

TO TIL TANGO

Fælles beslutninger i psykiatrien- om patienters deltagelse i at planlægge egen behandling på intensiv psykiatrisk afdeling.

Birgitte Vejstrup

Masterafhandling

Sundhedsfremme og sundhedspædagogik

Århus universitet, Danmark

2015

Indholdsfortegnelse

1	Indledning.....	6
1.1	Problemstilling.....	6
1.2	Baggrund.....	6
1.3	Konteksten.....	10
2	Problemformulering	11
3	Fremgangsmåde og opgavens opbygning	11
4	Litteraturreview.....	12
4.1.1	Ønsker alvorligt psykisk syge SDM og er de i stand til det?	12
4.1.2	Forskellige tilgange til SDM- ekspertviden kontra viden om hverdagslivet	13
4.1.3	Guide til SDM og decision-aids	14
4.1.4	SDM's konsekvenser for det sundhedspædagogiske arbejde.....	14
4.1.5	Behov for forskning	15
5	Teori og metode	15
5.1	Videnskabsteoretisk udgangspunkt.....	15
5.2	Metode	17
5.2.1	Deltagerobservation og kvalitative interviews.....	17
5.2.2	Databearbejdelse.....	19
5.2.3	Etiske overvejelser.....	19
5.3	Teoretisk referenceramme.....	20
5.3.1	Empowerment og deltagelse/ sundhedsfremmende tilgange v. Green & Tones	20
5.3.2	Deltagelse og sundhedsbegreber	22
5.4	Guide til interviews og deltagerobservation	25
6	Analyse af data	27
6.1	Analyse af interview med sygeplejerske og psykiater.....	28

6.1.1	Patientens dagsorden.....	28
6.1.2	Det formelle har betydning	30
6.1.3	Et samarbejde i åben dialog	31
6.1.4	Tid	33
6.1.5	Netværk og pårørende	34
6.1.6	Analytiske pointer- udfordringer og muligheder ved SDM	35
6.2	Analyse af interviews med to unge piger	36
6.2.1	Samarbejde med behandlerne	36
6.2.2	Håb og viljestyrke	37
6.2.3	Netværk og pårørende	38
6.2.4	Analytiske pointer- udfordringer og muligheder ved SDM	38
6.3	Analyse af deltagerobservation.....	39
6.3.1	Hvor hyppigt skal Marie have ECT?	39
6.3.2	Overflytning til alment afsnit.....	41
6.3.3	Analytiske pointer- udfordringer og muligheder ved SDM.	42
6.4	Analyse af interview med psykiater og kontaktperson	42
6.4.1	Patientens tilstand.....	43
6.4.2	ECT?	43
6.4.3	Frustration og anerkendelse.....	44
6.4.4	Åben dialog.....	44
6.4.5	Håb og fælles mål	45
6.4.6	Analytiske pointer- udfordringer og muligheder ved SM.....	45
6.5	Analyse af interview med patient.....	45
6.5.1	Frustration	45
6.5.2	Analytiske pointer.....	47
7	Diskussion af analysen.....	47

7.1	Inddragelse af patienters og behandleres viden og værdier.....	47
7.2	Ægte deltagelse og personlig empowerment (recovery)	50
7.3	Samarbejdet mellem behandlere, patienten og dennes netværk	51
8	Diskussion af projektets metodiske tilgang.....	54
9	Konklusion	56
10	Litteraturliste	58
11	Appendices	62
11.1	Appendix 1 (litteratur-review).....	62
11.2	Appendix 2 (information til behandlere).....	64
11.3	Appendix 3 (information og samtykke)	65
11.3.1	Information til patienter og samtykke til forskerens deltagelse i behandlingsmøde.	65
11.3.2	Information til patienter og samtykke til interview.	67
11.4	Appendix 4 (deltagerobservation).....	68
11.5	Appendix 5 (interviewguide med behandler før mødet)	69
11.6	Appendix 6 (Interviewguide med behandler efter mødet)	70
11.7	Appendix 7 (Rekonstrueret interviewguide med behandlere efter mødet)	71
11.8	Appendix 8 (Interviewguide til interviews med patienter)	71
11.9	Appendix 9 (mine svar på spørgsmålene i appendix 5, forforståelse)	72
11.10	Appendix 10 (Afsnittets beskrivelse af mødestruktur).....	74
11.11	Appendix 11 (personlige mål/decision aid fra udskrevet.dk).....	76

Abstract

Birgitte Vejstrup

Two to tango. A study of Shared Decision Making in psychiatric intensive care units.

Master project of master in health promotion and health education from Arhus University. Denmark 2015.

The objective of this project is, on the one hand, to clarify what challenges and possibilities patients and practitioners in psychiatric intensive care units experience when the patient and his or her network participate in the working out of his or her treatment plan and, on the other hand, what implications this may have for the pedagogical aspects of the healthcare work.

The approach that has been chosen for the analyses is that of Shared Decision Making (SDM). The investigation has been carried out by means of a qualitative study at a psychiatric intensive care unit in Copenhagen. Three patients that had been admitted to the unit, as well as a nurse and a doctor from the unit participated, one at a time, in semi-structured, qualitative interviews. In addition, participant observation was conducted at a meeting where one of these patients had his treatment planned. Data were analysed using theory about participation and empowerment.

It appeared that both patients and practitioners describe an approach that is characterized by genuine participation and a focus on shared reflexion and open dialogue, in which the knowledge and values of all parties are taken into account. The result is a strengthening of the cooperation between, respectively, practitioners and patients and their network. The practitioners experience a reduction in the time patients spend in hospital and, furthermore, that some coercive measures can be avoided.

It was found that a participant oriented approach can be difficult for practitioner and patient alike when the possibilities of treatment are complicated. The practitioners found it important to apply decision aid, to have a well-developed meeting structure and a competent chairperson.

It can be concluded, that a participant oriented approach to treatment at psychiatric intensive care units enhances the quality of the treatment and, furthermore, that the time of hospitalization is reduced, the patient's empowerment is strengthened and the cooperation between practitioners, the patient and his or her network becomes that of equals.

It is important, however, that the form of participation is situational and that an apparatus is developed with a view to the preparation of the patient and the organization of the meeting.

1 Indledning

1.1 Problemstilling

Dette masterprojekt tager udgangspunkt i en kvalitativ empirisk undersøgelse af, hvordan behandlere og patienter (evt. patientens netværk) på en intensiv psykiatrisk afdeling samarbejder om at udarbejde patientens behandlingsplan.

Formålet med undersøgelsen er;

- at bidrage med viden om, hvordan patienter, deres netværk og behandlere samarbejder omkring udarbejdelse af patientens behandlingsplan.
- at bidrage med viden om fænomenet "fælles beslutningstagning" (Shared Decision Making, SDM), i den akutte psykiatri.
- at skabe viden om, hvilke implikationer ovenstående har for den sundhedspædagogiske indsats ved at bringe de sundhedspædagogiske nøglebegreber; deltagelse og empowerment i spil.

1.2 Baggrund

Min interesse for ovenstående udspringer af min praksis, hvor jeg er leder af en psykiatrisk afdeling i Region Hovedstadens Psykiatri (RHP).

RHP's virksomhedsplan for 2014 har bla. recovery, dialog, samarbejde og involvering som indsatsområder. I virksomhedsplanen tages der afsæt i de visioner, som RHP har formuleret i 2011 (RHP 2011). Disse visioner har bla. fokus på, at patienten skal være i centrum, og at behandlingen skal være baseret på en recovery-orienteret tilgang, rehabilitering og netværksinddragelse. Behandlingen skal understøtte den enkelte patients recoveryproces og have fokus på håb, muligheder og empowerment (RHP 2014, s.6).

Begrebet empowerment sætter fokus på processer, hvor mennesker bliver i stand til at modvirke afmagt og afhængighed. Begrebet rummer både en individuel og en strukturel dimension. På det individuelle og psykologiske plan drejer empowerment sig om at få en følelse af kontrol over eget liv og om aktiv deltagelse. På det strukturelle plan kan empowerment-tankegangen medtænkes, så borgerinddragelse og indflydelse tænkes ind i de organisatoriske rammer (Andersen 2010, s.215).

Recovery betyder: at komme sig, og er en personlig, unik forandringsproces. Recovery er en måde at leve et tilfredsstillende liv på, præget af håb og aktiv medvirken selv med de eventuelle begrænsninger, der er forårsaget af sygdom. Recovery er et begreb, et fænomen og en tilgang, der

tager udgangspunkt i den enkelte persons oplevelser og fokuserer på mening, håb og selvbestemmelse. I den recovery-orienterede tilgang er det patienten, som har unik viden om sit liv med sygdommen og om sine ønsker for fremtiden (RHP 2014 a, s.14, c, s. 3).

RHP har i samarbejde med brugerforeninger udarbejdet en strategi for brugerdeltagelse; "På vej mod brugerdeltagelse i Psykiatrien" (RHP 2014 b). Denne strategi sætter retningen for en ny måde at arbejde med brugerinddragelse på. I strategien står der:

"Det betyder, at der skal finde en kulturforandring sted, hvor, der arbejdes systematisk og innovativt med bruger- og pårørendeinddragelse i alle dele af RHP. Strategien indeholder et klart formål: At skabe en kultur og en praksis baseret på brugerdeltagelse. Det vil sige, at brugernes perspektiv og brugernes deltagelse tænkes med i alt, hvad vi gør" (Ibid s.4).

I strategien fremhæves det, at beslutninger omkring brugeren skal tages sammen med denne og med inddragelse af brugerens viden. Der skal være fokus på, at hjælpe brugeren til, at udvikle kompetencer til at håndtere sin sygdom og livsvilkår, og der skal samarbejdes med pårørende og netværk i forståelse med og respekt for patienten (ibid s. 4).

Disse strategier ligger i forlængelse af "National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet", hvor der under indsatsområdet patientindflydelse og brugerinddragelse står, at der skal etableres rammer for patienters og pårørendes aktive medvirken på alle niveauer (Sundhedsstyrelsen 2002). Dette understøttes ligeledes i rapporten "Patientens møde med sundhedsvæsenet", hvor medinddragelse beskrives som "at tage del i beslutninger om valg af behandlingsform, få indflydelse på den daglige pleje og i forhold til planlægning af rehabilitering" (Amtsrådsforeningen et al 2003). Sidstnævnte er netop det fokus jeg vil have i dette projekt, som handler om patienters deltagelse i udarbejdelse af egen behandlingsplan.

Det store fokus på brugerdeltagelse i sundhedsvæsenet som er beskrevet ovenfor, kan ifølge Lene Pedersen (2011, s. 24-25), begrundes i flere forhold. Borgerne kan bidrage til fornyelse og innovativ tænkning om fremtidens velfærdsydelser. Brugercentreret innovation tager afsæt i brugernes erkendte eller ikke erkendte behov. Især mener Lene Pedersen, at de ikke erkendte behov er centrale, fordi brugerne ikke altid ved, hvad der kan hjælpe dem, men de har viden, behov og ønsker der kan være med til at udvikle sundhedsfaglige ydelser. Desuden kan brugernes aktive deltagelse fremme borgernes sundhed og medvirke til, at borgerne bliver mere selvhjulpne, hvilket kan tilføre samfundet ressourcer. Der er således både kvalitetsudvikling og ressourcebesparelser på spil, når der sættes fokus på brugerdeltagelse.

Individuelle deltagerorienterede behandlingstilgange afviger fra mere paternalistiske tilgange, som der traditionelt har været mere fokus på i sundhedsvæsenet. Forholdet mellem behandler og patient er mere lige, patienten er en aktiv samarbejdspartner og målet er patientens autonomi. Naidoo & Wills (2009, s.1006-7) sammenkæder sundhedsfremmende tilgange med politiske ideologier. De individuelle deltagerorienterede tilgange bygger, ifølge Naidoo & Wills, på

neoliberalistiske ideologier og kan kritiseres for, at være mest velegnet for de relativt privilegerede og velformulerede borgere. Dette perspektiv problematiseres ligeledes af Thorgård (2012), der har fokus på, hvordan professionelle tager højde for kognitivt svækkede borgeres mulighed for deltagelse.

Som led i ovenstående strategi om brugerdeltagelse i psykiatrien har RHP i 2014 som mål, at minimum 75 % af alle patienter skal tilbydes at være med til at udarbejde egen behandlingsplan i samarbejde med evt. pårørende og netværk. Behandlingsplanen er lovpligtig jævnfør psykiatrilovens § 3, stk. 3 (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2010). Det er ikke et krav i psykiatriloven, at patienterne skal tilbydes at være med til at udarbejde sin behandlingsplan.

Behandlingsplanen er en nedskreven plan for undersøgelse og behandling efter en specifik disposition og er del af patientens journal. Behandlingsplanen skal ifølge RHP's vejledning om Journalføring foreligge senest 24 timer efter patientens indlæggelse i døgnregi, og planen skal revurderes ved væsentlige ændringer i patientens tilstand dog senest efter tre måneder (Region Hovedstadens Psykiatri 2013, stk. 4.3). Det er almindelig praksis at revurdere behandlingsplanen en til to uger efter indlæggelse.

Det er meget få steder i RPH, hvor det hidtil har været praksis, at inddrage patienterne som ligeværdige parter i udarbejdelse af egen behandlingsplan i den akutte psykiatri. Der eksisterer foreløbig ikke nogen vejledninger i RHP omkring, hvordan dette skal foregå. Som beskrevet ovenfor er det en kulturforandring, der skal finde sted. I behandlingspsykiatrien er der mange års erfaring med, hvordan man afholder tværfaglige behandlingskonferencer, hvor alle faggrupper deltager i at udarbejde patientens behandlingsplan, men uden deltagelse af patienten og dennes netværk.

Når behandlere og patienter udarbejder behandlingsplaner i fællesskab, foregår dette på baggrund af en proces, hvor man forsøger, at træffe fælles beslutninger.

Seniorforsker Lisa Korsbæk (2014,a), der arbejder med implementering af recovery og SDM i RHP, mener, at vi står midt i et paradigmeskift. Der har været fokus på SDM i somatikken siden 1980'erne og frem, men internationalt har psykiatrien kun arbejdet med dette igennem de sidste ti år og såvel praksis som forskning på området er kun i sin vorden. SDM beskrives af Lisa Korsbæk som en samarbejdsmodel, der befinder sig imellem den traditionelle paternalistiske model og den model eller tilgang der kaldes informed choice. SDM kræver mindst to parter, der hver især er ekspert på sit område: Behandleren på behandlingen, og patienten på sit eget liv. Parterne mødes og udveksler informationer relateret til behandlingen og patientens livssituation. Beslutningen er en interaktiv og dialogisk proces (Korsbæk 2014, b).

Ifølge rapport udgivet af Sundhedsstyrelsen fordrer SDM følgende:

Et partnerskab mellem behandler og patient, der sikrer, at beslutninger træffes på det bedst informerede niveau med hensyntagen til flest mulige faktorer. SDM kræver at følgende faktorer er til stede:

1. Som minimum er både patienten og en behandler involveret i beslutningsprocessen.
2. Begge deler informationer med hinanden.
3. Begge tager initiativ til at deltage i beslutningsprocessen og udtrykker behandlingspræferencer.
4. Der foretages en behandlingsbeslutning, som begge parter er enige om (Jacobsen, Pedersen, Albeck, 2008, s. 28-32).

Når behandlingsplaner skal udarbejdes i et ligeværdigt samarbejde imellem behandlere og patienten og evt. dennes netværk, har jeg en formodning om at det kræver, at de professionelle udvikler særlige kompetencer i at facilitere denne proces. Behandlerne har deres faglige kompetencer, kliniske erfaring og værdier og ved, hvad der ud fra en faglig begrundelse vil være det bedste for patienten. Patienten har sine personlige livserfaringer, viden, værdier og mål og har muligvis nogle helt andre forestillinger om, hvilken behandling der vil være den bedste. Derudover kan der være pårørende involveret, der har endnu et perspektiv på behandlingen. Der er ofte flere behandlere involveret med forskellig faglig baggrund og tilmed professionelle fra flere sektorer. Forskellige fag, hviler på forskellige værdier, og dette kan øge kompleksiteten, når der skal træffes beslutninger.

Wistoft (2009, 2012) redegør for, hvilken betydning værdier og værdirefleksion har i det sundhedspædagogiske arbejde. Wistoft mener, at en af de væsentligste opgaver for sundhedsprofessionelle der arbejder pædagogisk med sundhed, er at afklare de forskellige former for viden og værdier, der er på spil. Dette er ifølge Wistoft en opgave, der befinder sig i et spændingsfelt mellem en biomedicinsk tradition, med et dertilhørende sundhedsbegreb med fokus på risiko og sygdom, og et bredere og mere livskvalitetsorienteret sundhedsbegreb.

Det er særligt essentielt at værtdi afklare, når målgruppen tænker helt anderledes om sundhed og det gode liv end de professionelle. Wistoft mener det er nødvendigt, at de professionelle udvikler kompetencer i forhold til at kunne afklare, hvilke værdier og sundhedsbegreber der er på spil i samarbejdet mellem professionelle og målgruppen for at opnå kvalitet i sundhedsarbejdet. Sundhedsprofessionelle behandler mennesker med meget forskellig baggrund, der har lige så forskellige opfattelser af sundhed og sygdom. For de fleste sundhedsprofessionelle er sundhed en værdi i sig selv, men sundhed er ikke en værdi for alle. For mange handler sundhed om livskvalitet – om at leve et godt liv og ikke blot om, at have et godt helbred fri for sygdom. Individuelle værdier er knyttet til tanker, følelser, drømme og håb. Man bør ifølge Wistoft tilstræbe en balance eller forståelse imellem hhv. den professionelles og målgruppens viden, værdier og sundhedsbegreber, altså syn på sundhed. Det handler om at gøre sig sit eget beslutningsgrundlag

bevidst samt at tage hensyn til andres beslutningstagning. De værdier man værner om, har betydning for de beslutninger man tager. Det kan være svært at have et fagligt forspring og samtidig skabe en ligeværdig dialog. Det er vigtigt, at de professionelle har fokus på at støtte målgruppen i at udvikle egne visioner om et sundt liv og levevilkår og udvikle kompetencer til at leve derefter (Ibid). Wistofts fokus på målgruppens individuelle værdier, drømme og håb ligger tæt op ad værdierne i den recovery-orienterede tilgang, som er beskrevet i indledningen.

1.3 Konteksten

Jeg har valgt at lade mit projekt tage udgangspunkt i et intensivt psykiatrisk afsnit, fordi det er her, jeg ser den største grad af kompleksitet i forhold til SDM i forbindelse med udarbejdelse af behandlingsplaner. Baggrunden for denne kompleksitet vil jeg uddybe her.

De intensive afsnit modtager akutte patienter det meste af døgnet. Patienterne indlægges på baggrund af alle former for psykiatiske lidelser som f.eks.: Skizofreni, stofpsykose, forgiftning, mani, depression, personlighedsforstyrrelse og alvorlige angst- og krisetilstande med selvmordstrusler og selvskadende adfærd. Ved indlæggelsen er patienterne i akutte tilstande, der ofte påvirker deres kognitive og emotionelle funktionsniveau. Dette skal der skal tages højde for i forbindelse med samarbejdet omkring behandlingsplanerne.

Den gennemsnitlige indlæggelsestid på de intensive afsnit er ca. femten dage. Dette betyder, at patienterne og deres eventuelle netværk meget hurtigt skal inddrages i at planlægge behandlingen, hvis de skal nå at have indflydelse, inden patienten skal udskrives igen.

Mange patienter har et professionelt netværk på tværs af sektorer og enheder. Det kan dreje sig om medarbejdere fra bosteder, egen læge, behandlere i et distriktskykiatrisk tilbud mv. Der er fra RHP's side en intension om, at patientens netværk skal inddrages, når patientens behandlingsplan skal udarbejdes. Det kan være tidskrævende at få planlagt et møde, hvor relevante parter har mulighed for at deltage, især hvis det skal planlægges på kort tid.

På et intensivt afsnit er der ansat ca. tredive medarbejdere med forskellig faglig baggrund ansat. I dette projekt kaldes alle medarbejdere indenfor pleje og behandling for behandlere. De fleste behandlere er sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Der er nogle få læger knyttet til afsnittet, hvoraf den ene er overlæge/psykiater og ansvarlig for behandlingen.

På et intensivt afsnit anvender behandlerne dagligt forskellige former for tvang i behandlingen. Det kan f.eks. være bæltefiksering, tvangsmedicinering og tvangstilbageholdelse. Det er en særlig udfordring at tilbyde patienten SDM omkring egen behandlingsplan, hvis en del af planen er baseret på tvang.

Ifølge Wistoft (2009, 2012) er kontrol og relation to fundamentale værdier, der i princippet udelukker hinanden. Kontrol er forankret indenfor medicin og sygdomsbehandling, relation indenfor omsorg, sundhedsfremme og terapi. Disse værdier kan være svære at forene i

sundhedspædagogisk praksis. Spændingen mellem den biomedicinske tradition og ambitionen om dialog, involvering og samarbejde med målgruppen kan derfor udfordre deltagerbaserede målsætninger.

I den praksis som projektet tager udgangspunkt i, har man arbejdet hen imod en recovery-orienteret tilgang igennem fem år. Centeret, som har både almene, intensive og ambulante enheder, har gennemført en medarbejder- og patientundersøgelse i 2011 mhp. at undersøge i hvor høj grad, der blev arbejdet ud fra principperne i en recovery-orienteret tilgang. Undersøgelsen viste at man var godt på vej, men at især de intensive afsnit havde et udviklingspotentiale (Fatum og Krabbe 2011). Siden 2013 har hele RHP satset på recovery-orientering og brugerdeltagelse. Der er taget mange initiativer på området, som f.eks. ansættelse af medarbejdere med brugerbaggrund, oprettelse af brugerstyrede senge og projekter igangsat omkring såkaldt decision aids, som er redskaber der understøtter SDM. Trods disse initiativer oplever jeg, at der er stor forskel på medarbejdernes viden om og interesse for brugerdeltagelse. Dette er en udfordring, vi som ledelse står overfor, når vi skal implementere en deltagerorienteret praksis. Derfor er det vigtigt at få mere viden om, hvordan medarbejderne oplever disse udfordringer, så vi kan kvalificere det fremtidige arbejde. Dette fører mig hen til følgende problemformulering.

2 Problemformulering

Hvilke udfordringer og muligheder oplever patient(er) og behandlere ved, at patienten og dennes netværk deltager i at udarbejde patientens behandlingsplan på akut psykiatrisk afdeling? - Hvilke implikationer har dette for det sundhedspædagogiske arbejde?

Forskningsspørgsmål:

- Hvordan inddrages både patienters og behandleres sundhedsbegreber, viden og værdier, når der træffes fælles beslutninger?
- Er der ægte deltagelse på spil, når der udarbejdes behandlingsplaner med patienten, og hvilken betydning har dette for patientens personlige empowerment og recovery-proces?
- Hvilken betydning har det for samarbejdet mellem patient, pårørende og behandlere, at patienten (og evt. dennes netværk) deltager i at udarbejde sin behandlingsplan?

