lidt på. og der er vi ret gode til egentligt og, og, og lade vores egen usikkerhed komme til udtryk. og det synes jeg egentlig er meget fedt. frem for at man sidder og skal fortælle alle solstrålehistorierne, og siger jamen der her kan jeg også klare, men at vi også kan tale om det der er svært.” (Bilag 2)*

Denne åbenhed og støtte, som udtrykkes i informant B's beretning, kan netop være et udtryk for den habitus, som der kan være fremtrædende i blandt sygeplejerskerne på den pågældende afdeling.

Når sygeplejerskerne beskriver det tværfaglige samarbejde, fremhæver de alle vigtigheden af kommunikation (Bilag 3). Det er afgørende at blive hørt og forstået for at samarbejde effektivt (Bilag 3). Der er en forventning om, at kommunikationen præges af en positiv tone, hvilket fremmer forståelsen og styrker samarbejdet (Bilag 3). Denne positive kommunikationskultur afspejler sygeplejerskernes habitus og deres personlige værdier og normer i deres daglige arbejde. Beretningerne om vigtigheden af den positive kommunikationskultur og forventningen om en god tone kan ligeledes afspejle sygeplejerskernes habitus og deres tilgang til feltet samt deres handlingsmønstre og personlige værdier, som spiller en rolle i deres daglige arbejde

Kommunikationen berettes også som en essentiel del af det praktiske arbejde, når informant C beretter om, fordelene ved god videreformidling mellem vagter, så man undgår tab af vigtig information (Bilag 3). Fejlagtig eller manglende information kan skabe forvirring og underminere det gode samarbejde, hvilket viser, at evnen til effektiv og fyldestgørende kommunikation er afgørende for sygeplejerskernes arbejde. Denne bevidsthed om korrekt og hensigtsmæssig kommunikation samt værdien af at videregive korrekt information afspejler sig i sygeplejerskernes habitus og deres tilgang til arbejdet. De internaliserer normen om vigtigheden af klar og effektiv kommunikation, hvilket er en central del af deres praksis.

Informant C beretter, at der fra vedkommendes afdeling forventes, at der er et godt samarbejde og god kommunikation med afdelingerne i huset, da der er kontakt til afdelingerne i huset flere gange i døgnet grundet afdelingens akutfunktion.

Varetagelsen af opgaven beskrives af informant C, således:

*“Så det... der jo en forventning om, som modtagelse, at vi er mere, sådan her med blæksprutte arme hele vejen ud i modsætning til afdelingerne, som i sagens natur ikke er det lige så meget, ikke?” (Bilag 3)*

Informant C, beskriver netop, at der er en forventning om et netværk fra modtagelsen og hele vejen ud i huset, hvilket informanten finder ganske naturligt, grundet afdelingens funktion. Når informant C italesætter at forventningerne til deres funktion er at de har “blæksprutte arme” hele vejen ud i sygehuset ift. andre afdelinger grundet struktureringen, kan det tolkes som et udtryk for internaliserede objektive strukturer. Strukturer som er udgjort af sygehusets måde at være struktureret på, som altså kommer til udtryk i informantens habitus, og kollegaernes habitus, som netop har denne samme forventning, bare omvendt til informant C’s afdeling og funktion. Informant C’s adfærd og opfattelser er således formet af de strukturelle forhold og forventninger, der eksisterer inden for afdelingen.

Sygeplejerskerne beretter hver især, på tværs af enhederne, at de har fokus på den psykiske tilstand, patienternes funktionsniveau og den medicinske del af behandlingen af patienterne (Bilag 3). Ligeledes beskrives det at sygeplejerskerne spiller en særlig rolle i forhold til udredning (Bilag 3). Hertil beskriver informant A sin opgave, at være en “blæksprutte”, som skal have styr på de fleste ting i et behandlingsforløb og på den måde være en “knode” på midten af forløbet, hvor arbejdet kan være at sætte forskellige indsatser i gang (Bilag 3). Informant A’s beretning om sig selv, som en “blæksprutte” og “knode” på midten er bidragende til forståelsen af denne sygeplejerskes habitus, udledt af den objektive struktur på sygeplejerskens arbejdsplads samt uddannelsesbaggrund. Ligeledes kan den fælles opfattelse af deres fokus, som sygeplejerske, på psykisk tilstand, funktionsniveau og den medicinske del, også tale ind i en generel habitus, som sygeplejerskerne i feltet besidder.

Som led i at være sygeplejerske i akutmodtagelsen, ligger der en opgave i at have overblikket over alle sengepladser, og om der er ledige sengepladser, for hele tiden at være på forkant. Dette berettes således af informant C:

*“Men hvis det ikke er de dage så øh... jamen så er det jo bare altså man møder ind og danner sig et overblik over pladssituationen i afdelingerne i huset og bemandingen, er vi dem vi skal være og er der nogen her nu af patienter eller er der nogen lige på trapperne eller, ja. Altså meget mere sådan at skabe sig et overblik ikke? Øh... også potentielt kan det lige pludselig, så kan, man ved aldrig så lige pludselig, så kan det bare vælte og der kan ske kaos, så er det bare meget rart at være på forkant med tingene ikke?” (Bilag 3)*

Dette er altså en beskrivelse af opgaver som udspringer af den måde sygehuset er struktureret på, som således udgør en objektiv struktur. Opgaver som udspringer af netop denne strukturering, er således både koordinerende opgaver, hvor sygeplejersker skal holde overblik over ledige sengepladser, potentielle indlæggelser og samtidig forebygge “kaos”. Informant C’s beskrivelse af praksis, bidrager således til forståelsen af sygeplejerskers habitus i akutmodtagelsen. En habitus, som er præget af en bevidsthed om at forebygge “kaos” og “at være på forkant med tingene”.

Sygeplejerskerne beretter, på tværs af enhederne, at de formår at prioritere deres arbejde. Informant C, beretter at sygeplejerskerne i vedkommendes afdeling er særlig gode til at prioritere deres arbejdsopgaver, og at denne prioritering opleves som en særlig kundskab for sygeplejersker generelt. Det berettes således af informant C:

*“Altså jeg tror, jeg oplever også meget at det er, det er altså noget 9 ud af 10 sygeplejersker er gode til. Vi er gode til at prioritere og til og øh... ja prioritere og uddelegere og have overblik altså det er vi det vil jeg sige. Det oplever jeg generelt om det er her eller om det er andre steder eller hvad, det der med hvad der er mest akut og sådan hvad der er vigtigst lige nu og her sådan, det oplever jeg faktisk generelt som sådan ret, sådan ret typisk sygepleje ting.” (Bilag 3)*

Således kan informant C's beretning om evnen til prioritering være med til at beskrive den særlige habitus, som sygeplejerskerne har grundet deres virke som sygeplejerske og deres grunduddannelse. Her tales der om prioriteringer i det daglige arbejde, og at det er en "ret typisk sygepleje ting". Dette kan netop tale ind i den habitus som sygeplejerskerne har og dermed et udtryk for deres inkorporerede dispositioner, når der fx skal vurdere hvad der er "akut" og hvad der er "vigtigst lige nu og her".

Informant C, der arbejder i en akutmodtagelse, understreger vigtigheden af, at sygeplejersken er opmærksom på kollegers kompetenceniveau. Det fremhæves, at dette er særligt afgørende i forhold til koordinering, da det er vigtigt at kende til de forskellige kompetencer i vagten, som læger, overlæger og sygeplejersker, da hver af dem besidder specialiseret viden (Bilag 3). Informant C udtrykker det således:

*"Forudsætningen for et godt tværfagligt samarbejde det er i hvert fald bare min oplevelse sådan generelt det er at, at man er bekendt med hinandens fagligheder og ikke mindst også, også selvfølgelig ikke 100%, det tænker jeg ikke man kan være, men også med ens kompetencer ikke? Altså at jeg ved at jeg har en speciallæge der, for ja, som bagvagt og jeg ved jeg har sygeplejekollega der, der har x antal års erfaring og er uddannet det og det udover, sådan at man hele tiden, sådan så man så meget som muligt har en idé om hinandens, ja uddannelse, kompetencer og ståsted midt i det hele ikke? Altså... Øh... og det er jo der hvor udfordringen så kan være". (Bilag 3)*

Bevidstheden om de forskellige kompetencer, som er til stede i vagten, er altså vigtig ift. koordinering og her kan informant C's beretning forstås som en opmærksomhed på at der er forskelligartede fagligheder. Begrebet habitus kan også ses i internaliseringen af informant C's egne personlige vaner og tilbøjeligheder som et udtryk for inkorporerede dispositioner. Dette ses tydeligt i beretningen, hvor der lægges vægt på vigtigheden af at have kendskab til kollegernes faglige ekspertise. Denne prioritering af faglighed afspejler informant C's egen tilgang og oplevelse af arbejdet. Derfor kan beretningen også tolkes som et udtryk for informant C's individuelle habitus. Med afsæt i netop informant C's egen habitus, kan habitus

forstås som de dispositioner for handlinger sygeplejersken har og ovenstående kan være et udtryk for, at informant C finder det nødvendigt for sin koordinering at have overblik over tilstedeværende kollegers, habitus, kapitaler og ekspertise.

Når de forskellige informanter spørges til hvornår de særligt oplever at lykkes med deres daglige arbejde, berettes der om forskellige oplevelser. Informant A, som har sit daglige virke i det ambulante regi beretter om succesoplevelser således:

*“Så det er jo sådan at det, der giver mig lidt den her succesoplevelse, det er når jeg har patienten og kommer igen, og hvor jeg virkelig kan se at de har rykket sig både psykisk og somatisk og socialt.” (Bilag 3)*

Således beskrives det, at succesen ligger i at se forbedring hos patienten, denne oplevelse går igen hos informant D med udtagelsen:

*“Altså det er ikke sådan én specifik fordi jeg har mulighed for at følge patienten fra start til slut fordi de bliver afsluttet på et tidspunkt. Men altså når de bliver afsluttet, fra de startede der, kan jeg tydeligt se en forbedring, ellers ville de ikke blive afsluttet.” (Bilag 3)*

Informant C, som arbejder i en akutmodtagelse, beretter dog at et succeskriterium også kan være procesorienteret, det beskrives af informant C:

*“Ja når du siger oplever hvordan det lykkes og hvordan det bare sådan går godt, jamen så er det hvis det, hvis tingene bare glider som de skal, altså det er et succeskriterie ikke? Altså og det går så hurtigt som det nu kan og patienter kommer ind og er dårlige og det er med eller uden politi og sådan nogen ting der bare sådan kører og der ikke er for meget, jeg ved ikke hvorfor jeg siger for meget men lidt kaos er der vel nok en gang i mellem, ikke? Altså Det skal der jo være ikke? Men du ved, altså hvor der ligesom er styr på det selvom det er, selvom bølgerne kan gå højt nogen gange ikke, ja. Det, så er man lykkedes oplever jeg i en vagt, ja.” (Bilag 3)*

Dermed fremgår der to forskellige syn på det at lykkes med sit arbejde. Hvor det ene syn er patientorienteret og det andet er mere procesorienteret. Sygeplejerskerne i det ambulante regi arbejder inden for rammerne af F-ACT, hvor patienterne er i centrum for det tværfaglige arbejde. Disse objektive strukturer afspejler sig i ambulatoriet og dets daglige praksis, og dette bidrager til en forståelse af den habitus, som kan herske i det pågældende ambulatorium, og ikke mindst hos de pågældende informanter.

Informant C, beretter om et mere procesorienteret perspektiv på det at lykkes med sit arbejde. Som med informant A og D hvor deres synspunkter på det at lykkes kan være et udtryk for en internalisering af de objektive strukturer, som ligger i selve struktureringen af deres ansættelsessted, kan informant C's beretning være udtryk for det samme. Informant C's beretning, kan på samme måde udgøre en beskrivelse af vedkommendes habitus, en habitus vedkommende har erhvervet sig gennem sit daglige virke i akutmodtagelsen og de objektive strukturer der ligger i den afdelings strukturering med koordinering og opgavevaretagelse. Hvorfor et fokus på arbejdet kan være anderledes og være mere rettet mod "at der er styr på det" og "at det hele glider".

## 8.2 Kapitaler:

### 8.2.1 Kulturel kapital

Informant B beretter at sygeplejerskerne besidder en høj psykopatologisk viden, viden om medicin og en viden om hvilke tilbud patienter kan tilbydes (Bilag 3). Denne beretning om særlig viden inden for feltet, kan være bidragende til forståelsen af den kulturelle kapital, som sygeplejersker grundlæggende har via deres grunduddannelse. Informant B beretter yderligere, at sygeplejerskerne er dem med mest helhedsorienteret udsyn, samt at de er i stand til at danne sig et helhedsbillede af de psykiatriske patienter, grundet deres somatiske viden. Informanten udtrykker det således:

*"... Altså, hvis jeg skal være helt ærlig, så vil jeg nok vove den påstand at sige at dem som har det mest helhedsorienterede udsyn, det er nok sygeplejerskerne." (Bilag 3)*

På den måde kan informant B's beretninger altså forstås som en italesættelse af sygeplejerskens særlige kulturelle kapital, som ligger i grunduddannelsen til sygeplejerske. Ligeledes kan samme beretning forstås som en italesættelse af mængden af denne kapital, set ift. andre faggrupper.

Sygeplejerskerne udtrykker, at flere af dem udover grunduddannelsen til sygeplejerske har andre videreuddannelser (Bilag 3). Sygeplejerskerne beretter i høj grad om den specialiserede viden inden for psykiatrien, forskellige erfaringer inden for andre specialer indenfor sundhedsvæsenet og andre uddannelser, såsom; akut behandlersygeplejerske, videreuddannelse i psykopatologi, børnefamilie samtaleuddannelse, specialuddannelse i psykiatri og triagesygeplejerske (Bilag 3). De forskellige specialuddannelser, som der berettes om af de forskellige sygeplejersker, kan være bidragende til den kulturelle kapital, som de forskellige sygeplejersker hver især besidder. Disse forskelligartede uddannelser og deres bidrag til sygeplejerskernes personlige kulturelle kapital.