3 Fremgangsmåde og opgavens opbygning

Først præsenteres litteraturgennemgang om SDM og patientdeltagelse.

Herefter præsenteres projektets centrale teorier og begreber.

Der udføres deltagerobservation ved et behandlingsplansmøde på intensivt psykiatrisk afsnit.

Der udføres kvalitative semistrukturerede interviews med patienter og behandlere.

De transskriberede interviews og feltnoter fra deltagerobservation, fremstilles tematisk inspireret af en hermeneutisk fænomenologisk tilgang og analyseres op imod præsenterede teorier og begreber inspireret af et interaktionistisk perspektiv.

Herefter præsenteres en diskussion af hvilke implikationer det fremanalyserede kan have for sundhedspædagogisk praksis samt en metodediskussion.

Til sidst præsenteres projektets konklusion.

I næste afsnit præsenteres en litteraturgennemgang, der er udarbejdet mhp. at indhente viden om patienters deltagelse i at planlægge egen behandling.

4 Litteraturreview

Formålet med dette litteraturreview har været at undersøge, hvilken viden der i dag findes omkring patienters deltagelse i at planlægge egen behandling og som kan defineres som SDM. Min interesse har primært været SDM på et akut psykiatrisk døgnafsnit med fokus på, at udarbejde behandlingsplaner. Jeg har ikke fundet litteratur, der direkte undersøger dette tema, men de udvalgte artikler omhandler SDM i forskellige psykiatriske og somatiske behandlingstilbud samt reviews om SDM og patientdeltagelse. Jeg har søgt på følgende søgeord: fælles beslutningstagning, patientdeltagelse, patientinddragelse, psykiatri, døgnbehandling, psykisk sygdom, recovery og behandlingsplaner på dansk og på engelsk. Desuden har jeg søgt via litteraturstrengene fra relevante artikler.

Jeg har valgt at medtage artikler fra somatikken, fordi SDM har været anvendt og udforsket på dette område siden 1980'erne, hvorimod det først er begyndt, at blive anvendt og udforsket indenfor psykiatrien de sidste 10-12 år. Jeg har medtaget artikler med udgangspunkt i den ambulante psykiatri, fordi der er lavet flest kvalitative studier om SDM i psykiatrien indenfor dette område. Jeg har valgt enkelte kvantitative studier, fordi målgruppen i disse studier var de dårligste psykiatriske patienter og viste at disse trods deres akutte tilstand godt kan indgå i SDM.

De syv artikler og rapporter der er udvalgt, præsenteres i skematisk form (appendix 1). Herunder præsenteres resultater og pointer fra artiklerne.

4.1.1 Ønsker alvorligt psykisk syge SDM og er de i stand til det?

Forskning viser generelt, at patienter med alvorlig psykisk sygdom ønsker at tage del i SDM og at de også er i stand til det (Matthias et al 2012).

Hamman et al (2006) forskning viser, at akut psykisk syge patienter med skizofreni indlagt i døgnregi både kan og vil deltage i beslutninger om egen medicinsk behandling. Også i de tilfælde hvor de professionelle vurderer, at patienten ikke er i stand til det. De patienter der var mindst

interesserede i SDM, var dem med skizofreni og negative symptomer og de der var mest interesserede var de mest psykotiske og aggressive patienter med skizofreni.

Deegan & Drake (2006) fremhæver, at der vil være situationer, hvor SDM ikke vil være muligt f.eks. i kritiske situationer, hvor patienten midlertidigt ikke er i stand til at træffe beslutninger. I sådanne tilfælde har behandlings-guidelines, der medtænker patientpræferencer og værdier vist sig at være værdifulde.

Adams et al (2007) fremhæver, at flere studier viser, at både psykiatriske og somatiske patienter ønsker at deltage i SDM. Dette gør sig især gældende for patienter med langvarige lidelser som f.eks. skizofreni og sukkersyge. Patienter med skizofreni viste særlig interesse for SDM i forhold til indlæggelse, medicinskift og medicindosis. Alder, køn, uddannelse, misbrug og typen af skizofrenidiagnose havde derimod ikke betydning for om patienterne ønskede SDM.

Litteraturen viser ifølge Jacob et al (2008), at patienter ønsker forskellig grad af deltagelse. Det problematiseres i artiklen, at litteraturen om SDM har det handlende menneske som ideal, men en tilsyneladende passiv indstilling, kan ifølge Jacob et al være en velovervejet måde at handle på, for at opnå den ønskede behandling.

Deegan & Drake (2006) finder i deres litteraturreview, at forskning har vist, at psykiatriske patienter ikke kun har fokus på symptomer, men også på personlig identitet og livskvalitet, når medicinens virkning skal vurderes.

4.1.2 Forskellige tilgange til SDM- ekspertviden kontra viden om hverdagslivet

Ifølge Deegan & Drake (2006) divergerer SDM radikalt fra kompliance. Compliance handler om, hvorvidt patienten efterlever lægemiddelordinationer. Begrebet har rødder i medicinsk paternalisme, hvor patienten formodes at efterleve behandlerens ordinationer. I stedet for en tilgang med fokus på compliance, autoritet og overtalelse, flyttes fokus i SDM til undervisning og inddragelse af patientens erfaring. SDM er ifølge Deegan & Drake en model, der bygger på værdierne selvbestemmelse og empowerment. Modellen bygger bro imellem evidensbaserede metoder og det individuelle perspektiv, hvor patientens sociale kontekst inddrages. SDM er en tilgang, hvor behandler og patient, som eksperter på hver sit område, deler deres respektive viden mhp. i fællesskab at finde frem til den bedste behandling.

Cathy et al (1997) mener, at der først er tale om SDM, når der er truffet en beslutning omkring behandlingen, som begge parter er enige om. De stiller spørgsmålstejn ved, hvorvidt patienten har deltaget i beslutningsprocessen, hvis denne blot accepterer behandlerens forslag om behandling. Det er en forudsætning for SDM, at parterne deler informationer, værdier og viden. Formålet med SDM er at udligne magtforholdet mellem patient og behandler, samt øge autonomi og egenkontrol for patienten. Cathy et al påpeger, at der ofte er flere deltagere i SDM, hvilket øger kompleksiteten i beslutningsprocessen, hvis disse har forskellige holdninger til behandlingen.

Patientinddragelse dækker ifølge Thorgård (2012) over en række aktiviteter og tilgange, som peger i forskellige retninger. Thorgård påpeger, at man bør skelne mellem patientviden som noget, der knytter sig til patienter, der har ekspertviden om sygdomme og noget der knytter sig til patienters viden om deres hverdagsliv og erfaringer. Hvis der i patientinddragelse kun fokuseres på patienters ekspertviden, vil patienter med kognitiv svækkelse have svært ved at deltage i SDM. Målgruppen og konteksten i den sundhedsfaglige praksis har betydning for, hvilken tilgang indenfor SDM, der er relevant.

Jacobsen et al (2008) finder, at det er vigtigt eksplicit at italesætte de overvejelser, der ligger til grund for, at en beslutning skal træffes. SDM udfordrer magtforholdet mellem behandler og patient og konflikter søges undgået for ikke at udstille det ulige magtforhold. Dette medfører, at behandlerne sommetider tilbageholder informationer, som de skønner patienten ikke magter at modtage. Dette skøn svarer ikke altid til patientens behov.

4.1.3 Guide til SDM og decision-aids

Samtalen om udgangspunktet for valget omkring behandlingen viser sig i Jacobsen et als (2008) forskning, at være ligeså vigtig som samtalen om valget. Der bør derfor udvikles redskaber i de enkelte enheder, der kan understøtte dialogen om udgangspunktet for, at der skal træffes en beslutning. Dette understøttes af Deegan & Drake (2006), der fremhæver, at der er brug for redskaber, der kan støtte såvel behandlere som patienter i forberedelse og gennemførelse af beslutningsprocessen.

I Matthias et als(2012) forskning blev patienterne ofte involveret i diskussioner omkring behandlingen, men behandlerens præferencer var ofte dominerende. I studiet spørger behandlerne ofte til patienternes mening uden at spørge til deres personlige præferencer. Matthias et al mener, at det peger på, at behandlerne har brug for træning i SDM færdigheder. Interventioner, der støtter patienterne i at tage større initiativ, vil ligeledes være hjælpsomt. F.eks. peer instruktion (vejledning af ligesindet), pc-programmer og kontaktperson-støtte.

Mange studier har vist, at decision aids mindsker brugen af dyr behandling med tvivlsom effekt og derfor er anvendelse af dette ressourcebesparende (Adams et al 2007).

4.1.4 SDM's konsekvenser for det sundhedspædagogiske arbejde

SDM er en tilgang der kan fremme en terapeutisk relation, hvor behandleren kan støtte patienten i at minimere bivirkninger og anvende medicin på en recovery-fremmende måde (Deegan & Drake 2006).

Zoffmann og Kirkevolds undersøgelse (2009) viser, at når en behandler ved, hvordan en patient træffer beslutninger om sin sygdom, vil behandleren med større sandsynlighed kunne opmuntre patienten til at tage sine beslutninger op til fornyet overvejelse og træffe nye beslutninger omkring dagliglivet med sygdommen. De fandt endvidere, at det er centralt at sætte fokus på patientens perspektiv og beslutninger vedrørende vanskeligheder med at leve med sygdommen.

4.1.5 Behov for forskning

Flere forfattere argumenterer for, at der er brug for mere kvalitativ forskning på området.

Der er behov for yderligere forskning for at afdække graden af SDM i forskellige settings (kontekster, som f.eks. hospitaler, bosteder mv) og betydningen af SDM for psykiatriske patienters recovery-proces. Der er især brug for kvalitative studier, der observerer beslutningsprocessen mellem behandler og patient (Matthias et al 2012, Deegan & Drake 2006).

Der er behov for kvalitativ forskning med semistrukturerede interviews, der kan afdække patienters forskellige behandlingspræferencer og hvilken betydning patienten tillægger disse. Det vil ligeledes kunne afdække viden om sociale, kulturelle og sygdomsrelaterede kontekster med betydning for den komplekse proces som SDM er, samt hvilke barrierer patienter oplever ved SDM (Cathy et al 1997).

Moderne evidensbaserede tilgange inden for behandling af medicinske sygdomme bygger på SDM. Tilsvarende høje standarder burde ifølge Deegan & Drake (2006) anvendes i psykiatrien. De mener, at der er brug for mere kvalitativ forskning for at forstå fænomenologien i de beslutningskonflikter som psykiatriske patienter oplever.

Dette review har inspireret til udarbejdelse af interviewguide og vil ligeledes indgå i diskussionen af projektet.

Herunder præsenteres projektets teoretiske og metodologiske udgangspunkt.

5 Teori og metode

5.1 Videnskabsteoretisk udgangspunkt

Projektet er inspireret af et hermeneutisk, fænomenologisk og interaktionistisk perspektiv, hvilket uddybes herunder.

Forståelse og forforståelse er to centrale begreber i den filosofiske hermeneutik. Ifølge den tyske filosof Gadamer (1900-2002) hverken kan eller bør vi glemme det, som vi i forvejen mener at vide om det fænomen, vi vil undersøge og forstå - altså vores forforståelse. Forskerens forforståelse er ifølge Gadamer ikke en fejkilde, men en betingelse for at kunne forstå. Det er således en nødvendig forudsætning for den hermeneutiske analyse, at forskeren er bevidst om sin forforståelse (Dahlgren & Fredslund 2012).

Jeg har arbejdet i psykiatrien igennem 25 år og jeg forsker i egen praksis. Derfor har jeg en bred viden og dermed udtalt forforståelse i forhold til feltet. Jeg er en del af fagkulturen på en psykiatrisk afdeling og vil være blind for en del handlinger, der udspiller sig på baggrund af disse kulturer.

Jeg har via min litteratursøgning opnået viden om SDM, hvilket har givet mig en forforståelse om at patientens værdier og viden om sit liv med en psykisk sygdom, er lige så vigtig i beslutningsprocessen omkring behandlingsplanen som behandlernes evidensbaserede viden og erfaring. Jeg har ligeledes opnået en forforståelse om, at SDM kan forstås på mange forskellige måder. Fra en biomedicinsk forståelse med fokus på kompliance til en bredere forståelse, hvor patientens individuelle erfaring med fokus på livsverden inddrages på lige fod med den professionelle evidens.

Via mit sundhedspædagogiske studie har jeg opnået bred indsigt i begreber som empowerment, deltagelse og sundhedsbegreber. Herunder at høj grad af deltagelse og mulighed for at være med til at træffe beslutninger øger personlig empowerment. Jeg har på baggrund af viden om forskning omkring reduktion af tvang i psykiatrien en forforståelse om, at deltagelse reducerer nødvendigheden af tvangsbehandling (Bak mfl. 2013).

Jeg har som beskrevet en forforståelse fra såvel praksis som teori om, at SDM påvirker samarbejdet mellem behandlere, patienter og pårørende positivt og at SDM kan fremme patienters empowerment og dermed recovery-proces.

Jeg har således forudsætninger for at forstå det fænomen, jeg undersøger. Det er samtidig en forudsætning for at skabe ny viden, at jeg sætter denne viden i parentes mhp. at være åben overfor, hvad empirien frembringer. Jeg har besvaret min egen interviewguide (appendix 9) inden jeg gennemførte mine interviews mhp. at være bevidst omkring min forforståelse.

Et fælles grundlag i hermeneutikken er den hermeneutiske cirkel. Vi kan kun forstå meningen med de enkelte dele ved at se dem i en sammenhæng. Og vi kan kun forstå helheden ud fra de enkelte dele, der skaber helheden. (Dahlagar & Fredslund 2012). Denne tilgang vil jeg lade mig inspirere af i analysen af det empiriske materiale. Det samlede materiale læses igennem flere gange og derefter analyseres materialet i temaer, der er fremkommet ved læsning af materialet.

Fænomenologien beskæftiger sig med sammenhængen mellem subjektivitet og verden, og fokus er på den menneskelige bevidsthed og livsverden. Ethvert fænomen er altid en fremtræden af noget for nogen. Ifølge fænomenologien bør man ikke tage for givet, at man ved hvad en anden person føler og tænker. Derfor er man nødt til at spørge og lytte, og midlertidigt se bort fra de antagelser og teorier man i forvejen har om det område, man vil studere (Kristensen 2012). Jeg vil i dette projekt anvende en semistruktureret interviewguide. Denne tilgang giver informanten mulighed for at fortælle frit med egne ord, hvilket er vigtigt i denne undersøgelse, der har fokus på behandleres og patienters oplevelser. Interviewguiden vil være inspireret af min forforståelse fra såvel praksis som teori, men i det kvalitative interview vil jeg kunne sætte min forforståelse i parentes og lade mine spørgsmål tage udgangspunkt i, hvad informanten fortæller.

Man kan ifølge Järvinen & Mik-Meyer (2005) ikke adskille konstruktivisme fra fænomenologi og hermeneutik på en absolut måde. Hvor fænomenologi og hermeneutik opfatter objektet som

noget nogenlunde stabilt opfatter konstruktivismen objektet som noget flydende ustabil. I et interaktionistisk perspektiv kan betydning ikke afdækkes fuldstændigt, men opfattes som et relationelt fænomen, der kun kan bestemmes situationelt med inddragelse af konteksten.

Projektet undersøger fænomenet SDM og dets betydning for samarbejdet mellem behandlere og patienter på en psykiatrisk afdeling. Fænomenet undersøges i sin kontekst under et møde, hvor flere mennesker interagerer under påvirkning af behandlings- og organisationskulturen. Det er derfor relevant at trække på det interaktionistiske perspektiv, hvor betydninger skabes i situationen, hvor mennesker interagerer.

Herunder redegøres for projektets metode.

5.2 Metode

Dette projekt design tager udgangspunkt i den kvalitative metode. Man udvælger informanter ud fra om disse kan sige noget interessant om det undersøgte genstandsfelt og ikke om de er repræsentative for populationen (Bjerg 2007, s.55-56). Derfor har jeg valgt at generere mine data på et intensivt afsnit, der igennem et år har arbejdet med patienters deltagelse i at udarbejde egen behandlingsplan, og som har ytret sig positivt omkring dette arbejde. Derved håber jeg at deres erfaringer kan være med til at skabe ny viden om SDM og inspirere til, hvordan dette arbejde kan kvalificeres i fremtiden.

Data i dette projekt genereres via deltagerobservation ved et møde på et intensivt psykiatrisk afsnit, hvor en patient er med til at udarbejde sin behandlingsplan. På mødet deltager patienten og dennes behandlere. Der tages noter under deltagerobservationen og mødet lydoptages. Efter mødet gennemgås noterne og indtryk, der ikke blev noteret under mødet, tilføjes. Der udføres kvalitative semistrukturerede interviews med behandlerne før mødet mhp. at spørge til deres generelle erfaringer med SDM omkring patienternes behandling. Efter mødet udføres interview med behandlerne og patienten, der deltog i mødet med mhp. at spørge ind til konkrete handlinger under mødet. Interviewene transskriberes.

5.2.1 Deltagerobservation og kvalitative interviews

Deltagerobservation er relevant for dette studie, fordi metoden er særlig velegnet til at undersøge forholdet mellem mennesker og deres institutionelle omgivelser. Gennem deltagerobservation kan man få indblik i rutiner, møder og arbejdsgange samt personalets praksis og erfaringer. Denne indsigt kan understøtte kvalitative interviews, fordi spørgsmålene kan gøres mere relevante og observationerne kan bidrage med væsentligt materiale om forhold der vedrører konteksten. Disse forhold nævnes måske ikke i interviewene, fordi det tages for givet af informanterne.

Deltagerobservation kan give konkret indsigt i, hvad folk gør, hvorimod der i et interview fortælles om hvad folk gør (Tjørnhøj-Thomsen & Whyte, 2012).

De interviews der udføres inden deltagerobservationen tager udgangspunkt i relevante temaer fra litteratur-review og min teoretiske referenceramme. De interviews der udføres efter, tager

udgangspunkt i konkrete handlinger og interaktioner under mødet. Patienten interviewes kun efter mødet.

I såvel deltagerobservation som interviews vil jeg være opmærksom på overraskelser og forstyrrelser, dvs. data der ikke passer ind i min forforståelse og mine forventninger. I analysen og diskussionen vil overvejelser omkring, hvilken påvirkning min egen deltagelse har haft på datagenereringen indgå.

Under deltagerobservationen vil jeg sidde rundt om bordet ligesom de øvrige mødedeltagere, men jeg vil ikke være en aktiv deltager i forhold til at planlægge patientens behandling. Derfor vil jeg i højere grad være observerende end deltagende.

Det kvalitative forskningsinterview giver adgang til interviewpersonernes oplevelser og erfaringer (Tanggaard & Brinkmanns, 2010 s.31). Derfor er det relevant at anvende i dette projekt, der søger at bidrage med viden om, hvad behandlere og patienter oplever som betydningsfuldt i forhold til, at træffe fælles beslutninger omkring patientens behandling. Det der bliver fortalt vil altid være konstrueret i den interaktion som foregår under interviewet (Ibid). I de første interviews med behandlerne vil fokus være på behandlerens oplevelse af at arbejde med SDM i forbindelse med planlægning af patienters behandling generelt. I det andet interview vil fokus være på deltagerobservationen og på SDM med den konkrete patient, der deltager i mødet.

Det var min plan at interviewe den psykiater og den sygeplejerske, der skulle deltage i behandlingsplansmødet, hvor deltagerobservationen skulle finde sted, fordi disse er ansvarlige for at planlægge behandlingen sammen med patienten. Desuden ville jeg interviewe den patient der deltog i behandlingsplansmødet, efter mødet har fundet sted.

Efter jeg har lavet interview med hhv. sygeplejersken og psykiateren fra det intensive afsnit og er klar til at deltage i et behandlingsplansmøde, viser det sig at være svært at få dette arrangeret. Afsnittet har mange tomme senge og de patienter, der er indlagt, er meget syge. Flere patienter ligger i bælte, og det er derfor ikke det rette tidspunkt at arrangere møder sammen med patienterne.

Jeg bliver i tvivl om, hvorvidt jeg har tid til at vente på, at jeg kan deltage i et behandlingsplansmøde. Derfor vælger jeg at interviewe to patienter, der har været indlagt flere uger på det afsnit, som projektet tager udgangspunkt i, og som nu er indlagt på et alment afsnit. Patienterne er tilfældigt udvalgt, forstået på den måde at det er disse to personer, der tilfældigvis fortsat er indlagt.

En uge senere bliver jeg inviteret til at deltage i et behandlingsmøde med en patient, hendes to sønner, psykiateren og en kontaktperson, som ikke er den sygeplejerske jeg har interviewet forinden.

Lige efter mødet beslutter jeg at interviewe psykiateren og kontaktpersonen sammen og med det samme. Jeg syntes, at det gav mening at interviewe dem sammen, og tænkte at der havde været så store udfordringer med at få gennemført denne deltagerobservation, at det kunne tage lang tid, før det kunne planlægges at gennemføre interviews med behandlerne hver for sig. Jeg vurderede, at det var vigtigt, at vi gennemførte interviewet, mens mødet var i frisk erindring.

Patienten, der deltog i behandlingsmødet, interviewede jeg umiddelbart efter interviewet med behandlerne.

5.2.2 Databearbejdelse

De transskriberede interviews, feltnoter og den transskriberede optagelse fra deltagerobservationen, er læst igennem i sin helhed flere gange og derefter fremstillet tematisk. Materialet er analyseret vha. følgende teorier og begreber; Ægte og symbolsk deltagelse (Simowska 2012,b), empowerment (Green & Tones 2009+10) og sundhedsbegreber (Simowska 2012,a). I diskussionen indgår materiale fra det præsenterede review.

5.2.3 Ethiske overvejelser

At forske i egen praksis fordrer særlige etiske overvejelser. Min position som leder for de behandlere jeg interviewer kan påvirke deres udtalelser. Det vil muligvis være svært for behandlerne at give udtryk for evt. barrierer eller negativ holdning til brugerdeltagelse og SDM. Jeg har valgt at studere et afsnit, der har positive erfaringer med SDM. Mit ærinde er således ikke at finde barrierer og svagheder hos de professionelle, men at undersøge en praksis der kan bidrage med positive erfaringer.

Jeg har fra projektets start fået opbakning fra centerchefen til at forske i den valgte problemstilling og indhentet tilladelse til at generere empiri fra egen praksis. Dernæst har jeg fortalt afsnitsledelsen, hvad projektet undersøger og spurgt om de ville deltage. Afdelingssygeplejersken har informeret afsnittet skriftligt (appendix 2) og mundtligt om formålet med projektet. Jeg har ladet afdelingssygeplejersken udpege en sygeplejerske til interview. Afdelingssygeplejersken har spurgt denne sygeplejerske, hvorvidt hun ønskede at deltage. Jeg har understreget overfor afsnitsledelsen og informanterne, at formålet med projektet ikke er en evaluering af deres arbejde. Jeg har understreget, at jeg ønsker at forske i deres arbejde med SDM, fordi jeg har indtryk af, at de har gjort sig erfaringer, der kan være med til at skabe viden på området og udvikle arbejdet med brugerdeltagelse i fremtiden.

Jeg har understreget overfor informanterne, at de deltager frivilligt i projektet. Der indhentes mundtlige og skriftlige samtykkeerklæringer fra patienten, der deltager i mødet, hvor deltagerobservationen udføres. Samtykke kan trækkes tilbage, indtil datagenereringen er foretaget.

Inspireret af Tjørnhøj-Thomsen og Whyte (2012, s. 112-15) vil min hensigt være at skrive projektet på en måde, så informanterne der deltager kan læse produktet uden at føle sig krænkede.

Datatilsynet og Region Hovedstadens Videnskabsetiske komité har givet tilladelse til at gennemføre projektet. Projektet vil overholde Datatilsynets retningslinjer for generering og opbevaring af empirisk materiale. Dette indebærer, at alle oplysninger der indhentes, bliver behandlet fortroligt og opbevares utilgængeligt for andre og anonymiseres, så ingen af deltagerne vil kunne genkendes. Båndoptagelserne vil blive slettet efter udskrivning.

5.3 Teoretisk referenceramme

Jeg vil her præsentere den teori, der vil blive brugt i analysen af det empiriske materiale. Teorien er en fremstilling af sammenhængen mellem sundhedsbegreber, deltagelsesbegrebet, empowerment og forskellige sundhedsfremmende tilgange.

Det er relevant at forholde sig til begrebet deltagelse, fordi dette projekt er en undersøgelse af patienters deltagelse i at planlægge egen behandling. Der redegøres for begrebet symbolsk og ægte deltagelse ud fra Simovska (2012, b). Deltagelse, sundhedsfremmende tilgange og sundhedsbegreber hænger tæt sammen og derfor skitseres forskellige tilgange og sundhedsbegreber ud fra samme forfatter (Simovska, 2012, a). Simovska har via forskning med elever og skolen som sundhedsfremmende setting udviklet en model om deltagelsesbegrebet. Denne model kan ifølge Simovska, også bruges til at reflektere over deltagelse indenfor andre målgrupper og andre sundhedsfremmende settings som f.eks. hospitaler.

Sammenhængen mellem deltagelse og empowerment skitseres vha. Green & Tones (2010) og Tones (2009), der redegør for, at deltagelse og empowerment styrkes ved fælles beslutningsprocesser og fælles planlægning eller ved, at autoriteten til at træffe beslutninger overdrages fra behandler til bruger. Da dette projekt omhandler fælles planlægning og fælles beslutningsprocesser omkring patientens behandlingsplan, er denne teori relevant at trække på. Jeg vil i analysen være opmærksom på, om jeg kan se en sammenhæng mellem graden af deltagelse og patientens personlige empowerment/recovery.

5.3.1 Empowerment og deltagelse/ sundhedsfremmende tilgange v. Green & Tones

Green & Tones argumenterer for, at sundhedsfremme lægger større vægt på begreber som empowerment, deltagelse og autonomi end det traditionelle folkesundhedsarbejde, der har sit udgangspunkt i en biomedicinsk tradition. De typer af strategier der bruges til at fremme læring omkring sundhed og sygdom, er meget forskellige og ofte modstridende. Nogle af tilgangene er modstridende med værdierne i sundhedsfremme, fordi de er forbundet med tvang og overtalelse. Derfor er det afgørende, at sundhedsprofessionelle reflekterer over de pædagogiske tilgange der anvendes (Green og Tones 2010, Tones 2009).

Green & Tones præsenterer tre forskellige modeller til sundhedsfremme:

1. Forebyggelsesmodellen bygger på den biomedicinske tilgang til sundhed. Der gives information og specifik viden mhp. at individer får en sund livsstil og anvender sundhedstilbud, der kan forebygge sygdomme.

2. Den radikale empowerment-model fokuserer på individers egne beslutninger. Tilgangen prioriterer kritisk bevidstgørelse og strukturelle ændringer. Formålet er både at styrke undertrykte sociale grupper og at styrke individer til at gøre brug af sundhedsydelser samt at tilegne sig en sund livsstil. Denne model har fokus på målgruppens egne beslutninger.
3. Empowerment-modellen har til formål at styrke individers og fællesskabers mulighed for at forbedre sociale og samfundsmæssige forhold, der har betydning for sundheden. Dette fordrer, at individuelle empowerment strategier virker parallelt med udvikling af sundhedspolitiske tiltag. Sundhedsfremme er lig sundhedspædagogik gange sundhedspolitik.

Green & Tones (2010) fremhæver, at disse tilgange eksisterer side om side og supplerer hinanden. Empowerment kan ses som synonymt med positiv sundhed og trivsel, dvs. at have kontrol over forhold der har betydning for ens sundhed. I denne henseende betyder det at være sund at være empowered og dermed magtfuld. Empowerment kan både ses som et middel til at forbedre sundheden og som et mål til at opnå sundhed og retfærdighed indenfor sundhed.

Forebyggelsesmodellen kan sidestilles med den traditionelle paternalistiske model. En model man, som beskrevet i indledningen af dette projekt, bevæger sig væk fra, når man arbejder med SDM.

"..individuel empowerment er en tilstand, hvor individet har en relativt høj grad af egentlig magt- dvs et ægte potentiale for at træffe beslutninger" (Tones 2009, s. 42).

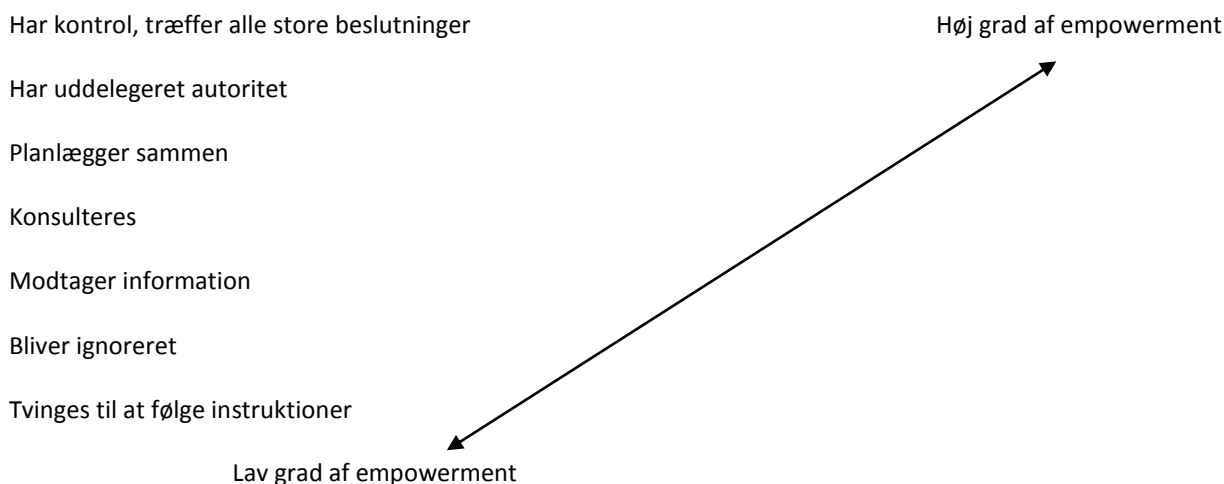
Individuel empowerment er også forbundet med høj grad af selvværd samt sociale færdigheder, der bidrager til individets magt over sit liv og sundhed (Ibid, s.42).

Empowerment kan sidestilles med begrebet recovery, der er beskrevet i indledningen af dette projekt. Recovery er en måde at leve et tilfredsstillende liv på og tager udgangspunkt i den enkelte persons oplevelser med fokus på aktiv medvirken, mening, håb og selvbestemmelse.

Den traditionelle sundhedspædagogik bygger på at overtale individer til at ændre adfærd på en måde, der forebygger sygdom og til at anvende medicinske ydelser hensigtsmæssigt. Overtalelse handler om at opnå overtalerens mål og ikke at hjælpe folk med at tage egne beslutninger (Ibid s. 30). Dette svarer til begrebet kompliance, som man bevæger sig væk fra, når man arbejder med SDM. Dette er beskrevet vha. Deegan & Drake s.14 i dette projekt.

Sundhedspædagogik indenfor en radikal empowerment tilgang har derimod som målsætning, at fokusere på individers egne beslutninger. Fokus er på, hvordan folk der mangler magt kan blive mere magtfulde og opnå en rimelig grad af kontrol over deres liv. Denne tilgang ligger op ad SDM og recovery, hvor fokus er, at målgruppen selv er med til at træffe beslutninger og derved får magt over eget liv. SDM er ifølge Deegan & Drake en model, der bygger på værdierne selvbestemmelse og empowerment.

Deltagelse er afgørende i forbindelse med empowerment. Forskellige deltagelsesniveauer bestemmes af i hvor høj grad indflydelse og magt deles. Green & Tones (2010, s. 46) skitserer forholdet således:



Øverst til venstre i figuren ses at hvis autoriteten er helt uddelegeret, vil der være en høj grad af empowerment. Gradvist mindre autoritet og inddragelse vil medføre mindre empowerment.

Potentialet for empowerment er højest når der er tale om reel deltagelse i beslutningsprocesser gennem fælles planlægning eller ved at autoriteten til at træffe beslutninger overdrages fra behandler til bruger.

Figuren gælder ifølge Green & Tones både for lokalsamfund, for sundhedsfremmende hospitaler og på mikro-niveau mellem individer, som f.eks. mellem patient og læge.

Dette projekt undersøger SDM på et intensivt psykiatrisk afsnit. Her vil forskellige grader af deltagelse være i spil, fordi der anvendes tvang i behandlingen.

Green & Tones figur vil blive anvendt i analysen af data til at identificere patientens deltagelsesniveau. I diskussionen vil indgå, hvilken betydning patientens deltagelsesniveau har på det sundhedspædagogiske samarbejde mellem patienter og behandlere.

5.3.2 Deltagelse og sundhedsbegreber

Her præsenteres begreberne deltagelse og sundhedsbegreber.

Der er ifølge Simowska (2012, b) bred enighed om, at deltagelse er et nøglebegreb indenfor sundhedsfremmende politik og praksis. Man er klar over, at målgruppens involvering er afgørende, hvis strategier og tiltag for sundhedsfremme skal virke efter hensigten.

Her skitseres en model for symbolsk og ægte deltagelse tilpasset efter Simovska (2012, b). Modellens fokus er deltagelse i læring og kompetenceudvikling i forhold til sundhed.

Symbolsk deltagelse	Fokus	Ægte deltagelse
Målet er tilegnelse af faktuel viden om sundhed, risiko og konsekvenser	To forskellige opfattelser af læring.	Viden opbygges via refleksion. Fokus er på processer, udvikling, forandring, involvering, og meningskonstruktion.
Formålet er accept af livsstil og fakta om sundhed defineret af eksperter, på basis af videnskabelig evidens.	Resultater af sundhedsfremmende indsatser.	Formålet er at fremme individets autonomi, kritisk bevidsthed ang. sundhedsforhold og evne til at håndtere hverdagslivet.
Individets livsstil	Genstanden for forandring	Individet i sin kontekst. Sundhedsproblemet reflekteres i sammenhæng med individets hverdagsliv. Udvikling af færdigheder og kompetencer i samspil med omgivelserne

Magt og ejerskab er helt centralt i forhold til ægte deltagelse. Ægte deltagelse muliggør målgruppens handlemuligheder og ejerskab i sundhedsprocessen. Simovska fremhæver dog, at deltagelsesformen altid må tilpasses målgruppens handlemuligheder og den aktuelle situation. Ideelt set skal folk selv bestemme, hvor meget de vil deltage.

SDM og recovery bygger på værdierne i ægte deltagelse, fordi SDM og recovery har fokus på, at involvere målgruppen og på processer, der kan fremme individets autonomi. I disse tilgange reflekteres sundhedsproblemet i sammenhæng med individets kontekst og hverdagsliv.

Modellen for ægte og symbolsk deltagelse vil blive anvendt i analysen mhp. at identificere, hvilke former for deltagelse, der er på spil i det konkrete materiale.

Her skitseres to forskellige tilgange til sundhedspædagogik. Den traditionelle og den deltagerorienterede.

	Traditionel sundhedspædagogik	Deltagerorienteret sundhedspædagogik
De lærende f.eks. patienten	Komplians: Patienten skal følge behandlerens ordinationer og råd om sund livsstil.	Nøgleordet er valg
Behandler	Er eksperter	Er konsulenter, facilitatorer
Indhold	Et biomedicinsk sundhedsbegreb	Et økoholistisk sundhedsbegreb

(Tilpasset efter Simovska 2012, b, s. 97.)

I modellen ses, at en deltagelsesorienteret tilgang bygger på et økoholistisk sundhedsbegreb (afsnit 5.3.2.3), hvorimod den traditionelle tilgang bygger på et biomedicinsk sundhedsbegreb (afsnit 5.3.2.1).

SDM der er en deltagelsesorienteret tilgang, bygger på et økoholistisk sundhedsbegreb, hvor nøgleordet er valg, hvorimod den traditionelle paternalistiske tilgang bygger på et biomedicinsk sundhedsbegreb, hvor nøgleordet er complians.

Sundhed kan defineres på forskellige måder. Der ligger forskellige værdier til grund for forskellige måder at definere sundhed på. Begrebet sundhed er socialt formet og er genstand for mange forskellige individuelle, sociale, kulturelle og politiske fortolkninger. Sundhed og sygdom opleves individuelt, men påvirkes af en række faktorer som miljø, kultur, levevilkår mv. Begrebet sundhed er komplekst og værdiladet og betydningen afhænger af konteksten. Forskellige videnskaber og fag ser forskelligt på sundhed. Dette kan være vanskeligt, at navigere i for de professionelle der beskæftiger sig med sundhed (Simowska 2012, a).

I arbejdet med SDM kan der være forskellige sundhedsbegreber i spil. Forskellige faggrupper, patient og pårørende deltager i at udarbejde patientens behandlingsplan. De kan alle have forskellige værdier og meninger om, hvad et sundt valg vil være i den konkrete situation.

Det er værd at bemærke, at Simovskas fokus i forhold sundhedsbegreberne er sundhedsfremme og sundhedspædagogik og dermed er det teoretiske udgangspunkt mere relateret til de humanistiske videnskaber end til lægevidenskaben.

Her redegøres kort for tre forskellige modeller, der har sit udgangspunkt i forskellige sundhedsbegreber ud fra Simovska (2012, a).

5.3.2.1 Den patogenetiske model

Igennem de sidste 200 år har det biomedicinske sundhedsbegreb eller den biomedicinske model været den mest indflydelsesrige. Denne model bygger på et patogenetisk sundhedsbegreb. Det vil sige, at det er orienteret mod sygdom. Den medicinske tilgang er fokuseret på at finde ud af, hvorfor folk bliver syge, og hvordan sygdom kan forebygges og behandles. Patienten opfattes som en mere eller mindre kompliant (passiv) modtager af ekspertens/behandlerens viden, råd og service. Tilgangen kritiseres for ikke at tage højde for målgruppens levevilkår, men for mere at fokusere på livsstil.

5.3.2.2 Den salutogenetiske model

Denne model blev introduceret af Antonovsky. Modellen har modsat den patogenetiske model fokus på, hvad der holder folk raske. Dette kaldes af Antonovsky for et sundhedsfremhævende perspektiv, her opfattes sundhed som et kontinuum fremfor en statisk tilstand. Fokus er her rettet mod de psykologiske mekanismer, som har betydning for måden hvorpå folk håndterer stressorer og andet, der påvirker deres helbred. Antonovsky introducerer ideen om oplevelse af sammenhæng som er centralt for en sund person. Dette består af tre elementer: begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed. Modellen har fokus på hvordan mennesker forbliver sunde selv under vanskelige omstændigheder.

5.3.2.3 Den sociale og øko-holistiske model

Her betragtes sundhed som værende påvirket af mange forskellige faktorer som f.eks. sociale, biologiske, psykologiske, kulturelle, økonomiske mv. Fokus er samspillet mellem omgivelserne og mennesket i hverdagens kontekst. Sundhed fortolkes både som en personlig og social ressource, der har afgørende betydning for livskvalitet. Den enkeltes velbefindende er bestemt af i hvor høj grad vedkommende oplever at have et valg og kontrol over det, der har betydning for personens sundhed og livsstil.

Når patienten, dennes netværk og behandlere skal træffe fælles beslutninger omkring patientens behandling vil alle tre modeller kunne komme i spil. Der vil ofte både være et sygdomsperspektiv, et fokus på patientens måde at skabe mening og håndtere sin situation på, samt inddragelse af den sociale kontekst med fokus på, hvordan patienten skal kunne håndtere sin hverdag efter udskrivelsen. Modellerne vil blive anvendt i analysen af data mhp. at identificere, hvilke tilgange og sundhedsbegreber, der er dominerende i samarbejdet med patienten (Simovska 2012, a).

5.4 Guide til interviews og deltagerobservation

Problemstillingen, som projektet ønsker at belyse, er operationaliseret til interviewguides og guide til deltagerobservation (se appendices). Disse tager udgangspunkt i mit faglige felt, litteratur-review om SDM, mit videnskabsteoretiske udgangspunkt og den præsenterede teori mhp. at søge svar på problemformuleringen og forskningsspørgsmålene.

De semistrukturerede interviewguides (appendix 5-8) kommer omkring forskellige temaer, der er dækkende for problemfeltet. Med inspiration fra Christensen, Nielsen og Schmidt (2012, s.67) er

disse temaer operationaliseret ud fra centrale begreber i litteratur-review om SDM (kap 4.2) og ud fra den teoretiske referenceramme (kap 5.3). Begreberne er omskrevet til temaer i åbne spørgsmål, der kan flyde let under interviewene i et sprog der passer ind i det faglige felt. Det betyder, at begreber som sundhedspædagogik og SDM ikke anvendes, fordi det ikke er almene begreber i det faglige felt, hvorimod et begreb som behandlingsplan bliver anvendt, fordi det er et begreb, der anvendes dagligt.

Herunder præsenteres eksempler på, hvordan undersøgelsens centrale begreber er operationaliseret.

SDM fordrer, at såvel behandleres som patientens viden og præferencer skal i spil når der træffes fælles beslutninger (afsnit 4.2). Jævnfør afsnit om deltagelse og sundhedsbegreber (5.3.2) opleves sundhed og sygdom individuelt. Der ligger forskellige værdier til grund for forskellige måder at træffe valg om sundhed og behandling på. For at belyse disse temaer og begreber stilles følgende spørgsmål til behandlerne:

"Hvordan kommer patientens viden, ønsker og mål i spil, når behandlingsplanen udarbejdes?"

"Hvordan håndteres det, hvis behandlerne har et syn på den bedste behandling, som er modstridende med patientens ønsker og mål?" (Forskellige sundhedsbegreber).

Og til patienterne:

"Blev der lyttet til dine ønsker og erfaringer- det der var vigtigt for dig"

For at belyse ægte og symbolsk deltagelse (Simovska 2012,b) og forskellige deltagelsesgrader (Green & Tones 2010) og for at komme ind på kompleksiteten omkring patienters mulighed for, at være med til at bestemme på et intensivt afsnit, hvor der anvendes tvang, stilles følgende spørgsmål til behandlerne:

"Jeg ved I anvender tvang i behandlingen. Hvad gør I, hvis I er uenige om noget under behandlingsplansmødet f.eks. medicineringen?"

Og til patienterne:

"Har du været med til at træffe beslutninger omkring din behandling, på hvilken måde?"

Tilgangen SDM handler om at træffe fælles beslutninger, og potentialet for empowerment hænger tæt sammen med, i hvor høj grad målgruppen involveres og har indflydelse (afsnit 5.3.1). Følgende spørgsmål stilles derfor til behandlerne:

"Hvilken betydning har patientens deltagelse i at udarbejde behandlingsplanen for det efterfølgende samarbejde mellem patienten og behandlerne? Hvilken betydning har det om beslutningerne i behandlingsplanen er truffet i fællesskab?" (Fælles beslutninger og empowerment)

Og til patienterne:

”Hvilken betydning har det for dig at få indflydelse på din behandling (eller ikke at få det)?”

I litteratur-review afsnit 4.1.3 belyses vigtigheden af, at der udvikles redskaber (decision aids), som kan anvendes, når patienten skal forberede sig på at være med til at træffe beslutninger. Fælles refleksion understøtter ifølge Simovska (2012,b) ægte deltagelse. For at belyse dette stilles dette spørgsmål til behandlerne:

*”Hvad er vigtigt i forhold til at forberede patienten på at deltage i at udarbejde sin behandlingsplan?”
(Decision aids, ægte deltagelse)*

Og til patienterne:

”Har du fået støtte til at forberede dig inden mødet, på hvilken måde”

Inden interviewene går i gang præciseres projektets formål for informanterne. I forhold til behandlerne fremhæves, at formålet er at skabe viden om emnet og ikke en evaluering af deres arbejde. Til patienterne fremhæves det, at jeg ikke behøver at vide noget om deres sygdomshistorie, men interesserer mig for, hvordan de har oplevet at blive inddraget i at planlægge egen behandling.

Informanterne bliver bedt om at komme med konkrete eksempler under interviewet mhp. at komme tæt på deres oplevelser i forhold til konkrete handlinger.

De første interviews med behandlerne indledes med et åbent spørgsmål om, hvad informanterne forstår ved, at patienten har deltaget i at udarbejde egen behandlingsplan. Formålet med dette er, at interviewer og informant får en fælles forståelse for, hvad vi taler om. Det giver samtidig informanten mulighed for at komme med sin umiddelbare mening og forståelse uden at blive ført i en bestemt retning af et tematisk spørgsmål.

Interviewguides vil ikke blive fulgt slavisk, men de vil fungere som en hjælp til at sikre at komme omkring de valgte temaer. Interviewguides efter deltagerobservation er ligeledes inspireret af ovenstående temaer og vil desuden tage udgangspunkt i selve behandlingsmødet.

6 Analyse af data

Data er gennemlæst og lyttet igennem flere gange mhp. at danne et helhedsindtryk af materialet. Derefter er temaer fra det transskriberede materiale noteret i højre margin. Efterfølgende er disse temaer grupperet i overordnede temaer, der danner overskrift til de afsnit, hvori materialet her præsenteres. Derefter er disse afsnit analyseret op imod den teoretiske referenceramme (afsnit 5.3) med fokus på, hvilke udfordringer og muligheder behandlere og patienter oplever i forbindelse med SDM.

6.1 Analyse af interview med sygeplejerske og psykiater

Følgende er en analyse af interviews med hhv. sygeplejerske (s) og psykiater (p), som blev udført inden min deltagelse i et behandlingsmøde med en patient. De eksempler informanterne fortæller om, referer til forskellige situationer med forskellige patienter, der har været med til at udarbejde egen behandlingsplan. Jeg har valgt at analysere de to interviews sammen, fordi de begge omhandler behandlernes generelle oplevelser omkring arbejdet med SDM på det intensive afsnit. Begge interviews er udført med udgangspunkt i appendix 5.