Med disse forskellige former for specialiseret viden indenfor feltet beretter informant A bl.a., at det er: "dejligt" når der tales om den specialiserede viden, som videreuddannelserne kan bidrage med i det daglige arbejde (Bilag 3). Samme informant beretter selv at have en kandidatuddannelse, som har givet særlige kompetencer til at se de sundhedsfaglige og samfundsvidenskabelige vinkler i mødet med patienterne (Bilag 3).

Det berettes, at de forskellige videreuddannelser og efteruddannelser gør, at de kan varetage opgaver bedre eller er mere oplagte til at varetage disse opgaver.

På den måde taler informant A's beretninger og beretningerne om de forskellige uddannelsers oplagthed til varetagelse af visse opgaver ind i en kumulering af den kulturelle kapital.

Det berettes yderligere, at sygeplejersker med særlige videreuddannelser, kan have særlige beføjelser i deres arbejde, fx. kan man som "akut behandlersygeplejerske" sende visse patienter hjem fra akutmodtagelsen, uden en konferering med en læge, hvilket informant C beskriver i følgende citat:

*“det kan man som behandlersygeplejerske, så må man godt selv sende visse grader af patienter hjem uden at der har været en læge med ind over og så der kan jeg godt sådan efterhånden som jeg har eksploreret i det blandt andre det vil X også kunne, hende der lige har været her sige at vedkommende går hjem med det og det og sådan noget ikke?” (Bilag 3)*

Dette kan være med til at indikere at særlige videreuddannelser, kan være bidragende til en kumulering af den kulturelle kapital hos de pågældende sygeplejersker som har uddannelsen som “akut behandlersygeplejerske”, som derfor kan varetage opgaver, som normalvis ville være indenfor lægens ansvarsområde. På den måde kan C’s beretning også forstås som en positionering, som vedkommende kan indtage grundet denne kumulering af den kulturelle kapital, når der på baggrund af videreuddannelse kan varetages nogle af lægens opgaver.

Informant C, beretter også, at man i funktionen som triagesygeplejerske bliver i stand til at vurdere, hvor akutte patientens symptomer er. Med disse beretninger og italesættelser om særlige kompetencer, som sygeplejersken besidder grundet sin grunduddannelse og andre særlige videreuddannelser, som fx. triagesygeplejerske, kan dette forstås som tilstedeværelsen af kulturelle kapital hos sygeplejerskerne, og den kumulering, der kan forekomme, når de besidder visse specialuddannelser.

Samtidigt berettes det af informant B, at sygeplejerskerne også kan varetage nogle af de opgaver som en socialrådgiver har. Hvilket kan indikere en vis grad af kulturel kapital hos sygeplejerskerne, som er overlappende med fx socialrådgiveres kompetenceområde og deres kulturelle kapital (Bilag 3). At sygeplejerskerne kan varetage nogle af socialrådgiverens opgaver grundet deres kompetencer, kan derfor også forstås som en beskrivelse af den egentlige mængde af kulturel kapital, som hver enkelt sygeplejerske besidder inden for feltet. Den mængde kulturel kapital kan de drage fordel af når de skal løfte opgaven om den helhedsorienterede indsats.

Sygeplejerskernes grundlæggende kapital, og den mere forskelligartede og specialiserede kulturelle kapital, kommer også til udtryk ift. de refleksioner, som sygeplejerskerne beskriver de gør sig i det daglige arbejde, fx. stillingtagen til videre forløb, samt koordinering ift. indkaldelse af patienter på baggrund af tvangspapirer

(Bilag 3). Sygeplejerskerne beretter også om, at der er bevidsthed om diverse forbedringstiltag og anbefalinger fra RHP og informant C beskriver blandt andet hvordan tiltag som BBUI (Bedre behandling under indlæggelse) og at højne kvaliteten af patientens behandling kun kan gøres grundet en ny specialuddannelse som informanten netop har færdiggjort (Bilag 3).

Ovenstående beretninger beskriver forskellige områder, hvor sygeplejerskerne skal gøre sig forskellige refleksioner. Et eksempel er de somatiske screeninger af patienter, hvor sygeplejersken gør brug af sin kulturelle kapital, som de besidder grundet sin grunduddannelse som sygeplejerske, og eventuelt af andre relevante videreuddannelser. Den kulturelle kapital kommer også i spil når sygeplejerskerne beskriver opgaver med koordinering og stillingtagen til videre forløb. Samme gør sig gældende når informant C som beretter at have fået styrket sine kompetencer inden for særlige forbedringstiltag og anbefalinger som fx. BBUI grundet sin specialuddannelse indenfor psykiatri. Derved kan ovenstående beretninger også være et udtryk for at sygeplejerskerne netop sætter sin kulturelle kapital i spil i deres daglige virke, samt hvorledes den specialiserede viden i sygeplejerskernes kulturelle kapital også kan komme i spil.

I forhold til det tværfaglige samarbejde beretter informant B at have den forventning, at hver enkelt tværfaglig medarbejder er ekspert indenfor sit speciale, indenfor den kontekst de arbejder, dette kan fx. være en social- og sundhedsassistent på et sengeafsnit, hvor forventningen er at de kender til de rette arbejdsgange fx. ift. observationer under indlæggelse (Bilag 3). Det berettes, at sygeplejerskerne forventer at lægerne har en viden om medicin og psykopatologi, og det forventes af sygeplejerske-kollegaer at have kendskab til eget ansvarsområde i samarbejdet (Bilag 3). Samtidig beskrives det, at sygeplejerskerne er særligt gode til medicin håndteringen og den kliniske pleje (Bilag 3). Sygeplejersken mener, at det er vigtigt at have en forståelse af sin egen faglighed, samt hvordan den integreres på tværs af andre faggruppers faglighed (Bilag 3). På den måde taler denne sygeplejerskes beretning ind i, at hver enkelt faggruppe, som befinder sig indenfor det psykiatriske speciale og feltet, skal kende sin faglighed. Fagligheden kan i den forbindelse være et udtryk for den kulturelle kapital. Sygeplejerskerne forventer altså, at de forskellige kollegaer har den nødvendige kulturelle kapital inden for

feltet. Som ud fra informant B's beretning om de særlige forventninger, kan tolkes en forventning om at kollegaer eller samarbejdspartnere besidder adgangsgivende kulturel kapital, når de skal færdes indenfor feltet.

### 8.2.2 Social kapital

Den sociale kapital manifesterer sig gennem sygeplejerskernes beretninger om at anerkende hinanden som ressourcer i deres daglige virke. Netop tanken om at anerkende hinanden som ressourcer, kan netop henvise til de netværk som sygeplejerskerne har i feltet og er en del af, hvilket kan udgøre social kapital. Denne sociale kapital kan være afgørende for at kunne sikre en helhedsorienteret tilgang til patientbehandlingen (Bilag 3).

Denne sociale kapital gør sig også gældende, når sygeplejerskerne fremhæver vigtigheden af tværfagligt samarbejde og vidensdeling, som er afgørende for at sætte patienten i centrum (Bilag 3). De deltager i møder, også kaldet morgenmøder, hvor de diskuterer patientforløb og får hjælp fra andre faggrupper som socialsygeplejersker og socialrådgivere. Dette samarbejde bidrager til patientbehandling og vidensudveksling. Desuden deltager de i ugentlige konferencer, hvor alle faggrupper bidrager med deres input omkring patientforløb og løsninger på problemstillinger. Tværfaglige overleveringssamtaler sikrer en god transition for patienterne og det videre arbejde.

En sygeplejerske beretter positivt om samarbejdet mellem OPUS og F-ACT, hvor de booker hinanden til en fælles overgangssamtale, så de sammen med patienten kan kommunikere omkring det videre forløb for patienten. Informant D beskriver det således:

*“Vi har andre teams i huset, altså OPUS fx. Vi får rigtig mange patienter de afslutter fordi de har kun to års forløb, men de har behov for yderligere behandling. Der oplever jeg et virkelig godt samarbejde, fordi de er virkelig gode til at kontakte os. Ligeså snart de kan se i SP at der er blevet tildelt en kontaktperson i F-ACT så sender de en inBasket til os og siger jeg kan se du er blevet kontaktperson for denne her patient. Kan vi aftale en*

*overleveringssamtale? Så de kommer til første samtaler og det fungerer virkelig godt for patienten.” (Bilag 3)*

Begge enheder, OPUS og F-ACT, er ambulante teams inden for feltet, dog specialiseret på hver deres måde. Når sygeplejersken beretter om overgangssamtalen mellem disse ambulante tilbud, er der tale om en situation, hvor det er muligt for de involverede medarbejdere at sætte deres sociale kapital i spil, og gøre brug af deres netværk, som deres sociale kapital består af. Således bliver overgangen bedst for den pågældende patient.

Sygeplejerskerne beretter om behovet for koordinering af forskellige indsatser, og det berettes i den forbindelse at der kan mangle visse kontakter til at kunne dække alle patienternes ofte sammensatte behov, så der kan sikres en problemfri overgang (Bilag 3). Det berettes at det fx kan være ift. de sociale tilbud samt misbrugsbehandlingen i kommunerne (Bilag 3). Sygeplejersker beretter, at kommunikationen også kan komme i spil når fx socialrådgiveren gør opmærksom på forskellige sociale behov, og dermed orienterer den pågældende kontaktperson, således de er orienterede om de sociale behov (Bilag 3). Den sociale kapital kommer således også i spil her, hvor de pågældende sygeplejersker inddrager deres sociale kapital, og netværket som det består af, til at dække de komplekse behov som deres patienter har. Beretningerne kan indikere, at det er nødvendigt for sygeplejerskerne at have en social kapital, som indeholder kontakter og netværk, som rækker ud over deres felt, som fx. kontakter i relevante kommunale behandlingstilbud. Når det berettes, at socialrådgiveren giver kontaktpersonen besked om forskellige sociale behov, kan der være tale om, at der gøres brug af den social kapital, og sygeplejersken via sin sociale kapital får vigtig viden til en konkret opgaveløsning, i gennem sit netværk, som den pågældende socialrådgiver indgår i.

Det berettes af sygeplejerskerne at til trods for sygeplejerskernes store specialiserede viden inden for det psykiatriske speciale, eller til trods for sygeplejerskernes store mængde af kulturel kapital inden for feltet, sørger sygeplejerskerne for at gøre brug af deres sociale kapital, som kan bestå af kontakt til forskellige faggrupper med relevante kompetencer og erfaringer (Bilag 3). Sygeplejerskerne beretter her, at de er gode til at henvise til andre instanser, socialrådgivere eller gøre brug af andre erfarne

kollegaer, som ikke nødvendigvis er af samme faggruppe. Dette italesættes bl.a. af informant A:

*“Jamen, jeg synes nok fordi også fordi vi arbejder jo i teams og det gør jo også at man kommer sig hinanden nærmere på en eller anden måde og øh... man bliver også hurtigere til at afspore og opspore hinandens sådan styrker, med sådan okay jeg har lige noget konkret hvem er det så lige jeg kan bruge i det her og så ved jeg jo godt okay der er noget jeg lige vil have fordybet, noget jeg gerne lige vil konferere eller sparre med en kollega, så ved jeg fx. at det er hende eller hende eller hende, det er uagtet faktisk faggruppe vil jeg sige.” (Bilag 3)*

Med informant A's beretning, dannes der et billede af, hvorledes den sociale kapital indgår som en naturlig del af det at arbejde i teams. Dette kan være struktureret af selve opbygningen af deres team. Ligeledes beretter informant A, at det daglige arbejde i deres team gør det muligt for dem som sygeplejersker, at navigere i hvilke styrker de forskellige kollegaer besidder, og hvem er bedst til at sparre med til bestemte problematikker, og dette er uanset hvilken faggruppe.

Den sociale kapital kommer også til udtryk i informant C's beretning:

*“Så er det måske mere koordinering med pårørende når nu patienterne skal hjem eller med den ambulante psykiatri eller rusmiddelenhed, sådan noget altså, der er, der fornemmer jeg at vi skal have nogen flere, hvad kan man sige sådan kontakter til alt og alle, både internt i huset, men også ude ikke? Ja.” (Bilag 3)*

Med denne beretning beskriver informant C selve koordineringen med væsentlige samarbejdspartnere for de pågældende patienter, som man ville møde i den pågældende afdeling. Således tegnes, der altså samarbejdspartnere i det netværk, som sygeplejerskerne i den givne afdeling, kan gøre brug af eller skal koordinere med ift. patientens videre forløb. Informanten beskriver yderligere samme beretning, at der mangler flere kontakter til samarbejdet (Bilag 3). Med afsæt i den sociale kapital,

kan man derfor forstå det sådan, at informanten beretter, at der mangler kontakter i netværket generelt, altså at det ville være ønskeligt med en højere social kapital. Samme informant beretter om vigtigheden af at kende sine kollegers fagligheder og deres kompetencer. Det berettes således af informant C:

*“Ja. Det, er det i hvert fald kender til hinandens fagligheder ikke? Man hvad du er læge, du er stud.med og du er sygeplejerske med speciale i det og så videre og så videre ikke? Det kan, det har altså sine fordele også i forhold til hvad man så sådan kan tillade sig at kræve af hinanden ikke? Jeg har måske ikke helt de samme forventninger øh... til en der lige er kommet ud fra skolen for et halvt år siden, men altså men øh, ja så på den måde kende hinandens fagligheder og kompetencer og styrker og svagheder ikke, altså det er i hvert fald med til tænker jeg at skabe nogle succeshistorier oplever jeg.” (Bilag 3)*

Denne beretning kan dermed bidrage til forståelsen af den sociale kapital. Informanten her beskriver det at vide, hvilke faggrupper og deres kompetencer er sigende for, hvad der kan forventes og kræves af hinanden indenfor feltet. I relation til den sociale kapital udgør de forskellige faggrupper som nævnes i beretningen altså dem som er del af informantens netværk, og derigennem også vedkommendes sociale kapital. Beretningen eksemplificerer altså således, hvordan den sociale kapital kan bruges. Informanten her tydeliggør hensigten med den sociale kapital, når det berettes at kendskabet til faglighed, anciennitet og kompetencer kan være indvirkende på, hvad man kan tillade sig at “forvente” eller “kræve” af sit netværk, i det daglige arbejde.