6.1.1 Patientens dagsorden

Dette afsnit handler om, hvordan behandlerne hjælper patienten med at forberede sig til behandlingsplansmødet. Begge behandlere giver udtryk for, at det har stor betydning, at patienten inden mødet har haft tid til at finde ud af, hvad der er vigtigt for den enkelte og, at patienten har ordet fra mødets start.

Inden mødet bliver patienten introduceret til, hvad det vil sige at deltage i et behandlingsplansmøde. Patienten, der fremover benævnes som han, bliver spurgt om han ønsker at deltage. Patienten får udleveret et ark, hvorpå der står: problemliste, kortsigtede og langsigtede mål. Patienten får hjælp af kontaktpersonen til at udfylde dette ark over nogle dage. Kontaktpersonen er en sygeplejerske eller en social- og sundhedsassistent, der er tilknyttet patienten under indlæggelsen.

Sygeplejersken beskriver, at kontaktpersonen støtter patienten i at forberede sig til mødet. Derved anvendes en deltagerorienteret sundhedspædagogik, hvor de professionelle fungerer som konsulenter eller facilitatorer fremfor som eksperter (Simovska 2012,b).

Sygeplejersken beskriver, at det kan være svært for patienten at beskrive sine mål på kort og på lang sigt.

S: ".....Vi kommer tæt på ønsker og drømme for sit eget liv, det kan faktisk være et rigtig svært spørgsmål, som kan kræve nogle dage at sidde og arbejde med.....måske har patienten ikke spurgt sig selv længe; hvad vil jeg egentlig gerne, fokus har måske mere været på det der er svært og på det patienten ikke vil.....Det bliver patientens eget dokument og arbejdsredskab....."

I dette citat ses eksempel på ægte deltagelse, fordi patienten involveres i at reflektere over, hvad der har betydning for hans egen sundhed. Ifølge Simovska (2012,b) arbejdes der med ægte deltagelse, når viden opbygges via refleksion, processer og involvering.

Sygeplejersken fortæller, at patienten bliver vejledt i at tage sit ark med ind til mødet. Patienten får at vide, at det er ham, der indleder mødet med at fortælle, hvad der er vigtigt for ham. Sygeplejersken fortæller, at det har stor betydning, at mødet tager udgangspunkt i patientens dagsorden.

S: ".....Det lægger jo hele linjen for, hvor vi er henne i forhold til patienten.....Nogle gange er de problemstillinger og mål, som patienten fremkommer med nogle HELT andre end vi som behandlere havde forventet.....Vi kan blive meget overraskede."

Citatet viser, at mødet tager udgangspunkt i de mål og problemer som patienten selv har formuleret, hvilket kan være med til at styrke patientens autonomi. At styrke målgruppens autonomi er ifølge Simovska (2012, b) et af formålene med ægte deltagelse.

Psykiaterens beskriver patientens forberedelse på denne måde:

P: "Det er patienten, der møder op med papiret og har dagsordenen...Helt fundamentalt drejer det sig om, at patienterne skal have en bedre livskvalitet, når de går ud af afdelingen, end da de kom ind...Hvis vi skal have mulighed for at styrke deres ressourcer, bliver vi nødt til at vide, hvad de vil."

I citatet viser psykiateren, at der lægges vægt på patientens ressourcer og livskvalitet. Derfor anvendes her værdier svarende til den sociale og økologistiske model. I denne model forbindes sundhed med livskvalitet (Simovska 2012,a).

Sygeplejersken beskriver, at det kan være meget følsomt og svært for patienten at give udtryk for sine ønsker og drømme for fremtiden, men ved at patienterne får fokus på dette, frigives nogle ressourcer hos patienterne.

S: ".....Altså det kan vende hele fokus for patientens liv, tænker jeg....Det kan være rigtig svært og grænseoverskridende, det kan også være meget intimt at sige højt, hvis man har en masse fiaskoer bag sig....Det er så skrøbeligt, fordi man bliver konfronteret med, hvad nu hvis det ikke kan blive sådan, som jeg gerne vil.....Det kan blive vendepunktet for, at patienten kommer mere i kontakt med sig selv."

Citatet viser eksempel på ægte deltagelse, fordi patienten støttes i at reflektere over sine mål og ønsker for fremtiden. Ifølge Simovska (2012,b) arbejdes der med ægte deltagelse, når viden opbygges via refleksion, processer og involvering.

Sygeplejersken beskriver en situation, hvor patienten ikke ønskede besøg af en ambulant behandler i sit hjem. Det viste sig, at årsagen til dette var, at hjemmet var beskidt og patienten ikke havde en støvsuger. Der blev derefter lagt en plan for, at patienten fik en støvsuger og fik påbegyndt rengøring af hjemmet.

Situationen med støvsugeren er et eksempel på ægte deltagelse og et socialt- og økologistisk sundhedsbegreb, fordi patienten ses i sammenhæng med sin kontekst og sundhedsproblemet reflekteres i sammenhæng med individets hverdagsliv, hvilket ifølge Simovska (2012,a,b) kendetegner denne tilgang. Situationen er ligeledes et eksempel på en tilgang, der svarer til den radikale empowerment model, fordi patienten planlægger sammen med behandlerne og er med til at træffe beslutninger. Ifølge figuren inspireret af Green & Tones (2010), der skitserer forholdet mellem deltagelse og empowerment, vil potentialet for patientens empowerment, hermed blive højt.

6.1.2 Det formelle har betydning

Dette afsnit handler om, hvordan behandlerne tillægger forskellige formaliteter betydning for, hvorvidt behandlingsplansmødet får et godt forløb.

Alle behandlingsplansmøder ledes af en koordinator, som er sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent. Koordinatoren indleder mødet med at beskrive rammerne for mødet. Der startes med en præsentationsrunde. Derefter kommer alle til orde efter tur. Patienten indleder og afslutter mødet. Til sidst opsummerer koordinatoren, hvad der er aftalt og besluttet. Mødet tager i alt en halv time (se mødebeskrivelse appendix 10).

Behandlerne fortæller, at det er kommet bag på dem, hvor vigtig koordinatorfunktionen er. Det er ikke alle medarbejdere, der magter denne opgave. Især kan det være en udfordring for nogle social- og sundhedsassistenter, og derfor er de begyndt overvejende at have sygeplejersker som koordinator. Hvis koordinatoren ikke mestrer opgaven, bliver mødet ikke godt, fordi tiden skrider og der bliver uklarhed omkring, hvad der er aftalt. Der deltager ofte flere samarbejdspartnere fra den ambulante psykiatri, socialpsykiatriske botilbud, patientens pårørende mfl. Derfor er det vigtigt, at mødet har en god mødeleder.. Sygeplejersken beskriver dette:

S: "Nogle gange må man (mødelederen) sige; Vi skal videre, vi har noget, vi skal nå.....Nogle gange kan det også være svært at få konsensus på, hvad vi er blevet enige om...altså lave et resume og sige; Det vi har aftalt på det her møde, det er sådan og sådan, så de enkelte parter også har mulighed for at høre det igen"

Psykiateren fremhæver, at det ikke er nyt, at man prøver at samarbejde med patienterne, men det bliver mere direkte og konkret, når patienterne deltager i et formelt møde, hvor beslutningerne træffes.

P: "...På en eller anden måde bliver det mere formelt, når man sidder inde til det der møde og det tror jeg altså gør et eller andet.."

Disse citater viser, hvordan behandlerne samarbejder og beslutter sammen med patienten og dennes netværk ved et formelt møde. Ifølge Green & Tones (2010) styrkes deltagelse og empowerment, når der planlægges og besluttet i fællesskab.

Sygeplejersken beskriver, hvordan nogle af de dårligste patienter formår at holde sammen på sig selv og få formidlet nogle overraskende konkrete problemstillinger.

S: "Det er meget spændende, hvad det gør ved en person pludselig at skulle samle sig og tage det seriøst....Nu er der noget vigtigt, de skal have formidlet."

I ægte deltagelse sker læring via processer og involvering (Simovska 2012,b). I citatet ses eksempel på ægte deltagelse, fordi patienten får mulighed for at formidle det, han har forberedt sig på i flere dage.

Psykiateren beskriver, hvordan behandlingsplanerne bliver konkrete og giver mening - de kan pludselig bruges til noget. Før bestod behandlingsplanerne ofte af generelle vendinger. Nu har de pårørende og patienten nogle konkrete aftaler på skrift, hvor der står, hvem der tager sig af hvad.

P: "I dag er behandlingsplansmøderne ret tunge, fordi der har været så mange aktører ind over.....De bliver ved med at være vigtige på en eller anden måde de der behandlingsplaner.....Jeg tror, at patienterne føler sig mere hørt og at de pårørende er glade for at blive inddragetog så tror jeg heller ikke, at man skal undervurdere det der med, at der kommer noget på skrift ud af det."

Psykiateren beskriver møderne som ret tunge, hvilket han uddyber med, at behandlingsplanerne får stor betydning for samarbejdet omkring patienten, fordi så mange personer fra patientens netværk er inddraget i planlægningen.

Citatet viser eksempel på ægte deltagelse, fordi patientens kontekst inddrages når mange aktører fra patientens netværk deltager i mødet. I ægte deltagelse opbygges viden via fælles refleksion om sundhedsproblemet i sammenhæng med hverdagslivet (Simovska 2012,b). Empowerment vil sige at have kontrol over forhold, der har betydning for ens sundhed. (Green & Tones 2010). Patientens kontrol styrkes i eksemplet i dette citat, fordi patienten får aftaler omkring sin behandling udleveret på skrift. Hermed gives mulighed for, at styrke patientens empowerment.

6.1.3 Et samarbejde i åben dialog

I dette afsnit præsenteres hvilken betydning, behandlerne tillægger en åben dialog med patienterne omkring behandlingen. Dette er særlig vigtigt, når der planlægges en behandling, hvor behandlere og patienter ikke er enige.

På et intensivt afsnit, hvor der ofte anvendes tvang i behandlingen, vil der opstå situationer, hvor patienten og behandlerne har forskelligt syn på, hvad der vil være det bedste for patienten. Psykiateren fortæller her om vigtigheden af, at patienten kender behandlernes overvejelser i forhold til tvangsbehandling.

P: ".....Det har meget at gøre med den der åbne dialog omkring, hvad det egentlig er vi tænker. De kan lige så godt vide det ikke?.....og så skal de selvfølgelig have deres rettigheder at vide".

Sygeplejersken beskriver det på denne måde:

S: "Vi kan jo ikke blive enige om det hele, så er man nødt til at anerkende, at der er noget vi kan blive enige om og noget vi ikke kan blive enige om og så tydeliggøre, hvad det erfor at nuancere det for patienten.....Det er ikke sort eller hvidt.....Vi er ikke kun for eller imod hinanden".

I citaterne anvendes elementer fra den salutogenetiske model, hvor oplevelse af sammenhæng har betydning for, at mennesker kan forblive sunde selv under vanskelige omstændigheder (Simovska 2012,a). Oplevelse af sammenhæng består af tre elementer: begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed. Dette tydeliggøres i disse citater ved, at behandlerne har en

åben dialog med patienten om: Hvad behandlerne tænker. Hvad der er uenighed om, samt ved at patienterne informeres om deres rettigheder i forhold til tvangsbehandlingen.

Når der anvendes tvang i behandlingen er tilgangen traditionel sundhedspædagogik med et biomedicinsk sundhedsbegreb, fordi det i disse tilgange er behandlerne som er eksperter. Her træffes beslutningerne på et medicinsk grundlag (Simovska 2012,b). Der er et lavt deltagelsesniveau og potentiale for empowerment i forbindelse med tvangsbehandling, fordi indflydelse og magt ligger hos behandlerne, og patienten tvinges til at følge instruktioner (Green & Tones 2010).

Begge behandlere fremhæver en episode, hvor en tvangsbehandlet patient deltog i et møde med sin mor og tvangen kunne ophæves under mødet, fordi patienten pludselig indgik i et samarbejde omkring aftaler relateret til behandlingen.

S: "Det har ændret rigtig meget i vores samarbejde.....Fra at der var den der stemning af, at patienten følte, at det var os imod patienten, til at patienten følte sig medinddraget i sådan en grad, at det blev "os" og det blev et fælles arbejde....Til selve mødet kunne vi sidde og ophæve tvangstilbageholdelsen og starte et samarbejde omkring medicinen, som så også blev frivillig.....Det endte med at hun takkede efter mødet og ja, det var en meget ejendommelig oplevelse, at det blev et samarbejde i stedet for modstand."

Citatet viser et eksempel på en tilgang i behandlingen, der ændrede sig fra en traditionel sundhedspædagogik, der bygger på kompliance, hvor patienten skal følge behandlerens/ ekspertens råd, til en mere deltagerorienteret sundhedspædagogik, hvor målgruppen selv har et valg, omkring det der har betydning for egen sundhed (Simovska 2012,b).

Psykiateren understreger, at dialogen om et fælles mål er vigtigt. For en tvangstilbageholdt patient kan det være et fælles mål, at patienten kan komme hjem igen hurtigst muligt.

P: ".....Som regel kan man jo blive enige om et eller andet og her kan vi i hvert tilfælde blive enige om, at hun gerne vil så hurtigt som muligt hjem og det er jo et godt udgangspunkt. Der er i hvert tilfælde en meget væsentlig ting vi arbejder sammen om."

I eksemplet forsøger psykiateren at øge graden af patientens deltagelse. Når patienten er indlagt imod sin vilje, er deltagelsesniveauet helt lavt, fordi patientens ønske bliver ignoreret. Ved at psykiateren fokuserer på et samarbejde om, hvornår patienten kan komme hjem, flyttes deltagelsesniveauet fra, at patientens ønske bliver ignoreret til, at der planlægges sammen. Derved øges deltagelsesniveauet og, ifølge Green & Tones model (2010), dermed også patientens potentiale for empowerment.

Psykiateren beskriver, hvor vigtigt det er, at behandleren ved, hvad patienten tænker er problemet og formålet med indlæggelsen. Han siger, at man som behandler ofte tror, at man arbejder efter samme plan, men så viser det sig, at man har misforstået hinanden.

Psykiateren beskriver et eksempel med en patient, der gerne vil have mere Metadon. Patienten siger, at han har abstinenser og det mener psykiateren ikke, at patienten har.

P: "Så må man jo gå ind i den problematik omkring, hvad betyder det.....Hvorfor tænker du, at du skal have mere Metadon.....Så drejer det sig måske om noget helt andet.....med at man er angst, ikke kan sove eller skylder penge....Alle de her gange gælder det jo om, at finde et sted man kan mødes..."

I dette citat arbejdes med principper for ægte deltagelse, selvom patienten ikke kan træffe et valg om at få mere metadon. Lægen involverer patienten i fælles refleksion omkring sundhedsproblemet og derved opbygger de fælles viden til brug for en fælles løsning. Indenfor ægte deltagelse opbygges viden via fælles refleksion (Simovska 2012,b).

Psykiateren fortæller, at nogle samarbejdspartnere har ønsket et formøde uden patienten, men det har afsnittet fravalgt.

P: "...Der er ikke noget patienten ikke må vide. De skal jo alligevel have alt at vide, så alt foregår ligesom for åbent tæppe..."

Hvis behandlerne mødtes til et formøde, ville dette understøtte en traditionel sundhedspædagogik, hvor behandlerne er eksperter og målgruppen ikke konsulteres (Simovska 2012,b).

Psykiateren oplever, at arbejdet med at inddrage patienten og netværket i behandlingsplanerne, har udviklet en ny behandlingskultur.

P: ".....Jeg tror, at det er en hel kultur. Ligesom da jeg lagde mærke til - der kommer en ny patient og så kommer der en fra personalet ud og spørger; "hvad kan jeg hjælpe dig med"Jeg tror, at det er meget godt, hvis vi hele tiden får den kultur med, at man faktisk er der for patienterne. Vi er en service for patienterne, det tror jeg er rigtig vigtigt..."

6.1.4 Tid

Dette afsnit handler om, hvorvidt behandlerne oplever, at arbejdet med at inddrage patient og netværk er tidskrævende eller tidsbesparende. Hverken psykiateren eller sygeplejersken oplever, at det tager en ekstra tid at inddrage patienterne og deres netværk. De oplever tværtimod, at de sparer meget tid ved dette arbejde.

S: "Vi sparer en masse tid. Vi sparer en masse ærgelser. Vi sparer en masse følelse af, at patienten føler sig misforstået, ved at tage patienten med. Så det er den korteste og hurtigste vej til at få gjort arbejdet- at inddrage patienterne."

P: "Mange af os tror, at det her det tager så lang tid, så det har vi slet ikke tid til.....Men det ender med, at blive en meget kortere indlæggelse, fordi man meget hurtigt finder ud af, hvad det er patienterne tænker, hvad det er, de gerne vil og hvordan vi kan forventnings-afstemme i forhold til det ".

I citaterne fremhæves, at inddragelse af patienten er tidsbesparende, fordi behandlerne hurtigt finder frem til, hvad patienten tænker og gerne vil. Her er igen tale om deltagerorienteret sundhedspædagogik, hvor nøgleordet er patientens valg (Simovska 2012,b).

Psykiateren beskriver, at det er en stor hjælp, at de pårørende tidligt i forløbet kommer ind og fortæller om, hvordan patienten plejer at have det. Det handler især om de patienter, som behandlerne ikke kender i forvejen.

P: ".....Og så sparer man også noget tid, når man får dem (de pårørende) ind ret hurtigt, fordi dem der kender patienten rigtigt godt, de ved, hvordan de (patienterne) plejer, at være når de har det godt"

I citatet anvendes den sociale og økologistisk model, fordi de pårørendes kendskab til patienten inddrages i planlægning af behandlingen. Dermed kan viden om patientens samspil med omgivelserne og problemer i hverdagslivet medtages i planlægningen, hvilket kendetegner denne model (Simovska 2012,a).

6.1.5 Netværk og pårørende

Dette afsnit handler om, hvordan det besluttet, hvem der deltager i behandlingsplansmødet og hvilken betydning behandlerne oplever, at det har for samarbejdet med de pårørende, at de inddrages.

Der inviteres som regel netværk eller familie med til behandlingsplansmødet. Dette aftales i samråd med patienten. Det kan være familie, venner, behandlere fra den ambulante psykiatri, kontaktpersoner fra bosted mv. Her fortæller sygeplejersken, hvad hun gør, hvis der er en, hun tænker, er vigtig at få med til mødet, som patienten ikke vil have med.

S: "Så vil jeg prøve, at spørge ind til, hvad patientens modstand gik på.....Så vil jeg fortælle patienten, hvorfor jeg tænker, at lige præcis den her person kunne være vigtig.....Vi kunne nå et kompromis med, at patienten vil acceptere den samarbejdspartners tilstedeværelse, men ikke lave et løfte om at det vil ende ud med et samarbejde".

Sygeplejersken kan således anbefale, at en behandler fra f.eks. den ambulante psykiatri deltager i mødet, uden at patienten på forhånd har forpligtet sig til at ville samarbejde med denne person efter udskrivelse. Her fortæller sygeplejersken, hvordan hun forholder sig til, hvis der er en pårørende, som patienten ikke ønsker deltager.

S: "så bliver jeg nødt til at få italesat, hvad det handler om og prøve at komme det nærmere, men så må vi også acceptere det patienten siger, og så er det det vi må tage udgangspunkt i lige nu."

I begge citater anvendes en sundhedspædagogik indenfor en radikal empowerment-tilgang. I denne tilgang fokuseres på patientens egne beslutninger (Green & Tones 2010).

Sygeplejersken beskriver, hvordan behandlerne oplever, at det er blevet meget lettere at samarbejde med de pårørende. De pårørende henvender sig til personalet på en anden måde.

S: "Når de kommer til de her møder og ser, hvor mange professionelle, der er til at hjælpe denne her patient, som jo i virkeligheden ikke står helt alene, som mange pårørende måske oplever, så falder de mere til ro.....Det er blevet et mere ligeværdigt samarbejde end modstand. De føler ikke, at de skal kæmpe med os for at få hjælp. Der er kommet meget mere venlighed og imødekommenhed.....Det bliver meget tydeligere for dem, at vi ikke er modstandere.....Mange har beskrevet, at de kan føle sig meget alene med den syge pårørende...."

I citatet anvendes et socialt og økologistisk sundhedsbegreb, hvor fokus er på samspillet med omgivelserne og mennesker i hverdagens kontekst (Simovska 2012,a), fordi der er fokus på samspillet med netværk og pårørende.

Til nogle møder er der mange forskellige faggrupper og behandlere til stede fra forskellige tilbud og sektorer. Psykiateren fortæller her, hvordan dette samarbejde fungerer.

P: ".....Jeg synes, at det er overraskende let at arbejde sammen med de der forskellige aktører. Jeg synes der er en meget stor velvilje.....Det er tit, at man skal igennem, hvad kan man sige, sådan en fase hvor man på en eller anden måde skal få forståelse for, hvorfor man gør som man gør i de forskellige faggrupper.....Der er da selvfølgelig noget afstemning.....F.eks. var der en der spurgte, hvorfor bliver hun udskrevet så hurtig?"

Psykiateren beskriver, hvordan der kan aftales mange ting omkring en kompleks situation, når mange aktører mødes. Der kan laves konkrete aftaler om, hvem der gør hvad og der kommer meget vigtig viden frem om patientens hverdag.

P: "..... Man kan pludselig få ting at vide, som man tænker, at man ellers aldrig ville få at vide. Altså om hvordan de fungerer derhjemme eller nogle detaljer omkring deres hverdag....."

I disse citater ses igen elementer fra den sociale og øko-holistiske model, fordi fokus er på samspillet mellem de mange aktører, der har at gøre med patienten i hverdagens kontekst. Der er tale om ægte deltagelse, fordi sundhedsproblemet reflekteres i sammenhæng med individets hverdagsliv (Simovska 2012,a,b).

6.1.6 Analytiske pointer- udfordringer og muligheder ved SDM

Analysen viser, at såvel sygeplejersken som psykiateren beskriver en praksis præget af en deltagerorienteret sundhedspædagogik indeholdende et socialt og økologistisk sundhedsbegreb og med fokus på ægte deltagelse. Behandlerne anvender elementer fra den radikale model, fordi de har fokus på målgruppens egne beslutninger. Dette vil ifølge Green & Tones (2010) understøtte patientens empowerment-potentiale. Behandlerne har fokus på fælles refleksion og åben dialog med patienterne. Dermed er der mulighed for, at alle involverede kan få deres viden og værdier i spil.

Behandlerne beskriver, hvordan de har udviklet et koncept for patienter og pårørendes deltagelse i behandlingsplansmøder. De er blevet overraskede over, hvor stor betydning det har for mødet, at der er en god mødeleder. Behandlerne er begejstrede for at inddrage patienten og dennes netværk i at planlægge behandlingen. De oplever, at de har fået et meget bedre samarbejde med

såvel patienter som pårørende. Desuden er indlæggelserne blevet kortere og nogle tvangsforanstaltninger kan ophæves. Behandlerne oplever, at arbejdet har udviklet en serviceorienteret behandlerkultur, og at det er tidsbesparende at inddrage patienten og dennes netværk.

6.2 Analyse af interviews med to unge piger

Her analyseres interviews med to unge piger vha. interviewguide (appendix 8). Tilfældigvis havde begge haft alvorlige spiseforstyrrelser og fået diagnosticeret skizofreni under aktuelle indlæggelse. Jeg interviewer dem hver for sig, men de fortæller i høj grad den samme historie. Den ene pige kaldes Rita den anden Mia. Begge piger er få af ord og svarer kortfattet på spørgsmål. Derfor er materialet relativt sparsomt, men der er værdifulde citater i blandt, der beskriver pigernes oplevelser i forbindelse med at deltage aktivt i egen behandling og hvilken betydning dette har haft for dem.

6.2.1 Samarbejde med behandlerne

Dette afsnit beskriver, hvordan pigerne har oplevet samarbejdet med behandlerne omkring inddragelse i egen behandling og hvilken betydning dette har haft for dem.

Rita beskriver, hvordan hun i samarbejde med behandlerne fandt frem til, hvad hun gerne ville arbejde med. Indimellem var der så kaotisk i hendes hoved, at det var en hjælp, at behandlerne hjalp hende med, at beslutte hvad hun skulle tage fat på.

R: "Det er lidt svært nogen gange selv, at se hvor man skal sætte ind.....jeg synes de har været gode til, at sige tingene åbent.....det var helt åbenlyst, at det var min egen beslutning og det var mit eget valg, hvad man skulle sætte ind over for, men de har sådan hjulpet mig lidt på vej."

I citatet ses ægte deltagelse, fordi Rita bliver involveret i refleksion omkring hendes sundhedsproblem. Tilgangen i citatet er en deltager orienteret sundhedspædagogik (Simovska 2012,a,b), hvor nøgleordet er valg og der anvendes elementer fra den radikale model (Green & Tones 2010), fordi der er fokus på Ritas egne beslutninger.

Mia fortæller, at hun har haft et tæt samarbejde med sine kontaktpersoner omkring behandlingen, og hun følte at de talte til hende, som var de på samme niveau. Hun beskriver, hvordan kontaktpersonerne i samarbejde med hende, fandt frem til, hvordan hun kunne håndtere situationen, når hun havde det psykisk dårligt.

M: "så har de spurgt, hvad har du ellers prøvet at gøre, hvad kunne vi gøre nu, hvad ville du have det bedst med.....så det har været sådan, at få et kærligt skub bag i, og det er jo fint nok."

I citatet ses en sundhedsfremmende tilgang, der bygger på ægte deltagelse (Simovska 2012,b), fordi Mia involveres i en fælles refleksion om, hvilke handlinger der kan forbedre hendes sundhed og styrke hendes evne til at håndtere situationer, hvor hun har det psykisk dårligt.

Mia beskriver, hvilken betydning det tætte samarbejde med behandlerne har haft for hendes relation til dem.

M: "Det får jo den betydning, at man skaber et meget tættere bånd til personalet, hvilket jeg føler er ekstremt vigtigt, når man er i sådan en sårbar situation.....jeg har bare fået opbygget sådan et tæt tillidsbånd til alle."

I den sociale og økologistiske model er fokus på samspillet mellem omgivelserne og mennesket, hvor den enkeltes velbefindende styrkes ved, at vedkommende har valg og kontrol over det, der har betydning for personens sundhed. (Simovska 2012,a). I citatet anvendes elementer fra denne model, fordi Mias velbefindende er styrket ved det tætte samarbejde med behandlerne, hvor Mia er blevet involveret i sin egen behandling.

6.2.2 Håb og viljestyrke

I dette afsnit beskriver pigerne hvordan involvering i behandlingen, har været med til at styrke deres håb og viljestyrke.

Rita oplever, at hun under denne indlæggelse har følt sig inddraget på en helt anden måde, end da hun var indlagt på samme afsnit for et år siden. Hun beskriver hvilken betydning dette har haft for hende.

R: "Det er som om, at man bliver taget mere seriøst..... de ser mere på, hvorfor er det som det er nu, hvad kan vi gøre og hvad kan du selv gøre.....Det giver lidt mere håb.....nu tror jeg på, at denne her gang så skal jeg nok blive rask og så skal jeg ud og leve livet rigtigt....det er sådan en følelse, jeg får, at denne her gang der bliver det gjort ordenligt."

Ægte deltagelse muliggør målgruppens handlemuligheder og ejerskab i sundhedsprocessen (Simovska 2012,b), da højere grad af deltagelse øger potentialet for empowerment. Individuel empowerment er forbundet med selvværd (Green & Tones 2010). I citatet ses, at den deltagerorienterede tilgang har fået Rita til, at føle at hun bliver taget seriøst, hvilket har givet hende mere håb og tro på, at hun bliver rask og kan komme ud og leve sit liv. Hun har opnået højere grad af selvværd og empowerment.

Mia beskriver på samme måde, at det at hun er blevet taget alvorligt, er blevet inddraget og har været med til at træffe beslutninger, har givet hende mere håb og viljestyrke.

M: "Så bliver man bare mere "determined", eller hvad man siger, så får man det sådan, at man gerne vil og nu skal det være nu og nu skal man blive rask- i hvert tilfælde komme videre..... hvis man selv er inddraget, så ved man, hvad der er aftalt, så tror jeg bare, at det skaber mindre forvirring og mindre kaos."

I citatet ses, at Mias har fået styrket sit selvværd og individuelle empowerment, fordi hun er blevet mere "determined"- beslutsom og målrettet. Hun har fået noget viljestyrke og er begyndt at tro på, at hun kan blive rask.

6.2.3 Netværk og pårørende

Dette afsnit beskriver, hvilken betydning det har haft for de to piger, at deres netværk er blevet inddraget i deres behandling.

Mia fortæller, at hendes forældre, hendes bror og dennes kæreste har deltaget i flere samtaler med læge, psykolog og kontaktperson, sammen med Mia. Hun har selv valgt, hvor meget familien skulle involveres.

M: "hvor de kom ind og kunne fortælle deres side af historien, hvordan de havde oplevet mig stort set gennem hele mit liv, hvor de ligesom fik fortalt deres historie og kunne stille de spørgsmål de havde"

I citatet ses en tilgang der bygger på et socialt og økoholistisk sundhedsbegreb og ægte deltagelse, fordi der er fokus på at inddrage konteksten- familiens historie. Hermed kan sundhedsproblemet kan reflekteres i sammenhæng med individets hverdagsliv (Simovska 2012,a+b). Mie har selv valgt, hvor meget familien skulle inddrages. Derfor ses elementer fra den radikale model, hvor nøgleordet er individets egne beslutninger.(Green & Tones 2010)

Rita fortæller, at hendes forældre inden den aktuelle indlæggelse ikke har vidst, at hun var syg, selvom hun har været alvorligt ramt af selvskadende adfærd og spiseforstyrrelse. Forældrene har været til en samtale sammen med Rita under denne indlæggelse, og det synes Rita har været rart. Rita skal udskrives til et ambulante behandlingstilbud, og hun fortæller, at hendes kontaktperson fra dette tilbud har været med til et møde. Rita har været indlagt på det samme intensive afsnit for et år siden, hun oplever, at hun og netværket bliver inddraget meget mere i behandlingen nu end tidligere.

R: "Det synes jeg er meget rart, de (det ambulante team) bliver inddraget, så når jeg bliver udskrevet, så skal jeg ikke starte helt fra nul.....Det kræver meget energi, at skulle starte på nul og starte nye behandlere. Så jeg synes, at det er rigtig fint, at dem fra OPUS (det ambulante team) har været med herinde og ligesom klargøre ens udskrivelse.....det er bedre nu, hvor man er viklet ind i det hele selv og er med i, hvad der skal ske."

I citatet ses en deltagerorienteret tilgang der bygger på ægte deltagelse og et økoholistiske sundhedsbegreb (Simovska 2012,a+b), hvor der er fokus på involvering og inddragelse af konteksten, fordi Rita føler sig involveret i, hvad der skal ske og fordi familien og de ambulante behandlere har været inddraget. Dette har stor betydning for Rita, fordi hun ikke skal starte forfra med nye behandlere efter udskrivelse.

6.2.4 Analytiske pointer- udfordringer og muligheder ved SDM

Analysen viser, at begge piger beskriver et samarbejde med behandlerne, hvor de i høj grad har været involverede og har reflekteret i samarbejdet med behandlerne. De har selv været med til at træffe beslutninger omkring deres behandling, og deres netværk har været inddraget. Der har været mulighed for inddragelse af både pigernes og de pårørendes viden. Analysen viser, at behandlerne anvender en deltagerorienteret tilgang indeholdende et socialt og økoholistisk

sundhedsbegreb og med fokus på ægte deltagelse. Der anvendes elementer fra den radikale model, der har fokus på målgruppens egne beslutninger. Analysen viser, at denne deltagerorienterede tilgang understøtter pigernes personlige empowerment svarende til Green & Tones model (2010). Pigerne har oplevet et ligeværdigt og seriøst samarbejde med behandlerne, hvilket har skabt tætte bånd og pigerne har følt mindre kaos og forvirring. De har begge fået mere håb for fremtiden og tro på, at de kan blive raske eller kan komme videre med livet.

6.3 Analyse af deltagerobservation

Patienten er en kvinde i 50'erne som lider af manio-depressiv sygdom. Hun kaldes her Marie. Marie har været indlagt det meste af tiden det sidste halve år på såvel alment som intensivt afsnit. De seneste uger har hun været på det intensive afsnit, hvor jeg genererer mine data. Marie har været i en svær manisk fase. Hun har kastet med og spist sin afføring og været udad-reagerende. Hun har været bæltefikseret og fået beroligende medicin med tvang. Den sidste tid har hun fået noget nyt medicin, da man pga. svære bivirkninger har været nødt til at stoppe behandlingen. Marie ønskede i en periode ikke ECT-behandling (elektro-chock), men den sidste uge har hun accepteret denne behandling og er nu i betydelig bedring. Hun er præget af bivirkninger fra ECT i form af hukommelsestab.

Der er planlagt et møde med Marie, hendes to voksne sønner, kontaktpersonen og psykiateren. Behandlerne har spurgt, om jeg må deltage og det må jeg godt. Jeg har været forbi på afsnittet nogle dage forinden og fået bekræftet af Marie, at jeg må deltage. Hun har fået udleveret information om projektet og hun har underskrevet samtykke. Marie vil gerne deltage i et interview efter mødet, og hun spørger spontant, om jeg også vil interviewe hendes sønner efter mødet, hvilket jeg takker ja til.

Da jeg kommer til afsnittet for, at deltage i mødet kan Marie ikke huske, hvorfor jeg skal deltage. Jeg fortæller dette og får godkendelse på ny. Der er noget forvirring, fordi Maries sønner ikke er mødt op. Mødet påbegyndes uden sønnerne. Der deltager ikke en ordstyrer til mødet, fordi der er få mødedeltagere tilstede.

Vi sidder i et mødelokale ved et aflangt bord. Psykiateren sidder overfor Marie. Kontaktpersonen sidder ved siden af Marie og jeg sidder ved siden af psykiateren. Samtalen føres overvejende mellem psykiateren og Marie. Alle bærer privat tøj. Der er et vindue i lokalet og der er ingen støj.

Marie har foruden hukommelsessvækkelse efter ECT fortsat svære bivirkninger af medicinen i form af rysten og indre uro, selvom hun er ophørt med medicinen. Marie virker anspændt og svært frustreret. Hun ser indimellem ned i bordet. Det bliver et kort møde på 13 minutter, der bærer præg af Maries høje frustrationsniveau.

6.3.1 Hvor hyppigt skal Marie have ECT?

Marie og behandlerne har aftalt, at Marie skal have vedligeholdelses-ECT, hvilket betyder, at hun skal have ECT i en lang periode også efter udskrivelse. Marie er bekymret omkring ECT-

behandlingen og samtalen indledes med, at Marie(M) spørger psykiateren (P), hvor hyppigt hun skal have ECT. Psykiateren fortæller, at det sandsynligvis vil være sådan, at man starter med tre behandlinger om ugen. Dette vil gradvist blive reduceret, afhængigt af virkning og bivirkning. Marie siger;

M: "Det lyder jo forfærdeligt".

Og dertil svarer psykiateren;

P: "Ligesom med medicinen kan man ikke på forhånd vide, hvor mange bivirkninger man får og hvor god effekten er. Vi håber alle sammen på, at du ikke får bivirkninger og, at det har en god effekt, men man kan ikke vide det, før man har prøvet det det vil afhænge af hvordan du har det.....Det påvirker din hukommelse når du får mange behandlinger. Det skal jo være sådan, at du stadigvæk kan koncentrere dig og huske, ikke?"

I citatet ses, at psykiateren forsøger, at informere åbent om behandlingen samtidig med, at han forsøger, at bevare et håb om at behandlingen vil fungere. I citatet anvendes elementer fra forebyggelsesmodellen, der bygger på den biomedicinske tilgang til sundhed (Green & Tones 2010), fordi psykiateren som ekspert giver information og specifik viden om behandlingen. I citatet ses elementer fra flere modeller (Simovska 2012,a); Den patogenetiske, fordi fokus er på hvordan sygdommen kan behandles. Den salutogenetiske, fordi psykiateren prøver, at imødekomme Maries bekymring og skabe mening i forhold til, at hun skal fortsætte med ECT-behandling. Den øko-holistiske model, fordi psykiateren har fokus på, at det er vigtigt at bevare Maries livskvalitet og velbefindende, ved at bevare hendes hukommelse og koncentration.

I citatet nedenfor udtrykker Marie svær bekymring for såvel sit sygdomsforløb som behandlingen, og psykiateren prøver at bevare Maries motivation i forhold til at fortsætte med ECT. Hvis Marie afviser behandling med ECT på nuværende tidspunkt, hvor hun er ophørt med medicin, vil risikoen for endnu en svær psykose og muligvis mere tvangsbehandling, være meget stor.

M: "Jeg synes godt nok, at det ser sort ud med hensyn til min sygdom, at holde den i skak. Det er fuldstændig uholdbart, hvis jeg skal have ECT en eller to gange om ugen."

P: "Det skal du heller ikke på lang sigt, men på en eller anden måde skal vi prøve, at se om vi kan bryde det her og få noget mere stabilitet Grunden til, at vi har talt med dig om ECT, det er jo netop fordi, det er så effektivt, som det er. "

I citatet dominerer den patogenetiske model (Simovska 2012,a) og forebyggelsesmodellen (Green & Tones 2010), der begge bygger på en biomedicinsk tilgang og traditionel sundhedspædagogik (Simovska 2012,b) og hvor der anvendes symbolsk deltagelse (Simovska 2012,b). I disse tilgange er behandleren en ekspert og patienten en modtager af råd og information og der er fokus på sygdom, risiko og overtalelse. I citatet prøver psykiateren at overtale Marie til at fortsætte med ECT-behandlingen mhp. at forebygge en risiko for, at hendes sygdom bryder frem igen.

Samtalen afbrydes ved, at Maries telefon ringer. Det er Maries søn, der ringer. Det viser sig, at hun havde glemt at invitere sønnerne med til samtalen. Telefonsamtalen afsluttes og det aftales, at sønnerne bliver inviteret til en ny samtale. Psykiateren siger, at det kan blive på det almene afsnit, fordi Marie har en aftale med psykiateren om, at hun snart skal overflyttes. Marie siger, at hun gerne vil overflyttes samme dag.

6.3.2 Overflytning til alment afsnit

Derefter handler samtalen om, hvornår Marie kan blive overflyttet til et alment afsnit. Psykiateren vil gerne vente til, at psykiateren på det almene afsnit er på arbejde, så de sammen kan aftale overflytningen. Psykiateren fortæller, at han på middagskonferencen får besked om, hvorvidt den anden psykiater kommer om en eller to dage. Marie ønsker overflytning straks, men psykiateren er bekymret for, om Marie er for dårlig til at blive overflyttet til det almene afsnit.

M: "Jeg vil gerne have, at du bakser mig over på åbent afsnit i dag. Jeg føler simpelthen, at jeg er gået fuldstændig i stå her..... og jeg føler slet ikke at jeg får det bedre. Der skal ske et skift."

P: "Jeg kan godt forstå dig nu og det har også været lang tid."

I citatet anvender psykiateren elementer fra en deltagelsesorienteret tilgang med ægte deltagelse (Simovska 2012,b), fordi han prøver, at anerkende Maries ønske om en overflytning og viser forståelse for hendes frustration omkring, at hun ikke føler at hun har fået det bedre. Han efterkommer dog ikke Maries ønske og derfor er deltagelsesniveauet lavt.

Derefter forklarer psykiateren, at det har været nødvendigt for Marie, at være på intensivt afsnit i den periode, hvor nyt medicin er blevet afprøvet, fordi Marie pludselig kan blive meget dårlig. Han gentager, at de skal lave en aftale om overflytning til det almene afsnit, når psykiateren derfra er tilbage på arbejde.

I beskrivelsen i ovenstående afsnit forsøger psykiateren at anvende elementer fra en deltagelsesorienteret tilgang med ægte deltagelse, hvor viden opbygges via fælles refleksion, fordi han involverer Marie i baggrunden for, at hun har været nødt til at være på intensivt afsnit. Han forsøger at øge deltagelsesniveauet ved at planlægge en overflytning sammen med Marie. Graden af deltagelse øges ved fælles planlægning (Green & Tones 2010).

Derefter siger Marie;

M: "Jeg er ved at springe i luften".

Og psykiateren svarer;

P: "Ja, men det er jo meget naturligt, hvis man føler, at man er til opbevaring, og at der ikke rigtig sker så meget, som du siger, ikke?"

I citatet viser psykiateren anerkendelse uden at efterkomme Maries ønske om, at blive overflyttet med det samme. Psykiateren forsøger at lede samtalen hen på ansøgning om et botilbud til Marie

og planlægning af en ny samtale med Maries sønner, men Marie vender tilbage til ønsket om straks at blive overflyttet til alment afsnit.

Dette er ikke citeret, fordi det var meget usammenhængende, men psykiateren forsøger at have en deltagerorienteret tilgang med et økoholistisk sundhedsbegreb, hvor konteksten og hverdagslivet bringes i spil (Simovska 2012,b), fordi han tager Maries boligsituation og inddragelse af hendes sønner op. I forhold til overflytningen er der en meget lav deltagelsesgrad (Green & Tones 2010), fordi psykiateren ignorerer Marie ønske om overflytning og skifter emne.

Psykiateren spørger, om der er andre ting, Marie ønsker at tale om. Marie spørger, hvilken dosis medicin hun skal have, fordi de har aftalt, at hun igen begynder på den medicin hun fik, inden hun blev indlagt.

M: "Når jeg får Seroquel, så har jeg aldrig problemer med at sove, men vi skal finde ud af hvilken dosis jeg skal have, hvad synes du jeg skal have?"

P: "Jamen der tænker jeg jo, at man vil trappe op på den dosis, som du har haft det godt på sidst, fordi det tænker jeg giver mest mening. Vi ved jo, at du har kunnet tåle det før, selv om du også har haft nogle bivirkninger til det. Men det er den dosis, du har været mest stabil på, selvom du også har fået det dårligt nogle gange. Det er jo derfor, at vi har prøvet den anden type medicin ikke? Skal vi sige det, Marie?"

Dette citat indeholder elementer fra ægte deltagelse (Simovska 2012,b), fordi psykiateren deler sine refleksioner omkring medicinen med Marie, og fordi Marie er med til at beslutte medicindosis.

Samtalen afsluttes, og psykiateren ønsker Marie en god dag.

6.3.3 Analytiske pointer- udfordringer og muligheder ved SDM

Analysen viser, at tilgangen i behandlingsmødet overvejende tager udgangspunkt i den patogenetiske model (Simovska 2012,a) og forebyggelsesmodellen (Green & Tones 2010), der begge bygger på en biomedicinsk tilgang og traditionel sundhedspædagogik, hvor der anvendes symbolsk deltagelse (Simovska 2012,b). Psykiateren prøver under mødet at fastholde Maries motivation for, at fortsætte med frivillig ECT-behandling, samt hendes motivation for at blive frivilligt i afdelingen et par dage mere. Dette kan anses som overtalelse til, at følge ekspertens råd om den rette behandling. Psykiateren forsøger at anvende elementer fra mere deltagelsesorienterede tilgange, men det er vanskeligt, dels fordi Marie er bekymret over at skulle have vedligeholdelses-ECT, dels fordi hun har et meget stærkt ønske om, at blive overflyttet til en anden afdeling med det samme.

6.4 Analyse af interview med psykiater og kontaktperson

Følgende er en analyse af interview med behandlere lige efter deltagerobservationen. Jeg anvendte ikke direkte min interviewguide (appendix 6), men lod mig inspirere af deltagerobservationen og spurgte ind til det, der virkede relevant i situationen. Jeg har

efterfølgende nedskrevet de spørgsmål som interviewet kom omkring (appendix 7). Herunder analyseres denne samtale.

6.4.1 Patientens tilstand

Psykiateren (p) indleder med, at fortælle hvilken tilstand Marie var i, da hun kom til afsnittet i det aktuelle forløb. Marie har en læderet hukommelse, dels fordi det er en bivirkning til de ECT-behandlinger hun får, dels fordi hun ikke kan huske, hvad der foregår når hun er i en akut psykotisk fase. Når psykosen klinger af, begynder hun at kunne huske, hvad der skete, mens hun var psykotisk.

P: "Denne her gang, der gik det helt skævt. Da hun kom herved kom hun i bælte. Så fik hun en masse, ikke ret store doser medicin og så sagde hun ja til ECT og så er hun faktisk blevet meget hurtigt bedre. Når hun kommer i denne her fase så begynder hun, at kunne huske hvad der er sket."

I dette citat beskriver psykiateren en situation, hvor Marie blev tvangsfikseret og fik beroligende medicin med tvang. I tvangssituationer er der ikke tale om deltagelse, fordi behandlerne handler imod patientens vilje. I citatet ses, at Marie på et tidspunkt accepterer at følge behandlernes råd om at modtage ECT-behandling. Når patienter følger behandlernes råd og ordinationer anvendes en traditionel sundhedspædagogik (Simovska 2012,b), men ud af citatet kan jeg reelt ikke se, hvilken tilgang behandlerne har anvendt, da Marie sagde ja til ECT.

6.4.2 ECT?

Marie fik i sin dårlige fase tilbudt ECT behandlinger, men afviste det. Siden har hun accepteret og fået nogle få behandlinger, der har gjort, at hun har fået det bedre. Nu hvor hun er i bedring, men generes af bivirkninger i form af hukommelsestab, bliver hun i tvivl om, hvorvidt hun vil fortsætte med behandlingen.