### 8.2.3 Symbolsk kapital

Den symbolske kapital, som sygeplejerskerne kan besidde kommer til udtryk, når alle sygeplejerskerne på tværs af de forskellige enheder beretter om, at sygeplejerskerne har den særlige funktion, at stå for den medicinske behandling, i forhold til dosering, dispensering, give depotmedicin samt at stå for den medicinske opfølgning (Bilag 3).

Dette italesættes af informant A således: *“Øh, helt klart der er vi jo dem der doserer, dispenserer og giver depot og alt der har med medicin at gøre det er jo så primært sygeplejerskerne.” (Bilag 3)*

Ligeledes berettes det at sygeplejersker kan håndtere UKU-screening (Tjekliste til vurdering af bivirkninger ved brug af antipsykotisk medicin) med henblik på vurdering af bivirkninger (Bilag 3). Derudover beskrives det, at det kun er sygeplejersker, som kan varetage disse opgaver, ud over lægerne. Som beskrevet besidder sygeplejerskerne særlige kompetencer, og derfor har de ifølge dem selv en større andel af kompetencer og således en vis mængde af kulturel kapital. Med disse beretninger om helt særlige tildelte og specificerede opgaver relateret til den psykiatriske behandling, som særligt ift. medicinering og dertilhørende screeninger for bivirkninger, må det antages, at sygeplejerskens særlige kulturelle kapital også tildeles særlig betydningsfuld værdi og derfor kan udgøre symbolsk kapital.

Der berettes af de forskellige informanter også om forskellige specialiserede opgaver og funktioner i relation til den psykiatriske behandling og de psykiatriske patienter, såsom; børnekursusleder, ressourceperson i dobbeltdiagnosebehandling, socialsygeplejersker, ECT-sygeplejerske i forhold til elektrochok terapi, klinisk vejleder og SP-nøgleperson i forhold til at vejlede kollegaer i brug af sundhedsplatformen (Bilag 3). På den måde berettes der om forskellige specialiserede opgaver, som varetages af sygeplejerskerne, hvilket kan være udtryk for mængden af kulturel kapital. Ifølge beretningerne er der tale om nogle specialiserede opgaver og kompetencer inden for feltet, hvorved der kan argumenteres for, at der er tale om kulturel kapital, som tillægges en særlig symbolsk værdi og anerkendelse indenfor feltet således, at det også kan være bidragende til sygeplejerskernes symbolske kapital.

Informant C's beretter om, hvordan man som sygeplejerske i akutmodtagelsen kan besidde en særlig og væsentlig funktion for driften på sygehuset, hvilket kan betyde varetagelse af særlige opgaver (Bilag 3). Det berettes på følgende måde:

*“Det er alt efter om man koordinerer, er koordinerende sygeplejerske i en vagt eller om man ikke er. Man kan sige, mandag, onsdag og fredag der vil jeg have det på grund af ECT, ikke? Altså sådan en særlig specialopgave i forhold til det. Og ellers de resterende dage der er det, der kunne det være jeg var koordinerende sygeplejerske i en, i en vagt for eksempel. Der er det jo*

*man netop finder ud af, og har styr på pladssituationen og i huset er der overhovedet nogen pladser, eller er det begyndt på overbelægning og øh... og har vi, er der nogen sådan særlige ting rundt omkring vi skal være opmærksomme på ikke?” (Bilag 3)*

Ovenstående citat kan derfor være bidragende til forståelsen af sygeplejerskernes symbolske kapital. Informant C beretter netop den “særlige specialopgave” ift. ECT-behandling og opgaven er at være den “koordinerende sygeplejerske” i egen afdeling og derigennem have overblik over et helt sygehus. Informant C italesætter altså varetagelsen af ECT, som værende særlig og specialiseret, hvorved med varetagelsen af opgaven, indtager en rolle som en specialiseret ekspert, som derved kan være udtryk for denne sygeplejerskes symbolske kapital. Ligeledes, når rollen som den koordinerende sygeplejerske italesættes, bliver der berettet om en rolle, som skal bidrage til at sikre drift og overblik over et helt sygehus. Dermed kan man tolke rollen som “koordinerende sygeplejerske” i akutmodtagelsen, som en rolle med særlig position, særlig anerkendelse og af særlig symbolsk værdi, set ift. det resterende sygehus. Dermed kan denne rolle også være bidragende til sygeplejerskens symbolske kapital.

Sygeplejerskerne i ambulatorierne beretter også om særlige vagter, som de kalder for “fællesvagterne”. Disse skal være bemandet af mindst én sygeplejerske, grundet deres kompetencer indenfor den medicinske behandling, som fx. ift. medicindosering, medicinadministration, og medicindispensering (Bilag 3). Den symbolske kapital, som sygeplejerskerne besidder grundet deres særlige tildelte opgaver i forhold til medicinering, kommer også til udtryk når informanterne beretter om “fællesvagterne”, og sygeplejerskernes nødvendige tilstedeværelse grundet medicinske opgaver. Dette kan tale ind i og understøtte den symbolske kapital, som sygeplejerskerne i dette felt besidder. Da deres kulturelle kapital, gennem disse beretninger tildeles essentiel og væsentlig værdi, og kan således udgøre den symbolske kapital.

## 8.3 Delkonklusion | Analysedel 2

Følgende delkonklusion er en opsamlende beskrivelse af anden analyse og beskriver de fund vi har gjort i forbindelse med hvordan habitus og kapitalerne tager sig ud og gør sig gældende gennem sygeplejerskernes beretninger.

### 8.3.1 Habitus

#### En generel og to forskellige

Sygeplejerskernes beretninger indikerer en generel habitus, der er fælles på tværs af forskellige arbejdsområder, enheder og afsnit. De prioriterer generelt patientens psykiske tilstand, funktionsniveau og medicinske behandling som centrale elementer i deres praksis som sygeplejersker. Derudover fremhæver de en evne til at prioritere arbejdsopgaver, uddelegere og opretholde overblik som typiske sygeplejefærdigheder. Disse aspekter tegner et billede af den overordnede habitus, der kendetegner sygeplejerskers tilgang til deres arbejde i RHP.

Sygeplejerskernes oplevelser af succes i deres daglige arbejde afslører to forskellige synspunkter, som afspejler to forskellige habitus. På den ene side beretter sygeplejersker i det ambulante regi, som arbejder inden for rammerne af F-ACT, om succesoplevelser, der er patientorienterede. For dem handler succes om at se forbedringer hos patienterne, både psykisk, somatisk og socialt. Denne tilgang afspejler en habitus, der er præget af fokus på patientens velbefindende og det tværfaglige samarbejde i ambulatoriet.

På den anden side rapporterer sygeplejersker, der arbejder i akutmodtagelsen, om et mere procesorienteret syn på succes. For dem handler succes om, at tingene glider som de skal og at der er styr på det, selv når der kan opstå kaotiske situationer. Dette perspektiv afspejler en habitus, der er formet af de objektive strukturer og krav, der eksisterer inden for akutmodtagelsens dynamiske miljø.

Disse to forskellige tilgange til succes i arbejdet illustrerer den diversitet, der kan findes blandt sygeplejersker afhængigt af deres arbejdsområde og de strukturer, de arbejder inden for og det viser, hvordan den generelle habitus hos sygeplejersker kan variere baseret på kontekst og praksis.

Disse to typer habitus synes at gøre sig gældende gennem flere af sygeplejerskernes udtalelser og det viser sig at informant A og D deler habitus gennem arbejdet i F-ACT teamet og Informant B og C deler habitus gennem deres tilknytning til akutmodtagelsen. De to typer habitus udfoldes nærmere i følgende to afsnit.

### Habitus i ambulant regi:

Sygeplejerskernes habitus i det ambulante arbejde inden for F-ACT-temaet er dybt forankret i strukturen og dynamikken i deres teams samt det tværfaglige samarbejde. Tværfagligheden er en central struktur, der er indlejret i opbygningen af F-ACT. Daglige boardmøder giver mulighed for drøftelser på tværs af fagligheder, hvilket fremmer en helhedsorienteret tilgang til patientbehandling. Denne struktur skaber en naturlig forventning om tværfaglighed og samarbejde på tværs af teamet.

I disse teams er der en stærk samhørighed og gensidig respekt for hinandens kompetencer. Planlagte fællesvagter strukturerer støtten til hinanden, og der er en implicit forventning om, at kolleger kan henvende sig til hinanden om hjælp eller rådgivning. Denne støttende teamdynamik er en vigtig del af sygeplejerskernes habitus.

Teamarbejdet muliggør også deling af viden og ressourcer på tværs af faggrupper. Kolleger lærer hinanden at kende og udnytter hinandens styrker og ekspertise. Der er en inkorporeret disposition ift. at søge rådgivning på tværs af discipliner, hvilket understreger vigtigheden af respekt for forskellige perspektiver og kompetencer.

Fleksibilitet og gensidig støtte er centrale temaer i det daglige arbejde. Sygeplejerskerne organiserer støtte til hinanden gennem kalenderstyring og opgavefordeling. Denne fleksibilitet er en integreret del af deres daglige arbejdsrutiner og bidrager til et effektivt og støttende arbejdsmiljø.

Endelig er der en forventning om ligeværdighed i teamet, uanset faglig baggrund. Alle medlemmer forventes at kunne varetage kontaktpersonfunktionen og andre opgaver på lige fod. Dette fremmer en kultur af ligeværdighed og samarbejde på tværs af forskellige fagligheder. Samlet set er sygeplejerskernes habitus i det ambulante præget af normer og værdier gennem en implicit forståelse for og

internalisering af de objektive strukturer, der understøtter det tværfaglige samarbejde og den gensidige støtte i deres teams.

### Habitus i akutmodtagelsen:

For sygeplejerskerne i akutmodtagelsen er der en unik habitus, der præger deres tilgang til arbejdet. Der fremhæves en åbenhed og en støttende kultur, hvor kolleger er gode til at udtrykke deres usikkerheder og udfordringer på arbejdet. Denne åbenhed skaber et rum for deling af erfaringer og støtte, hvilket er en central del af sygeplejerskernes habitus i afdelingen.

Kommunikation spiller en afgørende rolle i det daglige arbejde på akutmodtagelsen. Sygeplejerskerne understreger vigtigheden af en positiv kommunikationskultur og forventer, at kommunikationen præges af en positiv tone for at fremme forståelse og samarbejde. Denne norm om positiv kommunikation er en norm som er en inkorporeret disposition som viser sig i sygeplejerskernes habitus og præger deres tilgang til arbejdet.

Effektiv kommunikation er også afgørende for koordineringen af arbejdet på akutmodtagelsen. Informant C beskriver vigtigheden af korrekt videreformidling mellem vagter for at undgå tab af vigtig information, hvilket er afgørende for at opretholde et godt samarbejde. Sygeplejerskernes evne til at kommunikere effektivt og videregive korrekt information er en central del af deres habitus og praksis.

Der er også en forventning om et godt samarbejde og kommunikation med andre afdelinger på hospitalet, da akutmodtagelsen har kontakt med dem flere gange dagligt på grund af afdelingens akutfunktion. Denne forventning om samarbejde og kommunikation med andre afdelinger er en integreret del af sygeplejerskernes habitus, da de er nødt til at navigere i et komplekst netværk af samarbejdsrelationer.

Endvidere er der en bevidsthed om kollegers kompetenceniveau og faglige baggrund, hvilket er afgørende for koordineringen af arbejdet på akutmodtagelsen. Informant C udtrykker vigtigheden af at kende til hinandens fagligheder og kompetencer for at sikre effektivt samarbejde og koordinering. Denne bevidsthed om kollegers kompetencer er en integreret del af sygeplejerskernes habitus og praksis på akutmodtagelsen.

Samlet set er sygeplejerskernes habitus i akutmodtagelsen præget af åbenhed og en støttekultur, en positiv kommunikationspraksis, en evne til effektiv koordinering og samarbejde samt en bevidsthed om kollegers kompetencer og faglige baggrund, og således et stort procesorienteret fokus. Disse elementer udgør en integreret del af sygeplejerskernes tilgang til arbejdet i akutmodtagelsen og er internaliseret som en del af deres habitus og praksis.

### 8.3.2 Kapitaler

#### Kulturel kapital

Sygeplejerskers kulturelle kapital illustrerer et komplekst billede af sygeplejerskernes professionelle kompetencer og deres position inden for det sundhedsfaglige felt. Informanterne fremhæver sygeplejerskers omfattende viden om psykiatologi, medicin og behandlingstilbud som centralt for deres arbejde. Denne viden udgør en kerne af den kulturelle kapital, som sygeplejersker typisk besidder gennem deres grunduddannelse. Derudover viser beretningerne om videreuddannelser og specialiseringer, hvordan sygeplejersker kan akkumulere yderligere kulturel kapital og udvide deres kompetencer til at varetage specifikke opgaver eller roller inden for feltet.

Samtidig afspejler informanternes refleksioner også en bevidsthed om sygeplejerskers position i det tværfaglige samarbejde. Forventninger til kollegers ekspertise inden for deres specifikke områder, ligesom en erkendelse af egne styrker og ansvarsområder, er centrale elementer i denne kontekst. Der er også indikationer på en vis overlapning af kulturel kapital mellem sygeplejersker og andre faggrupper, hvilket understreger vigtigheden af at forstå og værdsætte det tværfaglige samarbejde som en kilde til styrke i behandlingen af patienter.

Således ses det, hvordan sygeplejerskers kulturelle kapital ikke kun er baseret på deres uddannelsesbaggrund, men også på deres efterfølgende specialiseringer og erfaringer.

## Social kapital

Den sociale kapital, som sygeplejerskerne beskriver, manifesterer sig først og fremmest gennem anerkendelsen af hinanden som værdifulde ressourcer i deres daglige arbejde. Denne anerkendelse skaber et fundament for det netværk, som sygeplejerskerne er en del af, hvilket udgør den sociale kapital. Dette netværk er afgørende for at sikre en holistisk tilgang til patientbehandlingen, da det giver adgang til forskellige ressourcer og kompetencer.

Et tydeligt eksempel på den sociale kapital, er når sygeplejerskerne fremhæver vigtigheden af tværfagligt samarbejde og vidensdeling. Gennem deltagelse i møder, konferencer og overgangssamtaler med andre faggrupper som socialsygeplejersker, socialrådgivere og læger, udnytter sygeplejerskerne deres sociale kapital til at koordinere patientbehandlingen og udveksle vigtig viden. Dette bidrager til en mere effektiv og helhedsorienteret indsats til gavn for patienterne.

Desuden viser sygeplejerskernes beretninger behovet for et bredt netværk, der strækker sig ud over den specifikke afdeling eller enhed, hvor de arbejder. Dette netværk inkluderer kontakter i relevante kommunale behandlingstilbud og samarbejdspartnere inden for forskellige områder som ambulant psykiatri og rusmiddel enheder. Sygeplejerskernes evne til at inddrage disse kontakter i deres arbejde illustrerer, hvordan den sociale kapital giver adgang til ressourcer uden for deres umiddelbare arbejdsområde.

Endvidere fremhæver sygeplejerskerne betydningen af at kende hinandens fagligheder, kompetencer og styrker. Dette bidrager til en mere effektiv arbejdsfordeling og sparring på tværs af faggrupper. Gennem dette kendskab udnytter sygeplejerskerne deres sociale kapital til at identificere de rette personer at henvende sig til i forskellige situationer og sikre en kvalificeret indsats.

Samlet set viser sygeplejerskernes beretninger, hvordan den sociale kapital manifesterer sig gennem et tæt netværk af ressourcer, samarbejdspartnere og kollegaer. Dette netværk giver sygeplejerskerne adgang til viden, kompetencer og støtte, som er afgørende for deres arbejde med at sikre den bedst mulige behandling og pleje for patienterne.

## Symbolsk kapital

Sygeplejerskernes symbolske kapital viser sig gennem deres særlige funktioner og kompetencer inden for medicinsk behandling og specialiserede opgaver.

Først og fremmest fremhæves sygeplejerskernes rolle i medicinadministration, dosering og opfølgning, hvilket betragtes som en central del af deres arbejde og tilskrives dermed symbolsk værdi. Dette understreges af deres ansvar for UKU-screening og andre medicinske opgaver, som kun sygeplejerskerne og lægerne kan udføre. Disse specialiserede opgaver illustrerer sygeplejerskernes specialiserede kompetencer og her er det derfor også deres kulturelle kapital, som tildeles symbolsk betydning i feltet.

Desuden fremhæves sygeplejerskernes involvering i specialiserede funktioner såsom børnekursusleder, ressourceperson i dobbeltdiagnosebehandling, ECT-sygeplejerske og klinisk vejleder. Disse roller anses for at være symbolsk betydningsfulde og bidrager til opbygningen af sygeplejerskernes symbolske kapital, gennem deres ekspertise og anerkendelse på tværs af feltet.

Yderligere belyses betydningen af sygeplejerskernes rolle som koordinerende sygeplejerske i akutmodtagelsen, hvor de håndterer komplekse opgaver som ECT-behandling og har overblik over hele sygehuset. Denne rolle tillægges særlig symbolsk værdi og understreger sygeplejerskernes betydning for driften og plejen.

Endelig illustreres sygeplejerskernes symbolske kapital gennem deres nødvendige tilstedeværelse på "fællesvagter" i ambulatorierne, hvor deres medicinske ekspertise er afgørende. Disse eksempler fremhæver sygeplejerskernes symbolske kapital, som er opbygget gennem deres unikke kompetencer, specialiserede roller og anerkendelse i feltet.

## 9. Analysedel 3 | Habitus og kapitalers påvirkning på tværfagligt samarbejde

I den følgende analyse tages der udgangspunkt i resultaterne og fundene fra første og anden analysedel. Således vil det undersøges, hvordan funktioner og dysfunktioner opretholdes ud fra Pierre Bourdieus begreber habitus og kapitaler ([se afsnit 4.5.3 Analysedel 3 | Praksisteoriens påvirkning](#)). Udgangspunktet for denne analyse, er således at besvare tredje og sidste arbejdsspørgsmål:

**På hvilken måde spiller kapitalerne og habitus ind på opretholdelsen af de funktioner og dysfunktioner der er til stede i sygeplejerskernes praksis?**

### 9.1 Funktioner

Funktionerne er som beskrevet i [afsnit 7.5 Delkonklusion| Analysedel 1](#):

- Kompetenceudvikling og udvidede ansvarsområder
- Koordinering og kommunikation
- Kalenderstyring
- Sikring af kvaliteten i behandlingen

#### **Kompetenceudvikling og udvidede ansvarsområder:**

*Specialuddannelser og videregående kompetencer styrker sygeplejerskernes praksis og tilfredshed med jobbet.*

Sygeplejerskerne beretter i høj grad om forskellige videreuddannelser, som kan øge deres kompetencer inden for feltet (Bilag 3). Der er her tale om uddannelse til akut behandler/sygeplejerske, triagesygeplejerske, videreuddannelse i psykopatologi, uddannelse i børnefamilie samtale og specialuddannelse i psykiatri (Bilag 3). Disse uddannelser er alle rettet mod en specialisering inden for feltet, psykiatrien. Hvilket for de pågældende sygeplejersker vil medføre øget kulturel kapital, da de forskellige videreuddannelser vil være bidragende til netop ny viden. Disse bidrag af den nye

viden, vil altså således være medvirkende til en opretholdelse af funktionen: *kompetenceudvikling og udvidede kompetenceområder*. Dette kommer også til udtryk i de interviewede sygeplejerskers beretninger, som bl.a. beretter om, at med de særlige videreuddannelser, kan de varetage visse særlige opgaver. Samt bliver det udtrykt af informant A at det er "dejligt" at der er denne specialiserede viden på baggrund af de forskellige videreuddannelser (Bilag 3). Det kan indikere, at der også her er tale om en opretholdelse af funktionen: *kompetenceudvikling og udvidede kompetenceområder*, da beretningen her derudover kan forstås som et udtryk for arbejdsglæden og at det er "dejligt", når der netop er disse øgede kompetencer.

I relation til de nye muligheder for opgavevaretagelse igennem videreuddannelserne, og kumulering af den kulturelle kapital hos sygeplejersken, bliver det beskrevet hvordan de har evnerne til at varetage særlige opgaver, som normalvis ville ligge uden for sygeplejerskens ansvarsområde (Bilag 3). Som fx. med uddannelsen som "akut behandlersygeplejerske", hvor sygeplejersken derefter kan varetage opgaver, som normalt ville være indenfor lægens ansvarsområde. Som det fremgår af informant C's beretning, når der tales om at på grund af denne uddannelse kan påtage sig den opgave at sende visse patienter hjem fra skadestuen, uden en læges vurdering (Bilag 3). Hvilket også er en opretholdelse af funktionen: *kompetenceudvikling og udvidede ansvarsområder*.

Sygeplejerskernes arbejde præges i høj grad af kompetenceudvikling og udvidede ansvarsområder, hvilket ses gennem deres deltagelse i forskellige videreuddannelser inden for psykiatrien (Bilag 3). Disse uddannelser, såsom akut behandlersygeplejerske og triagesygeplejerske, bidrager til en øget kulturel kapital blandt sygeplejerskerne, ved at tilføre dem ny viden og færdigheder. Dette ses også i deres evne til at håndtere særlige opgaver, som normalt ville ligge uden for deres ansvarsområde, hvilket indikerer en opretholdelse af funktionen: *kompetenceudvikling og udvidede ansvarsområder*. Beretningerne fra sygeplejerskerne tyder desuden på, at disse øgede kompetencer bidrager til en større arbejdsglæde og tilfredshed med jobbet, hvilket yderligere understreger betydningen af denne funktion i deres praksis. Derudover viser det, hvordan den kulturelle kapital gennem videreuddannelse muliggør sygeplejerskernes deltagelse i opgaver, der traditionelt set er forbeholdt andre faggrupper, hvilket bidrager til en udvidelse af deres kompetenceområder og ansvarsområder i feltet.

## Koordinering og kommunikation:

*Kontinuerlig kommunikation muliggør faglig udveksling, koordinering og god patientpleje.*

Sygeplejerskerne beretter også i høj grad om vigtigheden af kommunikation, samt at dette er en essentiel del af deres arbejde i deres daglige virke. Dette sættes i relation til den interne kommunikation i deres team eller afdeling (Bilag 3). Informant C beskriver at der i den pågældende afdeling hvor C arbejder, er et øget fokus på selve koordineringen, ift. konkret opgaveløsning, og det at være en “blæksprutte” ift. koordineringen hele vejen ud i huset, det at altså her op til den enkelt sygeplejerske at koordinere og der er altså her en særlig opgave i at være den “koordinerende sygeplejerske” i en vagt (Bilag 3).

Samtidig beskriver Informant A også sin kontaktpersonfunktion i F-ACT, som at være en “blæksprutte”. Her er sygeplejen “blæksprutte” på et konkret patientforløb, og ikke for hele huset som informant A i akutmodtagelsen er (Bilag 3).

Der er altså forskel på at være “blæksprutte” i ambulant regi og i akutmodtagelsen, hvilket er et eksempel på de to forskellige identificerede habitus, der gør sig gældende hos sygeplejerskerne. Opgaven med at koordinere på vegne af hele huset uden særlige objektive strukturer for denne koordinering, er anderledes end at være kontaktperson, og gør sig gældende i sygeplejerskernes habitus i akutmodtagelsen. Sygeplejerskernes habitus i ambulant regi har fokus på koordinering af det enkelte patientforløb, hvor den yderligere koordinering i huset er præget af klare rutiner i form af kontaktpersoners roller, særlige vagter og forudbestemte teams som objektive strukturer.

Disse to informanter, kan til trods for forskellighed i habitus istemme sig, at koordineringen er vigtig i det daglige arbejde, hvor det kan være en essentiel del i den gode patientpleje, samt også en essentiel del i den faglige udveksling kollegaer imellem eller teammedlemmer i mellem. Med denne tværgående fælles opfattelse af koordination og ikke mindst kommunikation, kan dette være med til at indikere, at sygeplejerskernes generelle habitus netop er præget af denne opfattelse af kommunikationen og koordineringen. Den generelle habitus kan derfor være medvirkende til at opretholde funktionen: *koordinering og kommunikation*.

Ligeledes kan de forskelligartede habitus i det ambulante regi og i akutmodtagelsen, og deres deraf forskelligartede fokus på koordinering, også bidrage til en opretholdelse af funktionen *koordinering og kommunikation*, dog på hver sin måde.

Ifølge beretningerne om tværfagligheden i det daglige arbejde, berettes det, at kommunikation er særlig vigtigt. Vigtige elementer i selve kommunikationen er at man bliver hørt og forstået, for at kunne samarbejde effektivt, der er en forventning om en kommunikation præget af en god tone (Bilag 3). En positiv kommunikationskultur vil bidrage til at fremme forståelse og effektivitet i samarbejdet. Dette er således et udtryk for den generelle habitus hos sygeplejerskerne, da beretningerne om vigtigheden af den positive kommunikationskultur og forventningen om den ”gode tone”. Dette er altså også et udtryk for hvorledes de anskuer feltet, og et udtryk for deres handle dispositioner ift. deres ageren i handlerummet og deres personlige værdier og normer, som er i spil i deres daglige arbejde. Ift. dette vil den generelle habitus således igen være medvirken til en opretholdelse af funktionen: *koordinering og kommunikation*.

Der berettes også om kommunikationen som en essentiel del i det praktiske arbejde. Informant C beretter om fordelene ved god videreformidling mellem vagter, så man undgår tab af vigtig information (Bilag 3). Evnen til den effektive og fyldestgørende kommunikation udgør således en del af sygeplejerskens habitus i akutmodtagelsen. Ligeledes beretter samme sygeplejerske om vigtigheden af at have overblikket over egen afdeling og resterende afdelinger, således at det er muligt at forebygge kaos og at være på forkant (Bilag 3). Dette kan således også være et udtryk for en del af habitus i akutmodtagelsen, som viser sig ved sygeplejerskens evne ift. koordinering i en vagt. Sygeplejerskens habitus i akutmodtagelsen bidrager på denne måde til opretholdelse af funktionen: *koordinering og kommunikation*.

Dertil tales der om, at man sammen i de forskellige teams kan søge hjælp ved mere erfarne kollegaer i det pågældende team og finde gode fælles løsninger, som vil være til gavn for patienten (Bilag 3). Dette kan dermed være et udtryk for, en tilstedeværelse af social kapital, som sygeplejerskerne har, og samtidig kan mængden af den sociale kapital også være bidragende til en opretholdelse af funktionen: *koordinering og kommunikation*.

Beretningerne om teamsamarbejdet i F-ACT og dennes indvirkning på den sociale kapital, kan således også have en indvirkning på den habitus, der gør sig gældende hos sygeplejerskerne i det ambulante regi. Beretningerne om det legitime i at bede om hjælp og rådgivning ligger implicit i det at være en *“god kollega”* (Bilag 3). Hvilket kan være udtryk for den ambulante habitus, som kan ses hos disse sygeplejersker. På den måde kan denne habitus i ambulant regi være med til at opretholde funktionen: *koordinering og kommunikation*.