Kontaktpersonen fortæller, at Marie lige inden aktuelle møde, havde spurgt, hvorfor behandlerne havde været så længe om, at give hende ECT. Begrundelsen for dette er, at der ikke var indikation for at tvangsbehandle med ECT, og Marie afviste at få det frivilligt. Psykiateren fortæller, at det er meget vanskeligt, at Marie ofte skifter mening omkring, hvilken behandling hun ønsker:

P: "Først ville hun ingenting og var meget aggressiv og så ville hun pludselig alt....det der gør det rigtig svært, det er jo, at lige da hun kom her og fik det bedre, der sad hun nærmest og græd og spurgte hvorfor jeg ikke havde givet hende det med tvang...nu skrider det ligesom det har gjort så ofte før, nu begynder hun at blive kritisk over for det."

I citatet fortæller psykiateren, hvor vanskeligt det er at involvere Marie i sin behandling, fordi hun skifter mening og hendes psykiske tilstand skifter fra aggression til at være ked af det. En deltagerorienteret sundhedspædagogik, hvor nøgleordet er valg (Simovska 2012,b) er en tilgang, der er vanskelig at anvende i perioder, hvor Marie ofte skifter mening, er aggressiv og ikke ønsker behandling.

6.4.3 Frustration og anerkendelse

Psykiateren har forsøgt at give Marie noget andet medicin, men det har givet så voldsomme bivirkninger, at Marie og behandlerne nu er blevet enige om, at gå tilbage til det præparat, som Marie har fået i lang tid op til indlæggelsen. Psykiateren fortæller, at Marie er meget frustreret, og hun føler, at hun har været til opbevaring, fordi man ikke har fundet frem til en ny og bedre behandling til hende. Han siger:

P: "Og det prøver jeg at være anerkendende overfor, det tænker jeg faktisk, at hun har ret i.....hun er selvfølgelig slidt af det her, hun har prøvet to forskellige præparater, hun har fået bivirkninger, nu vil hun bare have det hun fik før, samtidig med, at hun jo også har bekymringer". (bekymringer for om det ikke virker godt nok og hun skal blive syg igen).....nu er det bare lige pludselig sådan, at vi er slået lidt tilbage til start, ikke?"

I citatet anerkender og deler psykiateren Maries frustration over den manglende effekt af behandlingen. En deltagerorienteret tilgang med fokus på ægte deltagelse, bygger på involvering af målgruppen via fælles refleksion og nøgleordet er valg (Simovska 2012, a, b). Af citatet fremgår det, at psykiateren og Marie sammen har reflekteret over den manglende effekt af de afprøvede præparater, og at de sammen har besluttet at gå tilbage til den medicin hun fik før. Derfor ses en deltagerorienteret tilgang og ægte deltagelse.

6.4.4 Åben dialog

Psykiateren fortæller, at det kan være et dilemma, hvor meget han skal fortælle Marie omkring behandlingsudsigterne. Fakta er, at han ikke ved, hvor godt Marie vil kunne tåle vedligeholdelsesbehandlingerne med ECT. For mange behandlinger giver hukommelsestab og for få behandlinger giver risiko for, at Marie bliver akut psykotisk igen. Derfor er det et dilemma, hvor åben han skal være, når han reflekterer over behandlingen sammen med Marie.

P: "Vi prøver, at være så ordentlige som muligt, indenfor de rammer vi kan.....sådan som det står nu, så er risikoen for, at vi havner i samme situation tårn høj. Det er en del af hendes frustrationer, det ved hun godt.....Hvor meget skal man lægge vægt på worst case senarie....og hvor meget- altså det skal heller ikke males lyserødt.....det er en rigtig svær balancegang.....hvis jeg maler et senarie op, som kan skræmme hende så meget, så hun siger- jamen så kan jeg lige så godt stoppe i dag.....så har vi en situation med en patient som bliver pivedårlig lyn hurtigt"

I citatet beskriver psykiateren, at han prøver at involvere Marie i behandlingsudsigterne og reflektere over fordele og ulemper sammen med Marie. Psykiateren tilstræber i citatet ægte deltagelse, men giver udtryk for, at det er en meget svær balancegang at involvere Marie. Hvis han er for positiv omkring behandlingsmulighederne, vil det være uærligt. Hvis han er for negativ, kan det skræmme Marie til at stoppe behandlingen, hvilket hurtigt kan medføre, at hun bliver akut psykotisk igen.

6.4.5 Håb og fælles mål

Kontaktpersonen (k) fortæller, at Marie blev skilt efter sidste indlæggelse for ca. et halvt år siden. Hun havde håbet på at få et bedre liv, men hun har været indlagt det meste af tiden siden. Nu har Marie sammen med behandlerne lagt en plan for, at Marie skal flytte på et socialpsykiatrisk botilbud.

K: "Jeg tænker, at det eneste der har rykket, det er ansøgningen på socialt bofællesskab, for den har hun faktisk holdt fast i."

I citatet anvendes elementer fra en deltager orienteret tilgang, hvor nøgleordet er valg (Simovska 2012,b) og et økoholistisk sundhedsbegreb, hvor der er fokus på sociale faktorer i hverdagens kontekst (Simovska 2012,a).

Psykiateren fortæller, at der er et godt samarbejde med Maries to sønner. Både sønnerne, Marie og behandlerne er interesserede i, at Marie kommer til at fungere bedre.

P: "Så der har vi en fælles interesse"

I citatet ses elementer fra en deltagerorienteret tilgang, hvor målgruppens kontekst inddrages (Simovska 2012,a), fordi der er fokus på at inddrage Maries sønner, og der er fokus på at finde et fælles mål.

6.4.6 Analytiske pointer- udfordringer og muligheder ved SDM

Analysen viser, at behandlerne anvender helt forskellige tilgange i behandlingen af Marie afhængigt af situationen. Tilgangen i behandlingen skifter imellem situationer helt uden deltagelse, hvor Marie tvangsbehandles, til situationer, hvor de kan involvere Marie i refleksion om behandlingen, og hvor hun selv kan være med til at træffe beslutninger. Behandlerne giver udtryk for, at det er vanskeligt at involvere Marie i beslutninger omkring hendes behandling, fordi behandlingsudsigterne er meget usikre, og fordi Marie ofte skifter mening.

6.5 Analyse af interview med patient

Kort efter ovenstående interview, taler jeg med Marie. Det er ca. en halv time efter, at behandlingsmødet fandt sted. Vi sidder i et samtalerum overfor hinanden med et bord imellem os. Marie virker anspændt og frustreret ligesom under mødet. Det bliver en kort samtale, hvor Marie indimellem svarer usammenhængende og på noget andet, end jeg har spurgt om. Marie er under hele interviewet mest optaget af frustration omkring, at den medicinske behandling ikke har virket efter hensigten, og at hun nu skal tilbage på den medicin hun fik før indlæggelsen.

6.5.1 Frustration

Jeg starter med at stille et åbent spørgsmål om, hvordan Marie oplever at deltage i sådan et behandlingsmøde.

M: "Jeg kan sige, at jeg er sådan lidt panisk med min behandling.....det har givet store bivirkninger og det har jeg så skulle igennem rent fysisk og det er rigtig ubehageligt..... og så er det mig selv, der har sagt, hvad med ECT? Ja, jeg synes ikke, at det er nogen særlig rar fornemmelse."

I citatet giver Marie udtryk for, at hun selv har truffet beslutning om at få ECT-behandling, men at det ikke er en rar fornemmelse. Der er en høj deltagelsesgrad, men Marie giver ikke udtryk for en oplevelse af empowerment.

Marie fortæller, at hun oplever, at det er i blinde, når hun foreslår at komme tilbage på den medicin, hun fik før eller at få ECT-behandling. Jeg spørger om hun oplever, at det er svært, at behandlerne spørger til, hvad hun selv ønsker.

M: "Jeg siger hvad jeg vil, og der synes jeg, at det er problematisk, at jeg sidder med sygdommen og skal sidde og sige.....jeg skal ligesom selv sørge for min egen helbredelse og det synes jeg ikke er hensigtsmæssigt."

I citatet giver Marie udtryk for, at det er problematisk at være med til at træffe beslutninger omkring behandlingen. Det giver hende ikke håb, mening og kontrol over eget liv at være med til at træffe beslutninger.

Marie fortæller, at det er ubehageligt at blive inddraget i behandlingen, fordi hun kommer til at følge sig som et håbløst tilfælde.

M: "Jamen jeg går ud fra, at der ikke er nogen måde at løse problemet på, og det bliver jeg så også inddraget i, og det er så også ubehageligt. At være inddraget i, at ens sygdom ikke kan være på et neutralt niveau.....det er ligeså meget psykiateren, der ikke ved, hvad han skal stille op, og så bliver man jo inddraget i den frustration."

I citatet giver Marie udtryk for magtesløshed, fordi det ikke er lykkedes at finde den rette behandling. Marie har en lav grad af empowerment. Empowerment kan ses som synonym for positiv sundhed og trivsel dvs. at have kontrol over forhold, der har betydning for ens sundhed (Green & Tones 2010). Marie trives ikke, og hverken Marie eller behandlerne har kontrol over behandlingen.

Jeg spørger om det ville være bedre, hvis behandlerne tog beslutninger omkring behandlingen uden at tale så meget med Marie om det.

M: " Nej men det har de jo gjort og så kom jeg bare i gamle præparater med kendte bivirkninger- jeg synes, at det er sådan ud i blinde."

Marie giver både udtryk for, at hun bliver inddraget, og at der træffes beslutninger uden at inddrage hende. Hun siger både, at det er svært at blive inddraget, og at hun vil bestemme selv.

6.5.2 Analytiske pointer

Analysen viser, at det er meget svært for Marie at blive inddraget i beslutninger omkring sin behandling, fordi behandlingen ikke har haft den ønskede effekt. Marie har en lav grad af empowerment, der er ikke kontrol over hendes behandling og dermed hendes sundhed, fordi hun har mange bivirkninger og ringe effekt af medicinen. Marie ønsker medinddragelse, men bliver magtesløs og frustreret over, at der ikke rigtig findes en god løsning. Det er således en stor udfordring for Marie at blive inddraget i egen behandling på nuværende tidspunkt.

7 Diskussion af analysen

Jeg vil her vha. mit litteratur-review og anden forskning diskutere de udfordringer og muligheder ved SDM, som analysen har vist, samt hvilke implikationer dette kan have for psykiatrisk praksis i fremtiden. Dette mhp. at lede frem til en faglig konklusion på projektets problemformulering. Diskussionen præsenteres i afsnit der relaterer til forskningsspørgsmålene (afsnit 2).

7.1 Inddragelse af patienters og behandleres viden og værdier

Behandlerne beskriver (afsnit 6.1), hvordan de støtter patienten i at nedskrive dennes personlige mål for behandlingen på et ark behandlerne har udarbejdet. Patienten anvender det udfyldte ark som hjælperedskab ved behandlingsmødet. De beskriver ligeledes, at deres møde er struktureret sådan, at patienten er den første der taler til mødet således, at patientens mål og ønsker kommer til at præge dagsorden. Der er en ordstyrer tilstede, der sikrer, at alle får mulighed for at komme til orde. På denne måde bliver det muligt for alle mødedeltagerne at bringe deres viden og værdier i spil. Ordstyrer opsummerer beslutninger til sidst, og patienten får udleveret behandlingsplanen på skrift.

Behandlerne beskriver, at de lægger meget vægt på åben dialog med patienten, så de sikrer, at behandlere og patienter kender hinandens overvejelser omkring behandlingen og baggrunden for disse overvejelser. Denne tilgang anvendes også, når behandlere og patienter er uenige omkring behandlingen f.eks. ved tvangsbehandling.

Behandlerne lægger meget vægt på, at patientens netværk bliver inddraget så tidligt i forløbet som muligt. De oplever at få meget vigtigt viden om patientens livssituation, når pårørende og behandlere fra forskellige enheder og sektorer deltager i møderne. Behandlerne er meget begejstrede for at arbejde med patienternes deltagelse i at udarbejde egen behandlingsplan, og de har en oplevelse af, at selv meget dårlige patienter kan være med.

Data fra interviews med behandlerne viser, at behandlerne anvender en deltagerorienteret tilgang indeholdende et økoholistisk sundhedsbegreb, der bygger på ægte deltagelse med elementer fra den radikale model, der har fokus på målgruppens egne beslutninger.

At behandlerne anvender disse tilgange bekræftes i analysen af interviews med de to piger (afsnit 6.2). De oplever begge, at de har haft et åbent og tillidsfuldt samarbejde med behandlerne

med udgangspunkt i såvel deres egne som behandlernes viden og erfaringer. De oplever, at deres ønsker omkring behandlingen er blevet taget alvorligt. De har været med til at træffe beslutninger om egen behandling og der har været vidensdeling og samarbejde med deres netværk.

Ovenstående data peger på, at den udforskede praksis lever op til "National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet", hvor der som beskrevet på side fem i dette projekt står, at der skal etableres rammer for patienters og pårørendes aktive medvirken i sundhedsvæsenet (sst. 2002).

Analysen af deltager observation afsnit 6.3 og de efterfølgende analyser af interview med hhv behandlerne og Marie viser et andet billede. Her anvendes en mere biomedicinsk tilgang og deltagelsesgraden varierer fra ingen deltagelse over symbolsk deltagelse til ægte deltagelse. Tilgangene varierer afhængigt af Maries tilstand, som er ustabil.

Analysen afsnit 6.4 viser, at behandlerne oplever, at det er svært at inddrage Marie i sin behandlingsplan. Dels fordi hun ofte skifter mening, dels fordi det har været frustrerende for såvel behandlerne som Marie, at behandlingen ikke har haft den ønskede effekt. Det er ligeledes en udfordring, at Marie kan blive akut psykotisk, hvis hun pludselig ikke ønsker at få medicin eller ECT.

Analysen afsnit 6.5 viser, at Marie har deltaget i beslutninger omkring sin behandling, men at hun ligesom behandlerne har oplevet, at det var svært, fordi behandlingen ikke har haft den ønskede effekt. Hun føler, at hun skal være ekspert i sin egen sygdom, og at behandlerne har delt deres frustration omkring den manglende behandlingseffekt med hende. Dette har medført, at hun føler sig som et håbløst tilfælde. Maries sønner er blevet inddraget i behandlingen, men det fremgår kun sparsomt af data, fordi de ikke deltog i det pågældende møde (deltagerobservationen).

Simovska (2012,b) fremhæver, at målgruppen selv skal have mulighed for at bestemme i hvor høj grad de ønsker at deltage. Det afgørende er, at målgruppen har mulighed for at deltage. Deltagelsesformen bør være situationsbestemt uden, at høj grad af deltagelse nødvendigvis tilskrives større værdi. Man bør således undgå et såkaldt deltagelsestyranni.

Denne tilgang understøttes i RHP's Bruger-, patient og pårørendepolitik (2008), hvor der står, at patienter skal inddrages med respekt for i hvilket omfang, de selv vil eller kan inddrages. Undtagelser kan være, at brugeren eller patienten ikke er i stand til selv at vælge.

Jeg vurderer ikke, at Marie er blevet pålagt, en højere grad af deltagelse end hun har ønsket. Hun siger, at hun ønsker at bestemme selv, samtidig med at hun oplever det meget frustrerende. Hvis vi forestiller os, at Marie ikke var blevet involveret i refleksion omkring hendes egen behandling, så kunne den beskrevne situation omkring manglende effekt af behandlingen alligevel have medført høj grad af frustration hos Marie. Jeg vurderer ikke, at det er Maries deltagelse i overvejelser

omkring egen behandling, der har skabt hendes frustration, men nærmere det faktum at behandlingen ikke har virket efter hensigten.

Mødet med Marie og de efterfølgende interviews er præget af Maries dårlige tilstand på det pågældende tidspunkt. Hun havde det rigtig dårligt pga. bivirkninger fra medicin og ECT. Hvis mødet havde foregået på et andet tidspunkt i hendes forløb, ville data sandsynligvis have været helt anderledes. Data er i Maries tilfælde præget af situationen og af konteksten. Altså af de begivenheder der fandt sted i perioden op til mødet og især i tiden lige inden mødet, hvor behandlerne havde besluttet at opgive den medicinske behandling og i stedet behandle med vedligeholdelses ECT.

Jeg oplevede ikke, at det havde nogen særlig betydning for mødet, at jeg deltog, men jeg tror, at mødet var blevet udskudt til en anden dag, hvor Marie havde det lidt bedre og hvor hendes sønner kunne deltage, hvis jeg ikke skulle deltage. Generelt udføres behandlingsplansmøder på et tidspunkt, hvor patienten er i en tilstand, hvor de har reel mulighed for at indgå i dialog, og patientens netværk kan være til stede. Som beskrevet tidligere var der ikke mange behandlingsmøder, i det pågældende afsnit, i den periode, hvor jeg skulle udføre deltagerobservation bl.a., fordi de patienter der var indlagt, var meget syge.

Analysen afsnit 6.1 viser, at selv de dårligste patienter kan deltage i behandlingsmøderne. Dette svarer ikke helt overens med ovenstående, men det bekræftes af flere forskningsfund om SDM, som viser, at patienter med alvorlig psykisk sygdom også under indlæggelse både kan og vil deltage i beslutninger om egen medicinsk behandling (Hamann et al 2006). Deegan & Drake (2006) fremhæver dog i deres artikel, at der vil være kritiske situationer, hvor SDM ikke vil være muligt. I sådanne situationer har behandlingsguidelines, der medtænker patientpræferencer, vist sig at være værdifulde.

I indledningen af dette afsnit beskrives, at behandlerne finder det meget betydningsfuldt at patienten støttes i at nedskrive sine personlige mål på et ark, som anvendes som dagsorden for mødet. Ifølge Wistoft (2009,2012) er det vigtigt, at de professionelle støtter mennesker i at udvikle egne visioner, drømme og håb om deres fremtid mhp. at skabe en ligeværdig dialog.

At forberedelse af patienten er vigtig bekræftes af forskning i SDM, der viser at samtalen om udgangspunktet for valget er lige så vigtig som samtalen om valget (Jacobsen et al 2008). Dette understøttes af Deegan & Drake (2006), der fremhæver, at der er brug for redskaber, der kan støtte patienter og behandlere i forberedelse og gennemførelse af beslutningsprocessen.

Som beskrevet i indledningen af dette projekt findes der endnu ikke vejledninger i RHP, der kan understøtte arbejdet med SDM. RHP har i samarbejde med flere brugerforeninger støttet et projekt kaldet "Projekt Din Gode Udskrivning". Projektlederen på dette projekt har holdt workshops på alle afsnit i den organisation, hvor dette projekt tager sit udgangspunkt. "Projekt din gode udskrivning" har udarbejdet en decision aid (bilag 9), hvorpå patienter kan nedskrive sine

personlige mål og ønsker i forhold til behandlingen (findes på udskrevet.dk). Denne decision aid, som er udviklet af brugere, vil, jævnfør Deegan & Drake (2006) være relevant at anvende i psykiatrien, når man arbejder med SDM. Samtidig vil det være relevant at udbrede de gode erfaringer omkring mødestruktur og mødeleder, der er udviklet på afsnittet, hvor dette projekt har genereret sin empiri.

7.2 Ægte deltagelse og personlig empowerment (recovery)

Analysen af interview med psykiater og sygeplejerske afsnit 6.1 peger på, at de udøver en praksis præget af en deltagerorienteret sundhedspædagogik indeholdende et socialt og økoholistisk sundhedsbegreb og med fokus på ægte deltagelse. Behandlerne anvender elementer fra den radikale model, fordi de har fokus på målgruppens egne beslutninger, hvilket Ifølge Green & Tones model vil understøtte patientens empowerment potentiale.

Ovenstående understøttes i analysen af interviews med de to unge piger afsnit 6.2. Begge piger beskriver et samarbejde med behandlerne, hvor de i høj grad har været involverede og har reflekteret i samarbejde med behandlerne. De har selv været med til at træffe beslutninger omkring deres behandling, og deres netværk har været inddraget. Analysen viser, at pigernes empowerment potentiale, svarende til Green & Tones model, er blevet understøttet af den høje grad af deltagelse. Analysen viser, at det at blive taget alvorligt, blive inddraget og være med til at træffe beslutninger omkring egen behandling, har givet pigerne mere håb og viljestyrke. De har fået mere tro på, at de kan blive raske eller kan komme videre med livet, de har altså fået styrket deres personlige empowerment.

Disse resultater stemmer ikke overens med forskning af Ringer (2013), som stiller spørgsmålstegn ved, i hvor høj grad psykiatriske patienter rent faktisk kan have indflydelse på egen behandling. Ringers forskning finder, at patientens indflydelse på egen behandling ofte forudsætter, at patienterne skal tilegne sig behandlernes diskurs, som er domineret af en sygdomsdiskurs. Ringer finder, at patienternes egne forståelser og oplevelser kun inddrages i meget begrænset grad, hvis disse strider mod dominerende psykiatriske definitioner.

Ringer har udført deltagerobservation i to psykiatriske afsnit, hvoraf det ene var intensivt. Jeg har ligeledes genereret data i et intensivt afsnit, men i en organisation der har arbejdet for en recovery-orienteret praksis igennem flere år. De seneste år har hele RHP iværksat adskillige recovery-orienterede indsatser. F.eks. har RHP initieret et projekt, hvor der er ansat medarbejdere med bruger baggrund. To af disse såkaldt recovery-mentorer har været ansat i den organisation, dette projekt tager udgangspunkt i, igennem 1,5 år. Mine data peger, modsat Ringers, på, at det er lykkedes at implementere en recovery-orienteret praksis med fokus på brugerdeltagelse, håb og muligheder.

Ringer (2013) peger i sin afhandling på vigtigheden af i langt højere grad at involvere brugerne af det psykiatriske system i at udvikle modeller for brugerinddragelse. Det før omtalte brugerstyrede projekt "Projekt din gode udskrivelse" har afholdt workshops i alle enheder i organisationen, hvor

dette projekt genererer data, hvilket kan have understøttet en recovery-orienteret praksis. Derfor kan det anbefales, at fortsætte med at samarbejde med "Projekt din gode udskrivelse" i fremtiden. Projektet er ved at søge nye projektmidler og vil bla. lave en udskrives cafe. RHP bør i fremtiden understøtte samarbejdet med dette projekt.

Analyse af deltagerobservation (afsnit 6.3) og de efterfølgende interviews med hhv. behandlerne (afsnit 6.4) og Marie (afsnit 6.5) viser, at behandlerne oplever, at det er svært at inddrage Marie i sin behandling, fordi hendes tilstand er meget skiftende, og fordi behandlingen ikke har virket efter hensigten. Marie oplever ligeledes, at det har været svært at blive inddraget. Hun oplever det meget ubehageligt, fordi hun føler, at hun har skullet sørge for sin egen helbredelse. Jeg mener dog ikke, at jeg ud fra disse data kan konkludere, at Maries frustration og manglende empowerment hænger sammen med, i hvor høj grad hun har deltaget i beslutninger omkring sin egen behandling. Jeg mener, at hendes mistrivsel skyldes, at behandlingen ikke har haft ønsket effekt, men har medført svære bivirkninger for Marie.