Sammenfattende er sygeplejerskernes arbejde præget af en dyb forankring i kommunikation og koordinering som centrale funktioner. Dette ses både internt i deres teams og afdelinger samt eksternt i samarbejde med andre faggrupper og afdelinger på hospitalet. Deres generelle habitus er kendetegnet ved anerkendelse af samarbejdets betydning og en evne til at håndtere komplekse arbejdsopgaver i et tværfagligt miljø. Derudover udtrykker beretningerne også en positiv kommunikationskultur og evnen til korrekt informationsformidling som afgørende for en effektiv arbejdsproces og patientpleje. Den sociale kapital, som sygeplejerskerne besidder gennem deres netværk og samarbejdsrelationer, spiller også en væsentlig rolle i opretholdelsen af denne funktion i deres arbejde.

### **Kalenderstyring:**

*Organisering af arbejdsopgaver gennem kalenderstyring giver overblik og mulighed for at hjælpe med akutte opgaver.*

Særligt beretter informanterne, som har deres daglige virke i ambulatoriet F-ACT, om hvorledes de kan strukturere deres arbejde igennem kalenderbooking. Dette for at strukturere deres arbejde i relation til medicinering af patienter (Bilag 3). Dertil bliver det berettet af informant A, at deres arbejdsplads også udgør et værktøj til at afhjælpe hinanden i forhold til deres arbejdsbyrde (Bilag 3). Med netop funktionen: *Kalenderstyring*, kan der være tale om internaliserede objektive strukturer, som danner sygeplejerskernes habitus. Det er en naturlig del i de pågældende sygeplejerskers arbejde, at gøre brug af kalenderen, så de kan få struktureret deres opgaver, og derigennem få overblik og hjælpe hinanden. Således kan denne konkrete

habitus, som særligt findes i det ambulante regi, netop være med til at opretholde funktionen: *Kalenderstyring*. Sygeplejerskerne i F-ACT betoner yderligere betydningen af at kende kollegaernes forskellige faglige styrker og de organiserer støtten til hinanden ved at planlægge tid i kalenderen til hjælp, især når det drejer sig om medicinadministration, hvor nogle kontaktpersoner ikke har den fornødne medicinkompetence (Bilag 3). På den måde kan dette også være et udtryk for den samme opretholdelse af funktionen, og ligeledes et kendetegn for den habitus, som hersker i det ambulante regi.

Sygeplejerskernes arbejde præges af funktionen: *kalenderstyring*, som de integrerer i deres daglige praksis for at strukturere arbejdet og sikre effektiv medicinering af patienter. Informanterne understreger vigtigheden af at bruge kalenderen som et redskab til at organisere deres opgaver og få et overblik over arbejdsbyrden (Bilag 3). Denne praksis med kalenderstyring internaliseres som en naturlig del af sygeplejerskernes arbejdsmetoder og er med til at opretholde denne funktion i deres praksis. Især i det ambulante regi hvor F-ACT-teamets kalenderstyring er centralt, og hvor sygeplejerskerne koordinerer støtte til hinanden ved at planlægge tid i kalenderen for at hjælpe hinanden, især ved medicinadministration. Dette viser, hvordan habitus blandt sygeplejerskerne i det ambulante miljø understøtter og opretholder funktionen: *Kalenderstyring* gennem deres organisatoriske praksis og samarbejde.

## **Sikring af kvaliteten i behandlingen**

*Nogle tiltag, såsom hurtig informationsoverførsel ved indlæggelse, bidrager til kvaliteten i behandlingen.*

Det berettes af sygeplejerskerne som arbejder ambulant, at patientforløbene bliver gode og mere sammenhængende, når der er en informationsudveksling mellem de forskellige enheder (Bilag 3). Det kan være information om indlæggelse af en patient, som er tilknyttet et ambulant forløb. Det kan være i relation til en patient, som er indlagt, her berettes der om særlige møder, som fx. netværksmøder, behandlingsplansmøder og udskrivelssamtaler (Bilag 3), hvor deres viden om den pågældende patient kan være givende. Det berettes af informant C, hvorledes denne

arbejdsgang mellem vedkommendes afdeling og de ambulante teams foregår, og her italesættes det, at der er tale om en ganske simpel arbejdsgang (Bilag 3). Derved kan netop denne konkrete arbejdsgang, som italesættes, udgøre en objektiv struktur. Som således kan tolkes som en, der er inkorporeret i denne sygeplejerskes habitus. Det berettes, at denne informationsoverførsel er essentiel for kvaliteten af arbejdet med de psykiatriske patienter (Bilag 3). Informanterne som har deres daglige virke i det ambulante regi beretter i høj grad om vigtigheden af denne informationsoverførsel for patientsikkerheden og netop dette syn på denne arbejdsgang kan være et udtryk for disse sygeplejerskers habitus, som netop har inkorporeret, dette i deres værdier og normer, som udledt af de objektive strukturer på deres arbejdsplads (Bilag 3). Derfor kan en habitus, som har inkorporeret dette værdisæt og normer, være med til at reproducere denne funktion *sikring af kvaliteten i behandlingen*.

Det berettes, at sygeplejerskerne er gode til at henvise til andre samarbejdspartnere, som kan være af forskellige faggrupper for, at patienterne får den bedste pleje (Bilag 3). Dette til trods for, at sygeplejerskerne har en stor kulturel kapital, således bruger de den sociale kapital, for at sikre kvaliteten i behandlingen via deres egen sociale kapital. Således kan dette bidrage til en opretholdelse af funktionen: *Sikring af kvaliteten i behandlingen*.

Det berettes yderligere af informanterne om forskellige områder, hvor sygeplejerskerne skal gøre sig forskellige refleksioner (Bilag 3). Et eksempel er den stillingtagen sygeplejerskerne skal gøre sig omkring patienters videre forløb, hvor sygeplejersken således gør brug af sin kulturelle kapital, som de besidder grundet sin grunduddannelse som sygeplejerske, og eventuelt grundet af andre relevante videreuddannelser (Bilag 3). Den kulturelle kapital kommer også i spil når sygeplejerskerne taler om koordinering og stillingtagen til videre forløb. Hvorved selve funktionen: *Sikring af kvaliteten i behandlingen*, kan opretholdes. Samme gør sig gældende når informant C som beretter at grundet sin specialuddannelse i psykiatri har fået styrket sine kompetencer inden for særlige forbedringstiltag og anbefalinger som fx. BBUI (Bedre Behandling Under Indlæggelse) (Bilag 3). På den måde sættes den kulturelle kapital i spil opretholder funktionen: *Sikring af kvaliteten i behandlingen*.

Sygeplejerskernes arbejde med at sikre kvaliteten i behandlingen understøttes af en vigtig informationsudveksling mellem forskellige enheder, hvilket skaber sammenhængende patientforløb. Denne proces omfatter møder som netværksmøder, behandlingsplansmøder og udskrivelsessamtaler, hvor information om patienterne deles (Bilag 3). Denne praksis med informationsudveksling internaliseres som en del af sygeplejerskernes arbejdsgang og understøtter deres habitus. Det understreges af informanterne, at denne informationsoverførsel er afgørende for patientsikkerheden, hvilket viser, hvordan habitus hos sygeplejerskerne reproducerer funktionen: *Sikring af kvaliteten i behandlingen*.

Desuden viser informanterne, at sygeplejerskerne effektivt henviser patienter til andre samarbejdspartnere for at sikre den bedst mulige pleje, hvilket udnytter deres sociale kapital. Dette bidrager også til opretholdelse af funktionen: *Sikring af kvaliteten i behandlingen*.

Derudover reflekterer sygeplejerskerne over forskellige områder, hvor deres kulturelle kapital fra deres uddannelse og videreuddannelse spiller en rolle (Bilag 3). Denne kulturelle kapital anvendes også ved koordinering og stillingtagen til videre forløb, som opretholder funktionen: *Sikring af kvaliteten i behandlingen*”.

Informanterne fremhæver også, hvordan specialuddannelser styrker sygeplejerskernes kompetencer og bidrager til kvalitetssikringen af behandlingen (Bilag 3). Samlet set viser dette, hvordan habitus hos sygeplejerskerne understøtter og opretholder funktionen: *Sikring af kvaliteten i behandlingen* gennem deres daglige praksis og refleksioner.

### 9.1.1 Delkonklusion | Habitus og kapitalers indflydelse på funktioner

#### **Kompetenceudvikling og udvidede ansvarsområder:**

- **Kulturel kapital:** Sygeplejerskernes deltagelse i specialuddannelser som akut behandler-sygeplejerske, triagesygeplejerske, og videreuddannelse i psykopatologi øger deres kulturelle kapital ved at tilføre ny viden og færdigheder. Denne kapital gør det muligt for dem at påtage sig opgaver, der normalt ville være lægens ansvar, hvilket understøtter funktionen: *kompetenceudvikling og udvidede ansvarsområder*.

- **Den generelle habitus:** Deres positive erfaringer og arbejdsglæde forbundet med disse udvidede kompetencer indikerer, at sygeplejerskernes generelle habitus er præget af en værdsættelse af videreuddannelse og specialisering. Dette gør det muligt for sygeplejerskerne at varetage flere og mere komplekse opgaver, hvilket bekræftes af udsagn som “*dejligt*” fra informanterne.

### **Koordinering og kommunikation:**

- **Social kapital:** Den sociale kapital kommer til udtryk gennem sygeplejerskernes evne til at arbejde sammen internt i deres team og eksternt med andre faggrupper. Her viser det sig at det netværk, som de har i deres sociale kapital, er tilstrækkeligt stort til at opretholde funktionen *koordinering og kommunikation*.
- **Habitus i ambulant regi:** Habitus i det ambulante regi er præget af den opfattelse af, at koordineringen er af essentiel karakter og at koordineringen særligt foregår i relation til et konkret patientforløb og mellem relevante samarbejdspartnere, som er relateret til det konkrete patientforløb. Dermed er habitus i det ambulante regi mere patientorienteret når det kommer til koordinering. Således er habitus i det ambulante regi med til at opretholde funktionen *koordinering og kommunikation*.
- **Habitus i akutmodtagelsen:** Habitus i akutmodtagelsen, er også af den opfattelse at koordineringen er af essentiel karakter, dog med et andet fokus end i det ambulante regi. I akutmodtagelsen er fokus for deres koordinering nærmere rettet mod konkret opgaveløsning. Det kan være i forbindelse med at varetage opgaven som “koordinerende sygeplejerske” i en vagt, således er der tale om koordinering på et mere procesorienteret og selvstændigt plan, som også strækker sig udover akutmodtagelsen som afdeling. Således vil denne habitus også være medvirkende til en opretholdelse af funktionen: *koordinering og kommunikation*. Denne funktion opretholdes også gennem sygeplejerskens fokus på en god videreformidling og fokus på forebyggelsen af “kaos”.
- **Den generelle habitus:** Der er i den generelle habitus indarbejdet en forventning om en positiv kommunikationskultur og en god tone, som fremmer effektivt samarbejde og god patientpleje. Beretninger om vigtigheden

af kontinuerlig kommunikation og evnen til at videreformidle information mellem vagter viser, hvordan den generelle habitus understøtter funktionen *koordinering og kommunikation*.

### **Kalenderstyring:**

- **Habitus i ambulant regi:** Kalenderstyring internaliseres som en naturlig del af sygeplejerskernes arbejdsmetoder, i det ambulante regi. Dette gør det muligt at strukturere arbejdet, sikre overblik og hjælpe hinanden med arbejdsbyrden. Brugen af kalenderen til at organisere medicinering og støtte kolleger er et udtryk for den praktiske habitus i deres daglige arbejde i ambulatoriet, og er således med til at opretholde funktionen *kalenderstyring*.
- **Kulturel kapital:** Kalenderstyring indebærer organisatoriske færdigheder, som sygeplejerskerne anvender til at planlægge og udføre deres opgaver effektivt. Ligeledes vil dette også understøtte funktionen *kalenderstyring*.

### **Sikring af kvaliteten i behandlingen:**

- **Kulturel kapital:** Sygeplejerskernes viden fra grunduddannelse og videreuddannelse anvendes til somatiske screeninger og koordinering af patientforløb, hvilket sikrer kvaliteten i behandlingen. Initiativer som BBUI fremhæves som eksempler på, hvordan deres specialiserede viden bidrager til kvalitetsforbedring. Således kan den kulturelle kapital være medvirkende til en opretholdelse af funktionen: *sikring af kvaliteten i behandlingen*.
- **Social kapital:** Effektiv henvisning til samarbejdspartnere og brugen af deres netværk sikrer, at patienterne får den bedst mulige pleje. Denne sociale kapital understøtter således funktionen: *sikring af kvaliteten i behandlingen*.
- **Den generelle habitus:** Informationsudveksling mellem enheder og fokus på sammenhængende patientforløb internaliseres i sygeplejerskernes generelle habitus. Således er der tale om normer og værdier, som er til stede på tværs af enhederne. Denne praksis sikrer således funktionen, at der ikke sker tab af vigtig information, og fremmer patientsikkerhed og behandlingskvalitet. Således at funktionen: *sikring af kvalitet i behandlingen* opretholdes.

Samlet set viser analysen, hvordan sygeplejerskernes praksis og opretholdelse af funktionerne, er tæt forbundet med deres habitus og forskellige former for kapital. Den kulturelle og sociale kapital samt deres generelle habitus spiller en central rolle i opretholdelsen af de begrebsliggjorte funktioner fra analysedel 1. Samtidig gør den ambulante habitus sig også gældende i opretholdelsen af funktionerne i større grad end habitus i akutmodtagelsen gør.

## 9.2 Dysfunktioner

Dysfunktionerne er som beskrevet i [afsnit 7.5 Delkonklusion | Analysedel 1](#):

- For tidlige udskrivelser
- Manglende kommunikation og vidensdeling
- Uoverensstemmelse mellem intentioner og praksis

### For tidlige udskrivelser

*Pladsmangel og administrative prioriteringer fører til for tidlige udskrivelser, hvilket påvirker patientbehandlingen negativt.*

Sygeplejerskerne i det ambulante beretter om, at have en oplevelse af “for tidlige udskrivelser”, hvilket de beretter har en negativ indflydelse på patientbehandlingen (Bilag 3).

I den forbindelse beretter informant D at det er noget som opleves i forbindelse med pladsmangel på sygehuset, og patienterne af den årsag bliver udskrevet for tidligt, da der skal laves ledige sengepladser op til weekenden (Bilag 3). Dertil berettes det, at der ses en tendens til, at de samme patienter, som udskrives for tidligt, vil blive genindlagt kort tid efter (Bilag 3). Dette er et udtryk for den ambulantes habitus. Dysfunktionen kommer således af den måde som sygeplejerskerne anskuer deres handlerum og felt, som derved er med til at udgøre en del af deres habitus. Dertil bliver det derfor en beskrivelse af, hvorledes dysfunktionen: *For tidlige udskrivelser* gør sig gældende.

Denne dysfunktion i det tværfaglige samarbejde viser sig også gennem sygeplejerskernes habitus i det ambulante, når deres opfattelse af

kommunikationsgangen og delingen af informationer ikke er fyldestgørende, men “bare” som en besked omkring udskrivelsen (Bilag 3). Oplevelsen af ikke at have indflydelse på udskrivelsen er det som også opretholder dysfunktionen i det tværfaglige samarbejde omkring for tidlige udskrivelser. Denne dysfunktion viser sig ikke i sygeplejerskernes habitus i akutmodtagelsen, da deres habitus er mere procesorienteret, hvilken giver en klart billede af hvordan for tidlige udskrivelser anskues forskelligt afhængig af hvordan sygeplejerskerne anskuer deres handlerum og det tværfaglige samarbejde. Denne forskellighed viser sig bl.a. når informant C beskriver hvordan de i akutmodtagelsen hele tiden skal forholde sig til hvad der er akut og hvad der ikke er akut (Bilag 3). Altså er der ikke fokus på udskrivelser, men mere på hvem der skal indlægges og ikke skal indlægges.

Denne forskellighed i habitus mellem det ambulante og akutmodtagelsen kan komme til udtryk i opretholdelsen af dysfunktionen: *For tidlige udskrivelser*. Dette kan potentielt skabe en kløft mellem de to enheder, besværliggøre tværfagligt samarbejde og føre til et manglende netværk mellem de to enheder og sygeplejerskernes habitus. Dermed opstår der et fravær af social kapital mellem det ambulante og akutmodtagelsen, hvilket bidrager til opretholdelsen af dysfunktionen: *For tidlige udskrivelser* i det tværfaglige samarbejde.

## **Manglende kommunikation og vidensdeling**

*Manglende kommunikation og vidensdeling resulterer i udfordringer, der påvirker patientsikkerheden og arbejdsgangene negativt.*

Informanterne fra det ambulante beretter om udfordringerne ved manglende vidensdeling, som vil kunne påvirke patientsikkerheden, og de generelle arbejdsgange negativt (Bilag 3). De informanter, som har deres virke i det ambulante, oplever at den manglende vidensdeling som noget yderst problematisk, og beretter at der kan være tale om utilsigtede hændelser, når de ikke får besked om udskrivelser og andre ændringer i behandlingen, som vil have konsekvenser for patientsikkerheden (Bilag 3). Det kan dreje sig om manglende opfølgning efter en udskrivelse, dette kan dermed besværliggøre arbejdsgangene for de sygeplejersker der arbejder i ambulatoriet.

Informant C beretter at der er fokus på arbejdsgangen, ift. vidensdelingen ved indlæggelse af en patient på sengeafsnit, som samtidig er i et ambulant forløb, ikke er “rocket science” men alligevel ikke helt lige til (Bilag 3).

Opretholdelsen af dysfunktionen i det tværfaglige samarbejde omkring manglende kommunikation og vidensdeling skyldes, at der er to forskellige typer af habitus på spil. Sygeplejersker i det ambulante fokuserer på de konsekvenser, som manglende kommunikation og vidensdeling har for patienterne, mens sygeplejerskerne i akutmodtagelsen mere fokuserer på selve processen omkring vidensdelingen. Det er altså forskellene i disse to forskellige habitus, der bidrager til opretholdelsen af dysfunktionen: *Manglende kommunikation og vidensdeling*.

### **Uoverensstemmelse om intentioner og praksis:**

*Der er en generel uoverensstemmelse mellem de fastsatte mål i Tre-årsplanen og den faktiske praksis.*

På grund af de forskellige habitus arbejder sygeplejerskerne forskelligt i praksis, hvilket påvirker arbejdet med målsætningerne i Tre-årsplanen. Sygeplejerskerne i det ambulante afsnit har en anden tilgang til praksis og det tværfaglige samarbejde end sygeplejerskerne i akutmodtagelsen. Disse forskelle i praksis fører til opretholdelse af dysfunktionen, og forskellene er afhængige af sygeplejerskernes habitus, som er præget af de internaliserede strukturer og inkorporerede dispositioner.

Dysfunktionen: *Uoverensstemmelse mellem intentioner og praksis* opretholdes af de forskellige habitus, sygeplejerskerne har, afhængig af hvor i RHP de arbejder. Dette, som beskrevet i ovenstående afsnit, kan opretholde dysfunktionen omkring *manglende kommunikation og vidensdeling*, men hér ses forskellene som en mere overordnet forklaring på, hvordan målene i tre årsplanen arbejdes med forskelligt.

Sygeplejerskerne i det ambulante regi har et stort patientorienteret fokus, hvilket relaterer sig til det overordnede mål i [Søjle 1 | Patientens ønsker og behov](#). Omvendt fokuserer sygeplejerskerne i akutmodtagelsen mere på [Søjle 4 | Effektive arbejdsgange](#)). Denne forskel i fokus påvirker opfyldelsen af målsætningerne, og det

afhænger af sygeplejerskernes habitus og det afsnit, som de arbejder i, om Tre-årsplanens mål bliver opfyldt eller ej.

Denne forskellighed i habitus, og de derfor forskelligartede perspektiver, kommer også til udtryk når informanterne beretter om medicinering (Bilag 3). Informant B beretter, at medicinering er et krav ift. tilknytning i akutteamet i akutmodtagelsen (Bilag 3). Informant D beretter anderledes om medicineringen, da fraværet af medicinering ved afslutningen af et patientforløb anses som en succes (Bilag 3). Således kommer de forskelligartede perspektiver til udtryk, som kan skyldes de forskelligartede habitus, som de to informanter besidder. I Tre-årsplanen er der fokus på medicineringen af patienterne i [Søjle 2 | Kvalitet i Behandlingen](#). Fokusset er helt konkret, at man skal reducere kombinationsbehandling. Således kan de ovenstående perspektiver omkring medicineringen dermed udgøre et konkret eksempel på dysfunktionen: *Uoverensstemmelse mellem intentioner og praksis*. Det udgør altså netop et eksempel på forskelligheden i praksis og habitus, som er i spil i de forskellige enheder.

Generelt kan denne dysfunktion forstås som en meget overordnet dysfunktion for det tværfaglige samarbejde, da den er en udtryk for at en overordnet tendens omkring at der er flere af målsætningerne og intentionerne i Tre-årsplanen som ikke viser sig gennem den praksis som sygeplejerskerne beretter om, og at der ses en forskellighed i hvorledes sygeplejerskerne arbejder med disse intentioner, og det viser sig altså i denne henseende at det er begrundet af, at der findes forskellige habitus i praksis. Hvor sygeplejerskerne i det ambulante regi er mere optagede af den patientorienterede tilgang, er sygeplejerskerne i akutmodtagelsen præget af en habitus, som er mere procesorienteret i dens tilgang.

Der er således ikke et afsnit eller en enhed, der arbejder med alle målsætninger. Opfyldelsen af målsætningerne afhænger af deres habitus og således af de objektive strukturer og inkorporerede dispositioner, som sygeplejerskerne præges af gennem arbejdsgange, processer samt de værdier og normer, der gør sig gældende i deres praksis og afdeling, som de arbejder i. Det viser sig, at sygeplejerskernes praksis og deres specifikke habitus kun opretholder visse målsætninger. Derfor vil der i hvert afsnit, afhængigt af habitus, opretholde dysfunktionen: *Uoverensstemmelse mellem*

*intentionerne og praksis* for det tværfaglige samarbejde fra Tre-årsplanens målsætninger og sygeplejerskernes forskellige habitus og praksis.

Ud over denne forskellighed i habitus spiller den sociale kapital også en stor rolle i opretholdelsen af denne dysfunktion. Jo mere social kapital, desto lettere er det for sygeplejerskerne at arbejde tværfagligt og sikre en helhedsorienteret indsats for deres patienter, da de derigennem har en bevidst om hvad de kan bruge deres netværk til i forbindelse med deres daglige virke. En lav grad af social kapital kan således have en negativ indvirkning på behandlingen og kvaliteten af denne.

Dysfunktionen udspringer altså af de begrænsninger, som opstår i sygeplejerskernes opfattelser. De fokuserer på deres eget ansættelsesforhold, faglige område og vurdering, hvilket kan resultere i manglende opmærksomhed på aspekter, der anses som mindre relevante inden for deres egen habitus. Det kan være aspekter som muligvis kunne være af stor relevans for en anden type habitus. Dette fører til, at de ikke altid ser eller vægter de samme elementer, hvilket skaber uoverensstemmelser i samarbejdet. Dette vil således have indvirkning på den sociale kapital, for den manglende viden omkring hinanden, som samarbejdspartnere inden for RHP, vil være problematisk. Derfor kan dysfunktionen: *Uoverensstemmelse mellem intentioner og praksis* altså også blive påvirket af den sociale kapital. Da dysfunktionen i sig selv, kan være et udtryk for en social kapital hos sygeplejerskerne, som altså ikke har inkorporeret hinanden i deres netværk, og derved ikke har en viden om hinandens kompetencer og ressourcer. Denne manglende inkorporering af hinanden på tværs af enhederne, vil altså også have indvirkning på opretholdelsen af dysfunktionen: *Uoverensstemmelse mellem intentioner og praksis*.

Samlet set er dette en kompleks dysfunktion, der udspringer af sygeplejerskernes forskellige habitus, graden af social kapital og deres begrænsede opmærksomhed på tværfaglige aspekter uden for deres egen habitus.

### 9.2.1 Delkonklusion | Habitus og kapitalers indflydelse dysfunktioner

#### For tidlige udskrivelser:

- **Habitus i ambulant regi:** Sygeplejerskernes habitus i det ambulante regi er præget af den opfattelse, at der er tendens til for tidlige udskrivelser. Deres fokus på pladsmangel som årsag til disse udskrivelser afspejler en opfattelse af deres handlerum, der kan være præget af kapacitetsproblemer. Således vil deres habitus være med til at opretholde dysfunktionen: *For tidlige udskrivelser*.
- **Social kapital:** Den lave grad af social kapital mellem det ambulante og akutmodtagelsen, betyder at disse to enheder ikke en del af hinandens netværk, hvilket gør det vanskeligt at koordinere patientbehandling og udskrivelsesplaner på tværs. På den måde er det manglende netværk medvirkende til en opretholdelse af dysfunktionen om *for tidlige udskrivelser*.

#### Manglende kommunikation og vidensdeling:

- **Habitus i ambulant regi og habitus i akutmodtagelsen:** Sygeplejerskernes forskellige habitus i det ambulante regi og i akutmodtagelsen påvirker deres tilgang til kommunikation og vidensdeling med hinanden. Den ambulante habitus fokuserer primært på patientens behov og konsekvenserne af den manglende information, mens akutmodtagelsens habitus ser ud til at prioritere processen omkring vidensdeling med bla. kommunikationsværktøjet inBasket. At de to enheder fokuserer på forskellige tilgange til vidensdeling og kommunikation gør, at samarbejdet mellem dem udfordres. Denne udfordring kan resultere i fejlagtig kommunikation og manglende forståelse for, hvad patienten mangler og har brug for. Det er der er to forskellige habitus der gør sig gældende hos henholdsvis sygeplejerskerne i det ambulante og akutmodtagelsen, som der er med til at opretholde dysfunktionen: *Manglende kommunikation og vidensdeling*.
- **Social kapital:** Den manglende kommunikation og vidensdeling kan delvis skyldes en mangel på tillid og samarbejde mellem de to enheder. Dette afspejler en lav grad af social kapital, der gør det vanskeligt at etablere effektive kommunikationskanaler grundet den lave grad af social kapital

enhederne imellem. Dette er med til at opretholde dysfunktionen: *Manglende kommunikation og vidensdeling.*

### **Uoverensstemmelse mellem intentioner og praksis:**

- **Habitus i akutmodtagelsen og habitus i ambulant regi:** De forskellige typer af habitus, som der præger praksis i henholdsvis akutmodtagelsen og det ambulante, er forskellig, med forskellige perspektiver og fokuspunkter. Hvor habitus i det ambulante regi er mere patientorienteret i dens perspektiv, er habitus i akutmodtagelsen mere procesorienteret. Denne forskellighed er væsentlig i dysfunktionen: *Uoverensstemmelse mellem intentioner og praksis.* Forskelligheden i habitus gør, at de har forskelligartet perspektiver på praksis, som gør at de har forskellig fokus på behandlingen af de psykiatriske patienter, hvilket medfører at der i de forskellige enheder fokuseres og prioriteres forskellige ting. Et eksempel, som fremgår, er deres syn på medicinering. Med Tre-årsplanen og dens søjler er der forskellige målsætninger for udviklingen i RHP. Forskelligheden i habitus gør således også at det kun er visse ting, hver enhed vil kunne opfylde i henhold til Tre-årsplanen. Hvorfor denne forskellighed i habitus vil være med til at opretholde dysfunktionen: *Uoverensstemmelse mellem intentioner og praksis.*
- **Social kapital:** Graden af social kapital medvirker til opretholdelsen af dysfunktionen: *Uoverensstemmelse mellem intentioner og praksis.* Sygeplejerskernes beretninger viser en vis grad af social kapital i netværket af tætte samarbejdspartnere i det tværfaglige samarbejde. Dog berettes der om mangelfuldt samarbejde mellem enhederne, fx. akutmodtagelse og det ambulante regi. Dette tyder på, at den sociale kapital, sygeplejerskerne besidder, ikke inkluderer et netværk mellem disse enheder i RHP. Derfor bliver samarbejde på tværs af enhederne udfordret, hvilket vanskeliggør koordinering og samarbejde om patientforløb og implementering af fælles målsætninger. Den potentielt mangelfulde sociale kapital mellem enhederne bidrager således til opretholdelsen af dysfunktionen: *Uoverensstemmelse mellem intentioner og praksis*

Med de begrebsliggjorte dysfunktioner fra første analysedel: *for tidlige udskrivelser, kommunikationsproblemer og uoverensstemmelsen mellem intentioner og praksis,*

påvises det her, at sygeplejerskernes habitus og den sociale kapital spiller afgørende roller. I det ambulante regi præges habitus af bekymringen for pladsmangel, mens habitus i akutmodtagelsen er mere procesorienteret, og fokuseret på hvor "akut" patienten er. Således bidrager forskelligheden i habitus til opretholdelse af dysfunktionerne. Den lave sociale kapital mellem enhederne begrænser samarbejdet og den egentlige kommunikation, hvilket også bidrager også til opretholdelsen af dysfunktionerne.