Maries deltagelsesgrad i behandlingen har skiftet mellem ingen deltagelse ved tvangsbehandling og ægte deltagelse i andre situationer. Kontrol og relation er ifølge Wistoft to fundamentale værdier, der i princippet udelukker hinanden og kan være svære at forene i sundhedspædagogisk praksis (Wistoft 2012). Dette bekræftes omkring samarbejdet mellem Marie og behandlerne. Der vil altid i den akutte psykiatri kunne opstå akutte kritiske situationer, hvor deltagelse er en udfordring. Derfor kan det anbefales, at ansætte recovery-mentorer i intensive afsnit. Mentorerne kan hjælpe behandlerne med at bringe brugerperspektivet ind i kritiske situationer, hvor det er svært at inddrage den konkrete patient, der er i en kritisk situation.

Analysen viser (afsnit 6.1), at når kontaktpersonen sammen med patienten udfylder arket med patientens personlige mål, kommer de tæt på patientens ønsker og drømme for eget liv, hvilket kan blive vendepunktet for, at patienten kommer mere i kontakt med sig selv. At anvende dette decision aid understøtter således en recovery-orienteret tilgang, der netop har fokus på håb og mulighed for at leve et godt liv med psykisk sygdom. Analysen viser ligeledes, at behandlerne har fokus på, at patienterne får en bedre livskvalitet og får mulighed for at styrke deres ressourcer. Behandlerne giver her udtryk for en praksis, der lever op til Visioner for fremtidens psykiatri. I Visionerne beskrives recovery som en dybt personlig og unik proces, der muliggør det at leve et tilfredsstillende og håbefuldt liv. Recovery indebærer udviklingen af ny mening og et nyt formål i ens liv (RHP 2011, s. 2).

7.3 Samarbejdet mellem behandlere, patienten og dennes netværk

Analysen i afsnit 6.1 viser, at behandlerne arbejder med udgangspunkt i et økologistisk sundhedsbegreb, hvor der er fokus på personens samspil med omgivelserne og mennesket ses i sammenhæng med hverdagens kontekst. Behandlerne oplever mange fordele ved denne tilgang. De beskriver, at arbejdet giver mere mening og indimellem medfører involvering af patienten, at

tvangsforanstaltninger kan ophæves. De oplever, at arbejdet med at inddrage patienter og pårørende er tidsbesparende og har udviklet en serviceorienteret behandlerkultur.

At brugerdeltagelse kan være med til at nedbringe brugen af tvang bekræftes af Bak et al (2013). Deres forskning viser, at inddragelse af patienten i dagligdagen på psykiatrisk afdeling, f.eks. ved at have indflydelse på husordenen samt at deltage i møder med behandlerne, spiller en vigtig rolle i forhold til at nedbringe brugen af bæltefiksering.

Analysen (afsnit 6.1) peger på, at det er overraskende let for behandlerne at samarbejde med de forskellige aktører i patientens professionelle netværk. Behandlerne oplever, at når samarbejdsparterne og patienten mødes, kan der laves konkrete aftaler om, hvem der gør hvad, og der kommer meget vigtig viden frem om patientens hverdag.

Behandlerne beskriver, at de pårørende får en oplevelse af, at de ikke står alene med ansvaret for patienten, når de ser hvor mange, der er involveret i patientens behandling. Dette medvirker, at de pårørende falder mere til ro og viser venlighed og imødekommenhed. Behandlerne oplever, at de har fået et ligeværdigt samarbejde med de pårørende, hvor der før kunne opstå modstand.

Analysen i afsnit 6.2, viser, at de to piger, ligesom som behandlerne, oplever samarbejdet og inddragelse af netværket meget positivt. Pigerne har oplevet et ligeværdigt og seriøst samarbejde, hvilket har skabt et tæt og tillidsfuldt forhold til behandlerne. Pigerne giver udtryk for, at dette samarbejde har skabt mindre kaos og forvirring for dem. Begge pigers familier er blevet inddraget i det omfang pigerne ønskede det. De oplever ligesom behandlerne, at inddragelse af det professionelle netværk giver en oplevelse af sammenhæng, og at arbejdet bliver gjort ordenligt.

Af analysen afsnit 6.5 fremgår, at Marie, modsat de unge piger, oplever inddragelse i sin egen behandling meget ubehagelig. Hun oplever, at psykiateren ikke ved, hvad han skal stille op, og at hun dermed bliver inddraget i hans frustration. Som beskrevet tidligere i diskussionen, mener jeg ikke, at Maries frustration skyldes hendes samarbejde med behandlerne. Jeg mener, at hendes frustration bør tilskrives den manglende effekt af behandlingen, som hovedsagelig har givet Marie bivirkninger.

Analysen i afsnit 6.4 viser, at psykiateren tilstræber at have en åben dialog med Marie om behandlingen, men ligesom Marie, giver han udtryk for, at det er meget svært, at involvere Marie i behandlingen. Hvis han er for positiv omkring behandlingsmulighederne vil det være uærligt. Hvis han er for negativ, kan det skræmme Marie til at stoppe behandlingen.

At SDM kan være udfordrende i nogle situationer fremhæves af Thorgård (2012). Han har fokus på, hvordan behandlere kan tage højde for kognitivt svækkede borgeres mulighed for deltagelse. Thorgård peger på, at patienter med kognitiv svækkelse kan have svært ved at deltage i SDM, hvis fokus er på ekspertviden. Fokus bør i stedet være på patientens viden om sit hverdagsliv. De

individuelle deltagerorienterede tilgange kritiseres ligeledes af Naidoo & Wills (2009) for at være mest velegnet for de relativt privilegerede og velformulerede borgere.

Af deltagerobservationen (afsnit 6.3) fremkom ikke data om inddragelse af pårørende og netværk, fordi Maries sønner ikke mødte frem til mødet, men psykiateren giver udtryk for (afsnit 6.4), at der er et godt samarbejde med sønnerne. Behandlerne samarbejder med Marie og sønnerne om at ansøge om et socialpsykiatrisk bosted til Marie, men der er ikke data, der belyser dette arbejde.

Analysen viser, at behandlerne har stort fokus på at inddrage patienten, men også de pårørende og netværket, hvilket lever op til RHP's "Strategi for brugerdeltagelse", hvor der står; "Vi inddrager, lytter og samarbejder med pårørende og netværk i forståelse med og respekt for patienten"(RHP 2014, s.9).

Analysen i afsnit 6.1. og 6.2 viser, at SDM omkring patientens behandling medfører kortere indlæggelser, øger kvaliteten i behandlingen, nedbringer tvang, styrker en recovery-orienteret tilgang og giver mere tilfredse patienter og pårørende og styrker patientens empowerment. Flere af disse elementer bekræftes i Ekmans (2014) forskning fra Europas største center for forskning i sundhed med patienten i centrum. Denne undersøgelse viser, at inddragelse af patienterne reducerer indlæggelsestiden med 30 %, patienterne klarer sig bedre når de kommer hjem og patienternes usikkerhed mindskes og tryghed øges. Undersøgelsen hævder, at hele behandlingstilgangen ændres fra, at behandlerne skal levere ydelser til patienterne til, at behandlerne i stedet skaber resultater i samarbejde med patienter og pårørende med fokus på ressourcer. Denne tilgang styrker patientens stædighed, vilje og viden og fremmer helbredelse.

Diskussionen i dette afsnit viser, at såvel behandlere som patienter oplever, at det er meget værdifuldt, at patienter, pårørende og netværk inddrages i patientens behandling på akut psykiatrisk afdeling. Et vigtigt udgangspunkt for dette arbejde er, at patienten får støtte af behandlerne til, at forberede sig ved at nedskrive sine personlige mål vha. et decision aid. Det er ligeledes vigtigt, at behandlingsplansmødet tager udgangspunkt i disse mål, at mødet har en kvalificeret mødeleder, der sikrer, at alle kommer til orde, at der samles op på beslutninger til sidst og at patienten får udleveret behandlingsplanen på skrift.

Det er betydningsfuldt, at behandlere og patienter løbende har en åben dialog, hvor begge parter viden og værdier kommer i spil, også når der ikke er enighed om behandlingen. Det er vigtigt, at patientens netværk inddrages så tidligt som muligt og at patienten så vidt muligt er med til at træffe beslutninger.

Diskussionen viser, at selv de dårligste patienter ønsker og kan deltage i SDM, men deltagelsesformen skal være situationsbestemt, fordi der kan være kritiske situationer, hvor ægte deltagelse kan være vanskeligt for såvel patienter som behandlere.

8 Diskussion af projektets metodiske tilgang

Ifølge Christensen et al (2012) knytter validering af en kvalitativ undersøgelse sig til forskningsmetodens velegnethed til, at belyse problemformuleringen. Formålet med dette projekt var, at bidrage med viden om, hvordan patienter og behandlere oplever samarbejdet omkring udarbejdelse af patientens behandlingsplan vha. SDM i den akutte psykiatri. Det metodiske valg blev derfor kvalitative interviews og deltagerobservation. Herunder belyses styrker og svagheder ved dette valg.

Det kvalitative interview er egnet til denne undersøgelse, fordi det semistrukturerede interview giver informanterne mulighed for at udfolde deres meninger, oplevelser og opfattelser af deres handlinger. Det styrker undersøgelsen, at der udføres interviews med udgangspunkt i deltagerobservation, fordi der kan spørges direkte ind til handling, herunder tale, under deltagerobservationen, og det kan observeres om der er sammenhæng mellem det sagte i interviewet og informanternes handlinger under deltagerobservationen. Yderligere metodetriangulering som f.eks. video optagelser underbehandlingsplansmøder, der bagefter kunne gennemses med forskellige mødedeltagere, kunne styrke studiet.

De patienter, der deltog i interview er udvalgt tilfældigt. Det er en styrke for studiet, at der tilfældigvis både var informanter, der havde meget positive oplevelser i forhold til deltagelse omkring deres behandling og at der samtidig var en informant, der havde oplevet store udfordringer med dette. På den måde blev emnet belyst nuanceret. Det ville have styrket undersøgelsen, hvis jeg havde interviewet flere patienter, men dette var ikke tidsmæssigt muligt. Afsnittet, som undersøgelsen fandt sted i, blev valgt ud fra, at jeg vidste, at de havde positive erfaringer omkring arbejdet med SDM. Det ville have belyst emnet bredere, hvis jeg også havde interviewet behandlere i et afsnit, som havde ytret sig mere skeptisk til dette arbejde.

Fordelen ved at anvende kvalitative interviews er ifølge Christensen et al (2012), at dette giver mulighed for, at få et indgående og detaljeret kendskab til det fænomen der undersøges, men det stiller ifølge Christensen et al (2012) store krav til interviewerens spørgeteknik og lydhørhed. Jeg er i kraft af min erfaring og efteruddannelse som psykiatrisk sygeplejerske og leder trænet i spørgeteknik, hvilket er en styrke når jeg udfører interviews.

Validiteten i etnografiske studier styrkes ved, at tydeliggøre de vilkår og valg forskeren gør sig undervejs samt synliggøre forskerens valg og vej gennem feltarbejdet (Christensen et al 2012). Jeg har justeret min forskningsplan og spørgsmål undervejs og dette er tydeliggjort i afsnit 6.2.

Validiteten styrkes desuden ved, at forskeren er bevidst om sin rolle og har identificeret sin forforståelse (Christensen et al 2012). For at styrke studiet har jeg svaret på min egen interviewguide (appendix 9) og beskrevet min forforståelse (afsnit 5.2.4). Alligevel vil det set være afhængigt af seeren. Det kan være svært for mig at observere og lytte med åbent sind, fordi jeg er indlejret i behandlingskulturen i psykiatrien igennem mange år. Desuden kan

forskningsresultaterne være påvirket af, at jeg er leder for de interviewede behandlere. Dette kan styrke behandlernes trang til at fortælle den gode historie. Det kan ifølge Allen (2004) være svært for informanterne at betro sig til en intern forsker. Samtidig kan det være en fordel, at en intern forsker forstår den kliniske praksis.

Allen (2004) fremhæver desuden, at forskeren gives en bedre forståelse for, hvad der foregår og bedre adgang til det empiriske felt, men at forske i egen praksis indebærer en risiko for, at overse vigtige rutiner og gøre sig antagelser uden at belyse det.

Deltagerobservation er situeret og kan derfor ikke opfylde det reliabilitetskrav, som indebærer reproducerbarhed. Det er ikke muligt for den samme eller en anden forsker at gentage deltagerobservationen og få samme resultat. Metoden står til gengæld almindeligvis stærkt i forhold til intern validitet, dvs. i hvilken udstrækning forskningens konklusioner er baseret på den empiriske virkelighed. Deltagerobservation giver i kraft af det indgående kendskab til de udforskede fortællinger og handlinger god mulighed for at sikre intern validitet (Christensen et al 2012). Deltagerobservationen i dette studie var ganske kortvarig og ville være styrket ved deltagelse i flere behandlingsmøder og ved at udføre feltarbejdet over flere dage. Dette havde ligeledes givet mulighed for at observere den proces, hvor behandlerne støtter patienterne i at forberede sig til behandlingsmøderne via decision aid. Jeg mener dog godt, at fundene i dette studie kan generaliseres, fordi resultaterne er sammenlignet med beslægtede studier, der peger i samme retning.

Kvalitative undersøgelser reliabilitet knytter sig ifølge Christensen et al (2012) til, i hvilken grad forskeren har undgået at lave systematiske fejl mht. interviews f.eks. om der er overensstemmelse mellem lydoptagelser og det transskriberede materiale. Data i dette projekt er transskriberet af en professionel sekretær, der er vant til at skrive diktater fra lydoptagelser. Desuden har forskeren gennemlyttet lydoptagelserne flere gange. Dette har styrket sikkerheden i forhold til at undgå fejl i anvendelsen af data.

I kvalitative undersøgelser knytter reliabilitet sig ligeledes til den kommunikative validitet, altså hvorvidt de valgte citater og tekststykker er logiske og illustrative for den analytiske proces (Christensen et al 2012). Jeg har forsøgt at styrke dette ved at tilsende informanterne afsnit 6.1 den første bearbejdelse af data. Informanterne blev bedt om at komme med kommentarer til, hvorvidt de følte sig korrekt citeret og forstået og om der var data de ønskede skulle udelades. Det kunne have styrket den analytiske proces yderligere, hvis jeg havde fået en anden forsker til at gennemlæse data og det analyserede materiale. Reliabiliteten i studiet er desuden søgt styrket ved at sammenligne med andre forskeres fund (afsnit 7).

Det ville give mulighed for at skabe mere viden på området ved at udføre deltagerobservation ved flere behandlingsmøder, hvor patientens netværk deltog. Det ville ligeledes give mulighed for at skabe bredere viden ved at interviewe dette netværk, både pårørende og det professionelle netværk, mhp. at belyse hvilke udfordringer og muligheder de oplever i forbindelse med, at patienten og netværket deltager i at planlægge patientens behandling.

9 Konklusion

Formålet med dette projekt var at belyse, hvilke udfordringer og muligheder patienter og behandlere oplever ved, at patienten og dennes netværk deltager i at udarbejde patientens behandlingsplan på et intensivt psykiatrisk afsnit og, hvilke implikationer dette kan have for det sundhedspædagogiske arbejde.

Problemformuleringen er undersøgt vha. et kvalitativt studie i form af semistrukturerede kvalitative interviews med behandlere og patienter, samt deltagerobservation under et behandlingsmøde. Sundhedspædagogiske teorier om deltagelse, empowerment og sundhedsbegreber er anvendt til analyse af de empiriske data. Andre forskningsresultater omhandlende Shared Decision Making og patienters deltagelse i at planlægge egen behandling er anvendt i diskussionen.

Undersøgelsens fund peger på, at såvel behandlere som patienter oplever, at det er meget værdifuldt, at patienter, pårørende og netværk deltager i at planlægge patientens behandling på akut psykiatrisk afdeling. Empirien viser, at der i det udforskede felt overvejende anvendes en deltagerorienteret sundhedspædagogisk tilgang, der bygger på ægte deltagelse, og at dette styrker patientens empowerment jævnfør teori om dette. Desuden medfører patientens og netværkets deltagelse, at indlæggelserne bliver kortere, kvaliteten i behandlingen styrkes, tvang nedbringes, en recovery-orienteret tilgang styrkes og patienter og pårørende får et positivt samarbejde med behandlerne og bliver mere tilfredse med behandlingen.

Det er betydningsfuldt, at behandlere og patienter løbende har en åben dialog, hvor begge parter viden og værdier kommer i spil, også når der ikke er enighed om behandlingen. Det er vigtigt, at patientens netværk inddrages så tidligt som muligt, og at patienten så vidt muligt er med til at træffe beslutninger.

Undersøgelsen peger på, at selv de dårligste patienter ønsker og kan deltage i at træffe beslutninger omkring egen behandling, men deltagelsesformen bør være situationsbestemt, fordi der kan være kritiske situationer, hvor patientens deltagelse kan være vanskelig for såvel patienter som behandlere.

Et vigtigt udgangspunkt for at patienter kan være med til at træffe beslutninger omkring egen behandling, er at patienten får støtte af behandlerne til at forberede sig ved at nedskrive sine personlige mål vha. et decision aid. Behandlingsplansmødet bør tage udgangspunkt i disse mål og mødet bør have en kvalificeret mødeleder, der sikrer, at alle kommer til orde. Mødet bør afsluttes med, at beslutninger ridses op og patienten får udleveret behandlingsplanen på skrift.

Med udgangspunkt i disse fund vil det være relevant at afdække hvilke kompetencer, de professionelle har brug for mhp. at varetage disse opgaver.

I en nylig udgivet rapport om brugerdeltagelse (Jørgensen, red. 2014) fremhæves, at mange års politiske ambitioner om at sætte patienten i centrum kun delvist bliver udmøntet i praksis. Rapporten understreger, at det er nødvendigt, at lederne i sundhedsvæsenet påtager sig rollen som kulturbærere for forandringen, og aktivt understøtter en tænkning, der sætter patienten i centrum.

Jeg vil derfor anbefale, at såvel medarbejdere som ledere i sundhedsvæsenet rustes til at påtage sig disse opgaver omkring brugerdeltagelse, ved at der tilbydes uddannelse på området i såvel grund- som efteruddannelser indenfor pleje og behandling.

10 Litteraturliste

Adams, J. R., Drake, R. E., Wolford, G., L. (2007): Shared Decision-Making Preferences of People With Severe Mental Illness. *Psychiatric Services*. Vol 58, No. 9, pp. 1219-21.

Allen, D. (2003): Ethnomethodological insights into insider-outsider relationships in nursing ethnographies of health care settings. *Nursing Inquiry*, 11(1): 14-24.

Amtsrådsforeningen et al.(2003). Patientens møde med sundhedsvæsenet, de mellem menneskelige relationer- anbefalinger for kommunikation, medinddragelse og kontinuitet. www.patient-relationer.dk

Andersen, P. T. (2010): Empowerment som fri gørelse ? I: Andersen P. T. & Timm, H. (red.): *Sundhedssociologi, en grundbog*. Hans Reitzels Forlag. Pp.213-227.

Bak, J., Zoffmann, V., Sestoft, D. M., Almvik, R., Brandt-Christensen, M.(2013): Mechanical Restraint in Psychiatry: Preventive Factors in Theory and Practice. A Danish-Norwegian Association Study. *Perspectives in Psychiatric Care*.

Bjerg, O. (2012): Metoder og erkendelsesteori, kap 2. I: Vallgård, S. & Koch, L. (red.) *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. Munksgaard, 4.udg. Pp42-60.

Charles, C., Gafni, A., Whelan, T. (1997): Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc. Sci. Med*. Vol. 44, No. 5, pp. 681-692.

Christensen, U., Nielsen, A. Schmidt, L.(2012): Det kvalitative forskningsinterview, kap 3. I: Vallgård, S. & Koch, L. (red.) *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. Munksgaard, 4.udg. Pp.61-89.

Dahlager, L. & Fredslund, H. (2012): Hermeneutisk analyse kap 7. I: Vallgård, S. & Koch, L. (red.) *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. Munksgaard, 4.udg. Pp.157-181.

Deegan, P.E., Drake, R. E. (2006): Shared Decision Making and Medication Management in the Recoveryprocess. *Psychiatric Services*. Vol. 57, No.11, pp. 1636-39.

Ekman, I. (2014): Patienten I sentrum giver bedre resultater. *Mandagmorgen*. Nr. 31. S. 26-28.

Eplov, L.F., Korsbæk, L., Petersen, L., Olander, M. (2010). *Psykiatrisk & psykosocial rehabilitering- en recovery orienteret tilgang*. Munksgaard Danmark

Fatum, M. H., Krabbe, L. S. (2011). *Recovery-undersøgelsen. Medarbejder- og patientperspektiv på recovery*. Psykiatrisk Center Frederiksberg 2009-2010. Udarbejdet i samarbejde med: Region Hovedstadens Psykiatri HR-afdelingen.

Green, J. & Tones, K. (2010): Health Promotion: planning and strategies (second edition) Sage, London. Chapter 1: Health and healthpromotion, pp. 7-57.

Hamann, J., Langer, B., Winkler, V., Busch, R., Cohen, R., Leucht, S., Kissling, W.(2006): Shared decision making for in-patients with schizophrenia. Acta Psychiatrica Scandinavica. No 114, pp 265-273.

Holm, A. B. (2011); Videnskab i virkeligheden- en grundbog i videnskabsteori. Samfundslitteratur. Kap. 8. Socialkonstruktivisme. Pp. 121-143.

IKAS (2013): Akkrediteringsstandarder for sygehuse. 2. version, 2. udgave. Institut for kvalitet og akkreditering i sundhedsvæsenet. <http://www.ikas.dk/Sundhedsfaglig/Sygehuse/2.-version.-Akkrediteringsstandarder-for-sygehuse.aspx>

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2010); Psykiatriloven
<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=134497>

Jacobsen, C., B., Pedersen, V., H., Albeck, K. (2008) : Patientinddragelse mellem ideal og virkelighed- en empirisk undersøgelse af fælles beslutningstagning og dagligdagens møder mellem patient og behandler. København: Sundhedsstyrelsen, monitorering og medicinsk teknologivurdering. Medicinsk Teknologivurdering- puljeprosjektor 2008;8(3)/DSI Rapport 2008.07

Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. (2005); Indledning: Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv og Kap 5: Observationer i en interaktionistisk begrebsramme. I: Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. red.; Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. Pp. 9-24 og 97-120. København: Hans Reizels Forlag.

Järvinen, M. (2005); Kap 2: Interview i en interaktionistisk begrebsramme. I: Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. red.; Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. Pp. 27-48. København: Hans Reizels Forlag.

Jørgensen, K. Red. (2014); Patienternes nye rejse. Genvej til et bedre sundhedsvæsen. Mandag Morgen Innovation Aps.

Kvale, S. (2002) Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview. Hans Reitzels forlag, kap. 5: Tematisering og design af interviewundersøgelse. Pp.91-114.