## 11. Konklusion

Der identificeres fire funktioner og tre dysfunktioner i det tværfaglige samarbejde baseret på sygeplejerskernes beretninger og de kodede begreber fra databehandlingen. Funktionerne inkluderer: *kompetenceudvikling og udvidede ansvarsområder, koordinering og kommunikation, kalenderstyring samt sikring af behandlingskvaliteten*. Dysfunktionerne omfatter: *for tidlige udskrivelser, manglende kommunikation og vidensdeling samt uoverensstemmelse mellem intentioner og praksis*.

Praksis viser klart, at en stærk kulturel kapital spiller en afgørende rolle i sygeplejerskernes arbejde, hvor der er en betydelig mængde faglig ekspertise og specialiseret viden. Den symbolske kapital, demonstreret gennem sygeplejerskernes særlige funktioner og kompetencer, tilskriver symbolsk værdi for deres specialiserede roller og ekspertise. Den sociale kapital er også tydeligt til stede gennem netværk med andre afdelinger, hvilket fremmer et effektivt tværfagligt samarbejde.

Der observeres tre typer habitus blandt de interviewede sygeplejersker: en generel habitus, hvor patientens velbefindende og medicinsk behandling prioriteres; en specifik for sygeplejersker i ambulante enheder, der er patientorienteret og en for dem, der arbejder i akutmodtagelsen, som er mere procesorienteret. Dette indikerer variation i værdier, normer som inkorporeret dispositioner og internaliserede strukturer afhængigt af den specifikke enhed, hvor sygeplejerskernes praksis finder sted.

Det viser sig gennem analysen, at kulturel kapital, social kapital og habitus spiller en stor rolle i opretholdelsen af funktionerne i det tværfaglige samarbejde. Den høje

faglige ekspertise og specialiserede viden blandt sygeplejerskerne bidrager til disse funktioner, ligesom den generelle habitus blandt sygeplejersker spiller en rolle. Bemærkelsesværdigt er det, at symbolsk kapital ikke synes at have stor betydning, hvilket tyder på, at individuelle positioner og betydning ikke er afgørende for opretholdelsen af funktionerne eller dysfunktionerne.

Samtidig viser analysen, at dysfunktionerne særligt opretholdes af sygeplejerskernes forskellige habitus, afhængigt af afdeling eller team, og den sociale kapital, på tværs af disse enheders forskelligartede habitus, spiller også en væsentlig rolle for det succesfulde tværfaglige samarbejde. Ligeledes ses det, at grundet disse forskelligheder i habitus, vanskeliggøres også en fuld opnåelse af målsætningerne fra Tre-årsplanen. Det vil sige at habitus i det ambulante regi er egnet til at opfylde visse målsætninger, hvilket også gør sig gældende i akutmodtagelsen. Således vanskeliggøres opfyldelse af Tre-årsplanens målsætninger, samtidig med at forskelligheden i habitus også er medvirkende til en opretholdelse af en række dysfunktioner i det tværfaglige arbejde.

## 12. Diskussion

### Vores fund og tidligere forskning

I forbindelse med specialets udformning af dets problemfelt blev der gjort brug af tidligere forskning om tværsektorielt samarbejde i psykiatrien, hvor der blev identificeret en række væsentlige og forskellige udfordringer. Eksempler på disse udfordringer er manglende forståelse for hinandens ekspertise, som skaber modstand mod inklusion (Reese og Sontag, 2001), silotænkning og konkurrence om autoritet som udfordringer (Hall, 2005). Endnu et eksempel er manglende koordination og divergerende mål blandt medarbejderne, som hindring for samarbejdet (Jensen et al. 2023), derudover påpeges det i en vidensamling fra VIVE, at der kan opstå utryghed ved for mange involverede og uklare mål, og det belyses, hvorledes et monofagligt syn kan hæmme det tværfaglige samarbejde (Hjelmar et al., 2024).

Vi har i denne kontekst undersøgt det interne samarbejde i RHP. I dette speciale har vi fokuseret på samarbejde gennem Bourdieus praksisteori, hvilket har givet et nyt perspektiv på selve samarbejdet. Derigennem er det fundet at sygeplejerskernes forskellige habitus har betydning for at få det tværfaglige samarbejde til at fungere og opfylde de opstillede målsætninger. Vores undersøgelse viser, at habitus har en væsentlig indflydelse på samarbejdet, og at forskellighed i habitus kan opfylde forskellige mål. Dette fund er væsentligt, fordi det gennem en analyse af habitus og kapital giver indsigt i, hvilke handlinger der skaber udfordringer i det tværfaglige samarbejde, og det supplerer ydermere den eksisterende forskning om det tværsektorielle samarbejde.

Vores undersøgelse viser, at nogle af de samme udfordringer, som tidligere forskning har identificeret i det tværsektorielle samarbejde, også kan være til stede i det interne samarbejde. Tidligere forskning omkring det tværsektorielle samarbejde beretter fx. om væsentlige udfordringer som manglende viden om hinandens ekspertise, som en barriere og manglende koordination og divergerende mål blandt medarbejdere som udfordring (Reese og Sontag, 2001; Hall, 2005; Jensen et al. 2023 & Hjelmar et al., 2024). I specialet er der identificeret udfordringer i relation til forskellighed i habitus og lav grad af social kapital mellem enhederne i RHP.

At der netop er forskellige habitus blandt sygeplejerskerne i de forskellige afdelinger er en væsentlig indsigt, der kan føre til en dybere forståelse af de udfordringer, der er forbundet med at implementere en fælles målsætning for RHP.

## **Et strategihus**

Med opbygningen af Tre-årsplanen som et strategihus står taget som et vigtigt element. Taget udgør selve løftet til patienten om, at det er dem, som er i centrum i deres behandling i RHP. Taget er understøttet af de forskellige søjler, som er de målsætninger, som man ønsker at arbejde ud fra i RHP. Søjlerne står på et fundament, som består af områder, der skal udgøre det solide grundlag, det består af: Forskning, uddannelse og innovation, drift, styring og fysiske rammer, data og digitalisering og forbedringskultur og -metoder (Region Hovedstadens Psykiatri, 2022).

Med dette speciales fund omkring forskelligheden i habitus, som en betydelig faktor i den egentlige opretholdelse af de begrebsliggjorte funktioner og dysfunktioner i det tværfaglige samarbejde, er det nærliggende at tænke på, hvorvidt det, ifølge RHP, ellers solide fundament overhovedet er solidt nok til at bære de væsentlige søjler og ikke mindst taget i Tre-årsplanens strategihus. Analysen har som nævnt påvist, at forskellene i habitus medvirker til væsentlige dysfunktioner i det tværfaglige samarbejde opretholdes. Ligeledes opretholdes samme dysfunktioner også af mangelfuld social kapital mellem de forskellige enheder i RHP.

## **Er det realistisk med en overordnet plan for hele behandlingspsykiatrien i RHP?**

Med den opnåede viden kan man overveje, om en ensartet Tre-årsplan for hele behandlingspsykiatrien egentlig er hensigtsmæssig og realistisk, eller om en differentieret plan, som der tager højde for de forskellige habitus, vil være mere passende. Da vores forskning har vist os at opfyldelsen af Tre-årsplanens målsætninger er afhængig af sygeplejerskernes habitus, kan det derfor være nødvendigt at kortlægge hele behandlingspsykiatrien i RHP, og derved identificere de fremherskende habitus og kapitaler, for at kunne sikre succes med en sådan plan.

Specialets kortlægning af forskellene i habitus og kapitalernes påvirkning på opretholdelsen af funktioner og dysfunktioner i RHPs tværfalige samarbejde, er med til, at indikere behovet for netop at genoverveje den Tre-årsplanen og muligvis indtænke en forbedring. Derfor er det nærliggende, at sætte spørgsmålstejn ved strategihusets egentlige opbygning og fundament. Kan det overhovedet rumme de udfordringer, som findes i det interne samarbejde i RHP?

Et potentielt forbedringstiltag til fremtidige årsplaner ville således være at indtænke netop det interne samarbejde i RHP, som et fokuspunkt og dermed have et øget fokus på samarbejdet, hvilket må være af væsentlig betydning for at kunne løfte taget i strategihuset, så patienten kan være i centrum for egen behandling. Der kan argumenteres for, at den oprindelige opbygning i Tre-årsplanen eller dens konstruktion som et strategihus er for usikker og ujævn. Hvis fundamentet eller konstruktionen ikke er tilpasset den egentlige praksis i RHP eller tager højde for de forskellige enheders karakteristika og habitus, som skal arbejde ud fra den samme plan, hvordan vil man så kunne nå målsætningerne, og sikre sig at strategihuset holder?

Det vil altså være værd at undersøge, om målsætningerne er implementeret tilstrækkeligt, og om sygeplejerskerne er klar over dem og faktisk arbejder efter dem. Måske bør man i stedet for en generel tilgang netop tage udgangspunkt i de forskellige habitus og udarbejde en praksisnær plan, der tager højde for de forskellige strukturer i enhederne. Dette vil muliggøre en fremtidig Tre-årsplan, der kan implementeres på tværs af enhederne og deres varierende habitus og grad af social kapital og hvor et differentieret syn spiller en væsentlig rolle. Det er altså interessant at genoverveje, hvordan Tre-årsplanen bør udformes fremadrettet for at imødekomme denne forskellighed i habitus og mangelfulde sociale kapital mellem enhederne i RHP, således at målsætningerne altså kan indfris. Hvor et umiddelbart tiltag ville være fremadrettet at indtænke differentieringen.

### **Høj grad af kulturel kapital**

Vi fandt i analysen og gennem den primære empiri, at sygeplejerskerne i RHP besidder en enorm faglig ballast i form af grundlæggende kulturel kapital, som er givet gennem deres uddannelse som sygeplejersker, men også gennem flere forskellige specialiserede videreuddannelser inden for specialet.

De har en fælles generel habitus, som er internaliseret gennem deres fokus på psykopatologi, videreuddannelser og anden specialiseret viden. Der er altså en høj faglighed hos hver enkelt sygeplejerske, men det synes ikke at fungere som en samlet enhed i RHP. Skal sygeplejerskerne og de andre faggrupper i virkeligheden have mere tildelt mere tillid? Deres høje faglighed synes at underkendes gennem de to første søjler omkring patientens ønsker og behov og kvaliteten af plejen, som de fremgår af strategihuset (Region Hovedstadens Psykiatri, 2022). Eftersom disse to ting viser sig helt tydeligt gennem sygeplejerskernes generelle habitus er det nærliggende at konkludere, at de ikke har brug for retningslinjer for disse søjler, eftersom det er en del af deres habitus og identitet i forvejen, hvilket har kunne skabe rum og plads til andre forbedringstiltag, som måske kan være mere væsentlige.

### **Social kapital skal styrkes:**

I stedet for at fortælle, hvordan sygeplejerskerne skal have patientens ønsker og behov i fokus og hvordan de skal sikre kvaliteten i behandlingen, burde der i stedet være mere fokus på opbygning af den sociale kapital inden for RHP. Dette speciale beskriver netop en af grundene til at en opretholdelse af dysfunktioner er en manglende social kapital og en manglende viden om hinanden, og måske også viden om hinandens habitus på tværs af afdelinger og enheder. Der er en fælles forståelse på arbejdspladsen, men der er ikke nødvendigvis viden om, hvad de andre afdelinger laver. Derfor bør der være mere fokus på den sociale kapital, og hvordan styrker man denne, eftersom den udgør en væsentlig del i en af udfordringerne, og rent faktisk efterspørges af de interviewede sygeplejersker?

Et fokus på social kapital og det netværksdannelse i behandlingspsykiatrien synes altså at være medvirkende til en løsning og udgøre et væsentligt udviklingspotentiale på baggrund af tidligere forsknings fokus på: "dem og os"-mentalitet og silotænkning (Hall, 2005). Hvis personer med anden habitus ikke er en del af det sociale netværk, kan samarbejde mellem disse grupper ikke fungere optimalt, netop fordi de arbejder under helt forskellige strukturer, og ikke mindst har forskellige værdier og normer, som påvirker måden, de forstår og samarbejder på. Ligeledes hvis de ikke implementeres i sygeplejerskernes sociale kapital, vil de ikke have viden eller idé om hvorledes disse kan bruges i deres daglige virke, eller hvorledes de kan bidrage til at

opretholdelse af strategihusets tag, løftet til patienten. Samt bidrage til den helhedsorienterede indsats og skabe smidige forløb for patienterne.

En konkret forbedring til fremtidige Tre-årsplaner ville således basere sig på netop et fokus på det interne samarbejde. Med et fokus på kommunikation og et øget fokus på vidensdeling om hinandens arbejdsgange, ressourcer og kompetencer, som det også fremgår som væsentlige forbedringstiltag i tidligere forskning vedrørende tværsektorielt samarbejde, som også identificerede lignende udfordringer (Mikkelsen et al. 2016).

Vores undersøgelse har vist, at forskellige habitus blandt sygeplejerskerne i RHP påvirker det tværfaglige samarbejde og opfyldelsen af målsætninger. Tidligere forskning har peget på udfordringer som silotænkning og manglende koordination i tværsektorielt samarbejde, hvilket vores fund bekræfter i det interne samarbejde. For at styrke en fremtidig Tre-årsplan i RHP foreslår vi en differentieret tilgang, der tager højde for de forskellige habitus og samtidig indebærer indsatser, som kan styrke den sociale kapital. Ved at fokusere på kommunikation og vidensdeling kan vi skabe en mere sammenhængende og effektiv behandlingspsykiatri, der reelt sætter patienten i centrum, og får fremtidige strategihuse til at holde.

## 13. Perspektivering

I dette speciale har sigtet været at undersøge det tværfaglige samarbejde i RHP, retningsgivende har været Tre-årsplanen og dens tilhørende målsætninger. Det er blevet undersøgt, hvorvidt der har været funktioner og dysfunktioner i henhold til det tværfaglige samarbejde internt i RHP (Ejrnæs & Svendsen, 2021). Gennem Pierre Bourdieus (1997) begreber, fandt vi at kapitaler og habitus kunne beskrive hvad der spillede ind på sygeplejerskernes praksis i RHP. Det fremgik af vores fund at sygeplejerskerne i RHP besad en høj grad af kulturel kapital som blev afspejlet i deres stærke faglighed. Vi fandt yderligere, at der var forskelle i habitus alt efter hvor i RHP, sygeplejerskerne havde deres daglige virke. Samtidig fandt vi at sygeplejerskernes beretninger kunne indikere at deres sociale kapital ikke lige så høj grad indeholdt et netværk på tværs af afdelinger og enheder. Forskelligheden i

habitus og den sociale kapitals karakter, er væsentlige ift. opretholdelse af de bebrebsliggjorte dysfunktioner, som er berørt i specialet.

Dette giver anledning til at tænke videre over den høje faglighed, som faktisk er i RHP. Gennem projektet er det tydeligt, at der er en høj faglighed til stede ude i praksis. I psykiatrien arbejdes der under både service- og sundhedsloven (Servicelove, 2024; Sundhedsloven, 2024), som begge er rammelove og baserer sig derfor også på det faglige skøn. De meget specifikke planer og målsætninger med ofte korte tidsintervaller, så som tre-års planen, kan være med til at udviske muligheden for at arbejde med dette faglige skøn. Dette kan vise sig ved at meget af det arbejde der foregår i praksis bliver til "SKAL-opgaver", som ikke tager højde for individuelle og uforudsete hændelser. Vi ser en mulig udfordring med dette, ved at der potentielt kan opstå en magtesløshed hos medarbejderen, når det faglige skøn udebliver, og da der her vil kræves en ny plan, hver gang der opstår uforudsete hændelser.

Pointen med dette perspektiv er, om politiske handleplaner låser psykiatrien i nogle handlingsmønstre, som gør, at der ikke er plads til det skøn, som medarbejderne med den høje faglighed skal udøve. Et relevant spørgsmål her kunne være, hvorfor fagligheden ikke bliver sat mere fri. I et tidligere projekt, som denne projektgruppe har arbejdet med, blev der undersøgt, hvordan værdighedspolitikken på ældreområdet viste sig i praksis. Her kunne vi på samme måde konkludere, at det var en meget høj faglighed, og at det mere var gennem fagligheden, at arbejdet med værdighed viste sig, end det var gennem den undersøgte kommunes værdighedspolitik, at værdigheden kom til udtryk (Fauner et. al., 2023) Særligt interessant var, at medarbejderne i ældreplejen ikke kendte til den værdighedspolitik, der var vedtaget, men at de på hvert plejecenter arbejdede med værdighed på forskellige måder, og at arbejdet med værdighed var meget differentieret mellem de beboere, der boede på de respektive centre. Det faglige skøn, som hver enkelt medarbejder udøvede, var altså det, der gjorde sig gældende, når der blev arbejdet med værdighed frem for en politisk bestemt plan.

Vi har altså nu erfaret, at det både er på ældreområdet og i psykiatrien, hvor der bliver sat nogle stramme målsætninger. Hvordan kan det være, at der er så mange målsætninger i sundheds- og socialektoren, når det er her, vi også har nogle meget

fagligt dygtige medarbejdere, som godt ved, hvad værdighed er, og som ved, hvad kvalitet i behandlingen er? Det lægger op til, at vi skal arbejde mere behovsbaseret på baggrund af de behov der er for rammesætning og arbejdsvilkår, som det dygtige faglige social- og sundhedspersonale har.

I forhold til frisættelsen af fagligheden giver det også anledning til kort at kigge ind i en såkaldt Buurtzorg-model fra Holland, som netop handler om at sætte fagligheden fri i ældreplejen. Medarbejdere koordinere selv, hvilke borgere de skal besøge, og det er op til den enkelte medarbejder og dennes faglige skøn at vurdere, hvilken form for behandling der er vigtig at hjælpe borgeren med netop denne dag. Dette giver både en fleksibilitet og en værdighed hos den enkelte borger, men det viser sig også at give medarbejderne en større arbejdsglæde og en større faglig stolthed (Buch & Topholm, 2022). I forbindelse med, at der i det ambulante regi er et stort fokus på tværfagligt samarbejde, er dette, som beskrevet, grundet den objektive struktur, der bl.a. er gennem arbejdet med F-ACT-modellen. F-ACT-modellen er interessant nok også en model, som stammer fra Holland og har til formål at skabe nogle tydelige rammer, hvori tværfagligheden og samarbejdet kan flyde frit (Region Hovedstadens Psykiatri, u.å.c).

I et udviklingsperspektiv synes det derfor interessant at dykke mere ned i, hvordan Hollands sundheds- og socialvæsen udfolder sig, og om der er mere inspiration at hente i forbindelse med gode strukturer for tværfagligt samarbejde og frisættelse af faglighed, som Danmarks sundheds- og socialsektor synes at kunne drage nytte af, i arbejdet med det tværfaglige samarbejde mod en helhedsorienteret indsats.

## 14. Litteraturliste

Bengtsson, S. (2011). Danmark venter stadig på sin psykiatireform: Et rids af udviklingen de seneste årtier. SFI-Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2020). kap. 1. Interviewet: samtalen som forskningsmetode I: Brinkmann, S. & Tanggaard, L. Kvalitative metoder - En grundbog. (3. udgave). Hans Reitzels Forlag.

Bourdieu, P. (1997). Af praktiske grunde : omkring teorien om menneskelig handlen. Reitzel.

Buch, M. S., & Topholm, E. H-E. (2022, 6. september). Hollandsk forbillede inspirerer til faste, tværfaglige og selvstyrende teams i den danske ældrepleje. VIVE - Det Nationale Forsknings- Og Analysecenter for Velfærd.  
<https://www.vive.dk/da/udgivelser/hollandsk-forbillede-inspirerer-til-faste-tvaerfaglige-og-selvstyrende-teams-i-den-danske-aeldrepleje-18179/>

Dahl, A., Dich, T., Hansen, H. & Olsen, V. (2013) Styrk projektarbejdet - en redskabsbog til problemorienteret projektarbejde (2. udgave) Biofolia.

Danske regioner (u.å) Psykiatri og Social Hentet 29.02.24:  
<https://www.regioner.dk/sundhed/psykiatri-og-social/>

Fauner, L., Jensen, J., Nielsen, C., Nielsen, L. (2023) Værdighed i praksis - Et fænomenologisk studie af frontlinjemedarbejderes arbejde på kommunale plejecenter i Danmark. 2. Semesterprojekt KSA, Forår 2023

Flyvbjerg, B. (1988). Casestudiet som forskningsmetode. Institut for Samfundsudvikling og Planlægning, Aalborg Universitet.

Guldager, J. (2015) Videnskabsteori - En indføring for praktikere. (1. udgave) Akademisk forlag

Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care*, 19(1), 188-196.

Hjelmar, U., Fischer, R. H., & Ibsen, J. T. (2024). Tværfagligt samarbejde om en helhedsorienteret indsats: En vidensindsamling med fokus på nordiske erfaringer og virkninger af samarbejdet. VIVE - Det Nationale Forsknings- Og Analysecenter for Velfærd

Jensen, M. C. F., Fynbo, L., Grønfeldt, L. H. B. & Hansen, N. N. (2023) Koordineret udredning og indsats – Tværsektorielle samarbejder om og med borgere med psykiske vanskeligheder, hyppige indlæggelser og komplekse behov. VIVE.

Johansen, K. S., Larsen, J., & Nielsen, A. (2012). Tværsektorielt samarbejde i psykiatrien: Viden og erfaringsopsamling. KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.

Juul, S. (2012) kap. 4. Hermeneutik I: Juul, S. & Pedersen, K. B. (2012) Samfundsvidenskabernes videnskabsteori, En indføring (1. udgave) Hans reitzel Forlag.

Kommunernes Landsforening. (2021). Helhedsorienterede indsatser for udsatte borgere: Hvorfor og hvordan. Anbefalinger og eksempler. København: Kommunernes Landsforening.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). Interview: Introduktion til et håndværk. (2. udgave). Hans Reitzel.

Lipsky, M. (2010). Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services. Russell Sage Foundation.

Lynggaard, K. (2020) Kap 7. Dokumentanalyse I: Brinkmann, S. & Tanggaard, L.(2020) Kvalitative metoder - En grundbog. (3. udgave). Hans Reitzels Forlag.

- Merton, R. K. (1968). Manifest and latent functions. In I. W. Longhofer & D. Winchester (Eds.), *Social Theory RE wind: New connections to classical and contemporary perspectives* (2nd ed., pp. 68-84). New York: Routledge.
- Mikkelsen, E. N., Petersen, A., & Pedersen, A. R. (2016). Problemer i det tværfaglige, tværorganisatoriske, tværsektorielle samarbejde i psykiatrien. *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 18(3), 9–28.
- Mik-Meyer, N. & Villadsen, K. (2007) *Magtens former - Sociologiske perspektiver på statens møde med borgeren*. 1. udgave 7. oplag. Hans Reitzels Forlag.
- Mølholt, A.-K., & Bengtsson, T. (2020). *Forskning med børn og unge: Etik og etiske dilemmaer: Anonymisering i kvalitative undersøgelser*. Hans Reitzels Forlag.
- Reese, D., & Sontag, M.-A. (2001). Successful interprofessional collaboration on the hospice team. *Health & Social Work*, 26(3), 167-175.
- Region Hovedstaden Psykiatri (2022) *Sammen om en god behandling, Årsplan 2022*. Region Hovedstaden Psykiatri.
- Region Hovedstadens Psykiatri (u.å.a) *Psykiatriske Ambulatorier, F-ACT teams, OP-teams, Akut-teams og OPUS-teams, Region Hovedstadens psykiatriske Hospital*. Hentet 29.05.24:  
<https://www.psykiatri-regionh.dk/centre-og-social-tilbud/f-act-OP-og-OPUS-teams/Sider/default.aspx>
- Region Hovedstadens Psykiatri (u.å.b) *Om Region Hovedstadens Psykiatri*. Hentet 29.02.24:  
<https://www.psykiatri-regionh.dk/om-hospitalet/organisation/Sider/Om-Region-Hovedstadens-Psykiatri.aspx>
- Region Hovedstadens Psykiatri (u.å.c) *Hvad er F-ACT? Region Hovedstadens Psykiatriske Hospital*. Hentet 29.05.24:  
<https://www.psykiatri-regionh.dk/fagfolk/f-act/hvad-er-f-act/sider/default.aspx>

Riis, O. (2005) Samfundsvidenskab i praksis. Introduktion til anvendt metode (1. udgave) Hans Reitzel Forlag

Servicebogen (2024, LBK nr 67 af 22/01/2024) Bekendtgørelse af lov om social service Social-, Bolig- og Ældreministeriet.

<https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2022/170>

Socialstyrelsen (2023) Recovery-orienteret rehabilitering, vejledning til praksis. Socialstyrelsen.

Social- og ældreministeriet (2022) Aftaletekst 2022 HOI-loven. Hentet 22.03.24: <https://www.sm.dk/Media/637901993986563218/Aftaletekst%20HOI.pdf>

Statens Samfundsvidenskabelige Forskningsråd (2002, September 10). Vejledende Retningslinier for Forskningsetik i Samfundsvidenskaberne. Uddannelses- Og Forskningsministeriet.

Sundhedsloven (2024, LBK nr 247 af 12/03/2024) Bekendtgørelse af sundhedsloven <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2024/247>

Sundhedsministeriet (2022). Aftale om en 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed. Sundhedsministeriet.

Sundhedsstyrelsen (2022). Fagligt oplæg til en 10-årsplan: Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser. [https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/psykiatriplan/10AARS\\_PSYK-PLAN.ashx?la=da&hash=CD317811318C4499D2453F25DCEC92B9DF41DE08](https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/psykiatriplan/10AARS_PSYK-PLAN.ashx?la=da&hash=CD317811318C4499D2453F25DCEC92B9DF41DE08)

Wilken, L. (2011). Bourdieu for begyndere (2. udgave). Samfundslitteratur.

Aalborg Universitet (u.å.) Anonyme og pseudonyme data. Aalborg Universitet. Besøgt 12/04/ 2023.

<https://www.kontraktenheden.aau.dk/Anonyme+og+pseudonyme+data+/>