Korsbæk, Lisa.; Fælles beslutningstagning i psykiatrien. (2014,a)
<http://regioner.dk/~media/Arrangementer/Sundheds%20og%20Socialpolitisk%20kontor/Bru%20gerinddragelse%20i%20sundhedsvaesenet%2030.%20oktober%202012/Lisa%20Korsbek%20-%20A.ashx> 11.4.2012

Korsbæk, Lisa; Introduktion til fælles beslutningstagning. (2014,b)

http://vibis.dk/sites/vibis.dk/files/bibliotek/PDF_Arrangementer/lisa_kosbeks_slides-til_hjemmeside.pdf 11.4.2014

Kristensen, D., B.(2012): Fænomenologi. Filosofi, metode og analytisk værktøj. kap 8. I: Vallgård, S. & Koch, L. (red.) Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab. Munksgaard, 4.udg. Pp.182-204.

Matthias, M., S., Salyers, M., P., Rollins, A., L., Frankel, R., M. (2012): Decision Making in Recovery-Oriented Mental Health Care. Psychiatric Rehabilitation Journal. Vo 35, No. 4, 3005-314

Naidoo, J. & Wills, J. (2009). Models and approaches to health promotion s. 67-84 og The politics of health promotion. s.99-116. I: Foundations for health promotion(3.udg.). Balliere Tindal Elsevier.

Pedersen, L.(2011). Patientinddragelse- refleksion, læring, innovation og ledelse. Hans Reitzels Forlag. Pp.11-28

Psykiatriloven <http://www.psykiatri-regionh.dk/NR/ronlyres/5C75CF00-0E5D-4DD0-9B75-560AFD347A8B/0/Psykiatriloven.pdf> 15.4.14

Ringer, Agnes, 2013; Listening to Patients. A Study of Illness Discourses, Patient Identities, and User Involvement in Contemporary Psychiatric Practice. Ph.D. dissertation. Graduate School in Lifelong Learning. Roskilde University, Denmark. http://www.ruc.dk/paes_en/phd/All

Region Hovedstaden, 2008; Bruger-, patient og pårørendepolitik.

http://www.regionh.dk/topmenu/omRegionH/Udgivelser+fra+regionen/Politikker+og+strategier/Regionens+pol+og+strat+arkiv/Bruger_patient_og_paarørendepolitik.htm

Region Hovedstadens Psykiatri, 2011: Visioner for fremtidens psykiatri. <http://psv-intranet.regionh.dk/menu/Organisation/Mål+og+retning/Visioner+for+fremtidens+Psykiatri/Visioner+for+fremtidens+Psykiatri.htm>

Region Hovedstadens Psykiatri 2013. Journalføring - vurderinger og indhold i voksenpsykiatrien gældende for Region Hovedstadens Psykiatri:

<http://vip.regionh.dk/VIP/Admin/GUI.nsf/Desktop.htm> |

Region Hovedstadens Psykiatri 2014, a: Virksomhedsplan 2014. http://psv-intranet.regionh.dk/NR/ronlyres/D58F08E5-F4F7-420C-9963-38370D72F984/0/Virksomhedsplan2014Psykiatri_NY.pdf

Region Hovedstadens Psykiatri 2014, b: På vej mod brugerdeltagelse i psykiatrien – en strategi for brugerinddragelse & samarbejde. http://psv-intranet.regionh.dk/NR/ronlyres/AAA8ADE0-9989-4954-8880-3A68FE001B33/0/StrategiforBrugerdeltagelse2014_A4_web.pdf

Region Hovedstadens Psykiatri 2014, c. PsykiatriNyt maj 2014. Temanummer: recovery.
www.psykiatri-regionh.dk/topmenu/Nyheder_ny/Nyheder_ny1/PsykiatriNyt/Psykitrinyt+2014/PsykiatriNyt+maj+2014.htm

Simovska V. (2012a): Hvad er sundhed? Kap 2. I: Simovska V., Jensen J.M. (red.) Sundhedspædagogik i sundhedsfremme. Gads forlag. Pp. 33-50.

Simovska V. (2012b): Deltagelse: Et nøglebegreb, princip og strategi inden for sundhedspædagogik og sundhedsfremme. Kap. 5. I: Simovska V., Jensen J.M. (red.) Sundhedspædagogik i sundhedsfremme. Gads forlag. Pp85-106.

Sundhedsstyrelsen (2002); National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet, fælles mål og handleplan 2002-2006. Det nationale råd for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet 2002.
http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2002/national_strategi/pdf/NS_indhold.pdf

Tanggaard og Brinkmanns (2010): Interviewet: Samtalen som forskningsmetode. I: Brinkmann, S., Tanggaard, L. (red). Kvalitative metoder. Hans Reitzels Forlag.

Thorgård, K. (2012): Patientinddragelse mellem ekspertviden og hverdags erfaringer. Nordisk sygeplejeforskning. Nr. 2, Vol. 2, s. 96-108.

Tjørnhøj-Thomsen og Whyte (2012): Feltarbejde og deltagerobservation. Kap.4. I: Vallgård, S., Koch, L. (red) Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab. Munksgaard. Pp. 90-118.

Tones, K. (2009). Værdier ideologi og sundhedsfremme. I: Carlsson, M., Simovska, V., og Jensen, B.B. (red.) Sundhedspædagogik og sundhedsfremme- teori, forskning og praksis. Aarhus universitetsforlag. Pp. 31-46.

Vallgård, S. (2011). Forebyggelsesetik. Bibliotek for læger.

Zoffmann, V. (2009): En personcentreret kommunikations- og reflektionsmodel. Klinisk sygepleje. Årg. 23, nr. 3, s. 41-60.

11 Appendices

11.1 Appendix 1 (litteratur-review)

Nr.	1	2	3	4
Forfatter	Deegan og Drake	Hamann et al	Cathy et al	Zoffmann og Kirkevold
Kilde	Psychiatric Services	Acta Psychiatrica Scandinavica	Soc. Sci. Med.	Klinisk sygepleje
Land og årstal	USA 2006	Tyskland 2006	England 1997	Danmark 2009
Artikel type	Open forum	Forskningsartikel	Litteratur review	Forsknings-artikel
Peer reviewed	Nej	Nej	Nej	Ja
Formål	At præsentere et rationale for, at implementere SDM i psykiatrien, med fokus på medicinering, ud fra såvel behandler om patient synspunkt.	At undersøge om akut syge, indlagte patienter med skizofreni kan indgå i SDM og om det vil have positiv effekt på behandlingen.	At skabe konceptuel klarhed over SDM. Identificere modellens nøglekarakteristika og diskuterer målbarhed af om SDM finder sted.	At udvikle en teori om, hvordan kommunikation og refleksion mellem behandler og patient påvirker SDM.
Målgruppe/antal	Der henvises til 40 artikler om SDM.	Akut indlagte patienter med skizofreni ,18-65 år. 49 deltog.	Der henvises til 63 artikler om SDM, hvor målgruppen er patienter med livstruende sygdom.	11 patienter 18 år + med dårlig reguleret diabetes samt 8 sygeplejersker
Rekruttering	Der henvises primært til forskningsartikler, men også til andre artikler.	Alle patienter indlagt i afsnittet. På nær de der blev fratrukket pga eksklusionskriterier. Der var identiske kontrol afsnit uden SDM indsats.	De anvendte artikler er overvejende fra forskningstidsskrifter	Patienterne var indlagt på et dansk universitets-hospital. Der blev lavet en lige fordeling af patienter med højt og lavt niveau af ressourcer til egenkontrol
Metode	Artiklen er et litteratur review. Metoden er ikke beskrevet. Artikel er skrevet til "open forum"	Kvantitativt RCT studie. Medicin og psykisk sygdom blev gennemgået for patienten af en sygeplejerske i 30-60 min i starten af indlæggelsen.(decision aid). Der blev lavet baseline raiding af alle ptt og kontrolgruppe ved beh. Start og slut og 18 mdr.s follow up med forskellige ratingskemaer	Litteratur review om, hvordan SDM defineres og anvendes i litteratur søgt på følgende nøgleord: shared treatment decision-making, physician/patient communication	Kvalitativt studie. Båndoptagede samtaler mellem sygeplejerske og patient og mellem sygeplejerske og anden behandler. Samt semi-strukturerede interviews med alle patienter med ½ års mellemrum og med alle sygeplejerskerne. Analyseret ud fra grounded theory via pc program. Derefter komparativ analyse i fire trin.
Kritik/kvalitet	Metoden i litteratur reviewet er ikke beskrevet, men der henvises til et stort antal forskningsartikler. Argumentationen virker overbevisende. Der rejses relevant problematisering om forholdet mellem kompliance og SDM.	Studiet lever op til kvalitetskrav i RCT studier. Studiet har fokus på information til pt. om medicin og på om dette øger pt.s compliance. Altså på ekspertviden. Der er ikke fokus på pt.s personlige perspektiv, livskvalitet, personlige mål og sociale kontekst.	Artiklen henviser til store mængder forskningslitteratur. Det er relevant, at der er fokuseret på en bestemt målgruppe, fordi SDM vil være forskellig i forskellig kontekst.	Undersøgelsens validitet blev kvalificeret ved, at analyserne blev foretaget af 1. forfatter og gennemdiskuteret med 2. og 3. forfatter. Der er beskrevet en grundig og sammenhængende metode stringens.
Relevans for mit projekt	Artiklen er relevant for mit projekt. Dels fordi Deegan tager udgangspunkt i såvel behandler som patientperspektivet i SDM, dels fordi fokus er på medicinsk behandling i recovery-orienteret praksis. De fleste patienter i den akutte psykiatri får medicin, denne er ofte et område, hvor behandler og patient ikke er enige i de beslutninger der skal træffes.	Studiet er relevant for mit projekt, fordi målgruppen er akut syge, døgnindlagte med skizofreni og fokus er på medicin, hvilket ofte vil være fokus i samtalerne hos målgruppen i mit projekt. Det er problematisk, at der kun er fokus på compliance og ekspertviden og ikke på pt.s personlige mål og livskvalitet. Et biomedicinsk fokus, der ikke er recovery-orienteret.	Selvom målgruppen er personer med fysisk livstruende sygdom og artiklen er af ældre dato, afdækkes mange relevante aspekter i SDM-processen og om karakteristika ved SDM, der er relevante for mit projekt. F.eks. at behandlere ofte ikke får informeret på en for patienterne brugbar måde.	Artiklen har relevans for mit projekt, fordi der fokuseres på, hvad der har betydning for om SDM lykkes i kommunikationen mellem patient og behandler. Målgruppen i dette projekt adskiller sig ved, at være fysisk syge, men de har langvarige lidelser, der påvirker deres hverdags liv, hvilket også er gældende for målgruppen i mit projekt.

Nr.	5	6	7	8
Forfatter	Adams et al	Thorgård	Matthias et al	Jacobsen et al
Kilde	Psychiatric Services	Nordisk Sygeplejeforskning	Psychiatric Rehabilitation journal	Sundhedsstyrelsen
Land og årstal	USA 2007	Danmark 2012	USA 2012	Danmark 2008
Artikel type	Forskningsartikel om pilotstudie	Artikel	Artikel om pilotstudie	MTV rapport
Peer reviewed	Nej, pilotstudie	Fagfellevurdert	Nej	Nej
Formål	At undersøge anvendeligheden af standardiserede spørgeskemaer og analyseredskaber, samt afdække patienters ønske om og oplevelse af SDM på forskellige områder af deres behandlingstilbud.	At argumentere for, at patientinddragelse ikke kun bør være tilpasset personer som rationelle beslutningstagere med ekspertviden. Fokus i artiklen er patientinddragelse knyttet til kognitivt svækkede patienter med udgangspunkt i deres viden om, hvordan sygdommen fremtræder i deres hverdagsliv.	Et pilotstudie, der undersøger, hvordan patienter og behandlere tager beslutninger i konsultationer omkring medicinering. Hvem initierer beslutningerne, hvordan bliver beslutningen truffet, grad af forhandling, diskussion og uenighed. Hvis præferencer afspejles i beslutningen.	At undersøge hvordan patientinddragelse i behandlingsmæssige beslutninger foregår i det danske sundhedsvæsen. At belyse tilgange, forestillinger, interesser, dilemmaer og barrierer for patientinddragelse /medindflydelse.
Målgruppe/antal	30 voksne med alvorlig psykisk sygdom		3 psykiatere, 1 sygeplejerske, 30 brugere med alvorlig psykisk sygdom flest med skizofreni, 10 peer brugere	Gigt amb: 10 patienter, 8 læger, 2 sygeplejersker Hjerter amb.: 11 patienter, 3 sygeplejersker, 1 afd.spl., 3 læger.
Rekruttering	Distriktpsykiatri i New Hampshire		Et recovery-orienteret ACT-team, lokal psykiatri.	To somatiske ambulatorier, hvor målgruppen havde kroniske lidelser.
Metode	Kvantitativt survey og interviews med åbne og lukkede spørgsmål. 15 patienter var randomiserede, de 15 var ikke, men fundene var ens.	En teoretisk diskussion af begreberne patientinddragelse og viden ud fra 16 tekster søgt på nøgleordene: ekspertpatienter, kliniske beslutningsprocesser, patientviden	Kvalitativt studie. Observation af 40 samtaler, der blev båndoptaget og transkriberet. Analyseret via emergent tematisk analyse mhp. at karakterisere beslutningsprocessen	Kvalitativt casebaseret studie. 50 observationer af konsultationer. 17 kvalitative semistrukturerede interviews med behandlere, 21 med patienter. Indsamlet og bearbejdet i et narrativt perspektiv. Analyse af materiale ud fra temaer i interviews.
Kritik/kvalitet	Det er en styrke, at spørgsmålene blev valideret med svar fra åbne spørgsmål. Da undersøgelsen er kvantitativ er det en svaghed at testgruppen er lille. Undersøgelsen undersøger ikke selve beslutningsprocessen, men spørger til om og i forhold til hvad patienterne ønsker, at deltage i beslutninger.	Forfatteren rejser en relevant diskussion om, hvilken betydning det har for vores praksis, hvordan vi anvender begreber, set fra en filosofisk vinkel. Der rejses en relevant kritik af, New public Management bølgens konsekvenser for de svageste patienter som f.eks. psykisk syge. Der fokuseres på, at SDM står for helt forskellige tilgange	Det er en svaghed, at de observerede samtaler var en samtale ud af en lang række af samtaler, fordi den fulde beslutningsproces ikke kan belyses. Det er en styrke, at flere fund i undersøgelsen svarer til fund i lignende undersøgelser. Det er en styrke, at tre forskere deltog i analyseprocessen af båndoptagelserne	Det er en styrke, at der er foretaget et stort antal interviews og at analysen af disse bygger på observationer af praksis, fordi analysen kommer tættere på de faktiske handlinger.
Relevans	Det er relevant for mit projekt, at undersøgelsen viser, at alvorligt psykisk syge ønsker, at deltage i beslutninger om deres behandling og især viste interesse for SDM i forhold til medicin og spørgsmål om indlæggelse. Disse spørgsmål er centrale for	Det er relevant for mit projekt, at der fokuseres på, hvilken betydning tilgangen i modellen har for kognitivt svækkede patienter som f.eks. personer med psykisk sygdom.	Artiklen har relevans for mit projekt, fordi den tager udgangspunkt i SDM i en recovery-orienteret praksis, dog ambulans fremfor akut psykiatri. Det er relevant, at fokus er på beslutninger omkring medicin, dette har central betydning i den akutte psykiatri. Det er	Selvom målgruppen er somatiske patienter i ambulant behandling er studiet relevant for mit projekt, fordi målgruppen er personer med langvarige lidelser ligesom målgruppen i mit projekt. Det er relevant for mit projekt, at studiet belyser, hvilke barrierer og muligheder, der kan være ved

Relevans (forsat)	målgruppen i mit projekt. Undersøgelsen siger dog ikke noget om, hvordan det kan lykkes, at træffe fælles beslutninger.		interessant at SDM styrker relationen også på trods af uenighed.	implementering af SDM i en konkret klinisk praksis og at der i studiet er fokus på kommunikationsprocessen.
-------------------	---	--	--	---

11.2 Appendix 2 (information til behandlere)

Baggrund.

Region Hovedstadens Psykiatri har som mål, at inddrage brugerne i egen behandling. Det betyder blandt andet, at patienter på psykiatrisk afdeling skal tilbydes, at være med til at træffe beslutninger omkring egen behandling. Alle patienter der er i behandling i psykiatrien skal have en behandlingsplan, denne plan skal patienten tilbydes, at være med til at udarbejde. Patienten skal ligeledes tilbydes, at pårørende og samarbejdspartnere bliver inddraget i at lave denne plan for behandlingen.

Om projektet

Med dette projektet vil jeg undersøge følgende;

- Hvilke udfordringer og muligheder oplever behandlere og brugere (patienter og pårørende) ved, at patienten og evt. dennes netværk deltager i, at planlægge patientens behandling.
- Hvordan lykkes det, at inddrage både patienters og behandleres viden, ønsker og værdier når der træffes beslutninger om patientens behandling.
- Hvilken betydning har patienters og evt. netværks deltagelse i, at planlægge egen behandling for det efterfølgende forløb.

Undersøgelsen har fokus på hvordan patienters viden og holdning til egen sygdom og behandling mødes med professionelles viden om patientens sygdom og viden om psykiatriske lidelser og behandling generelt. Er det muligt, at inddrage begge parter viden og holdninger når de endelige beslutninger omkring patientens behandling skal træffes og hvilken betydning har det for samarbejdet mellem patienter og behandlere, at fælles beslutninger tilstræbes.

Fremgangsmåde og teori

Den empiriske del af projektet foregår på en intensiv psykiatrisk afdeling i Region Hovedstadens Psykiatri. Metoderne i projektet er deltagerobservation, interviews, lydoptagelser og analyser af dette materiale. Konkret betyder det, at forskeren deltager i et møde, hvor en patient deltager i at planlægge sin behandling. Forskeren lydoptager og tager noter under mødet. Derefter interviewes patienten og hhv. den behandlingsansvarlige læge og sygeplejerske, der deltog i at planlægge patientens behandling.

Etiske aspekter

Forskeren har kontaktet Datatilsynet og Region Hovedstadens Videnskabsetiske komité og indhentet tilladelse til at gennemføre studiet. Projektet vil overholde Datatilsynets retningslinjer for indsamling og opbevaring af empirisk materiale. Dette indebærer, at alle oplysninger der indhentes, bliver behandlet fortroligt, opbevares utilgængeligt for andre og anonymiseres, så ingen af deltagerne vil kunne genkendes. Båndoptagelserne fra interviewene vil blive slettet efter udskrivning.

Det involverede afsnit vil blive informeret om undersøgelsen, og mundtlige og skriftlige samtykkeerklæringer vil blive indhentet fra involveret personale og patienter. Alle kan trække samtykke tilbage indtil datagenereringen er foretaget.

Jeg ser frem til samarbejdet med jer!

Skulle I have spørgsmål til projektet er I velkommen til at kontakte:

Master studerende Birgitte Vejstrup. Master i sundhedspædagogik og sundhedsfremme ved Aarhus universitet, institut for uddannelse og pædagogik.

Mail: birgitte.vejstrup@regionh.dk

Mobil: 22101197

11.3 Appendix 3 (information og samtykke)

11.3.1 Information til patienter og samtykke til forskerens deltagelse i behandlingsmøde.

Jeg vil gerne spørge om du vil deltage i følgende anonyme undersøgelse, der handler om fælles beslutninger i psykiatrien.

Mit navn er Birgitte Vejstrup. Jeg er i gang med en uddannelse til master i sundhedspædagogik og sundhedsfremme. Jeg er ved at lave min afsluttende projektopgave. Med projektet undersøger jeg, hvilke udfordringer og muligheder patienter, pårørende og behandlere oplever ved, at patienter og netværk inddrages i, at planlægge behandlingen og hvilken betydning dette har for det efterfølgende forløb.

Det er relativt nyt i Region Hovedstadens Psykiatri, at patienter er med til at udarbejde egen behandlingsplan. Jeg vil med dette projekt skabe mere viden om, hvilke udfordringer og muligheder patienter, pårørende og behandlere oplever ved, at patienter og netværk inddrages i, at planlægge behandlingen og hvilken betydning dette har for det efterfølgende samarbejde mellem patienter, pårørende og behandlere.

Jeg ønsker, at deltage i et møde, hvor du og dine behandlere planlægger din behandling. Mødet båndoptages og jeg tager noter undervejs. Jeg vil derefter lave et interview med dig, hvis du ønsker det og med lægen og sygeplejersken om, hvordan samarbejdet mellem patienter og behandlere foregår. Materialet vil i anonymiseret form kunne indgå i afhandlingen.

Din deltagelse i undersøgelsen er anonym. Dette indebærer at der er visse regler som jeg vil overholde:

- Jeg har tavshedspligt og vil ikke dele det du fortæller mig med nogen andre, hverken personalet i psykiatrien, andre patienter eller andre forskere
- Jeg vil ikke bruge dit navn, cpr-nummer eller andre oplysninger som kan føres tilbage til dig. Alle de oplysninger jeg får, bliver behandlet fortroligt og anonymiseres, så du ikke vil kunne genkendes i afhandlingen
- Båndoptagelserne fra interviewene og mødet vil blive slettet efter udskrivning.

Det er frivilligt at deltage i undersøgelsen, og du kan selv beslutte om jeg må deltage i mødet om din behandling. Jeg vil bede dig om at underskrive samtykkeerklæringen nederst. Har du spørgsmål til undersøgelsen, er du meget velkommen til at kontakte mig.

Med venlig hilsen Birgitte Vejstrup, Mail: birgitte.vejstrup@regionh.dk

Tilsagn vedrørende deltagelse i undersøgelsen: Fælles beslutninger i psykiatrien.

Jeg giver hermed tilsagn om, at Birgitte Vejstrup lydoptager og deltager i et møde, hvor min behandling planlægges sammen med mig.

Navn: _____

Fødselsdato: _____

(Sæt kryds) Jeg giver samtykke til at Birgitte Vejstrup deltager i mødet, hvor min behandling bliver planlagt.

(Sæt kryds) Jeg giver samtykke til, at Birgitte Vejstrup interviewer lægen og sygeplejersken der deltager i mødet.

Jeg er bekendt med, at det er frivilligt at deltage i undersøgelsen, og at jeg når som helst kan trække mit tilsagn tilbage. Jeg har fået en kopi af denne samtykkeerklæring til eget brug.

Dato Underskrift

11.3.2 Information til patienter og samtykke til interview.

Jeg vil gerne spørge om du vil deltage i følgende anonyme undersøgelse, der handler om fælles beslutninger i psykiatrien.

Mit navn er Birgitte Vejstrup. Jeg er i gang med en uddannelse til master i sundhedspædagogik og sundhedsfremme. Jeg er ved at lave min afsluttende projektopgave. Med projektet undersøger jeg, hvilke udfordringer og muligheder patienter, pårørende og behandlere oplever ved, at patienter og netværk inddrages i at planlægge behandlingen og hvilken betydning dette har for det efterfølgende forløb.

Det er relativt nyt i Region Hovedstadens Psykiatri, at patienter er med til at udarbejde egen behandlingsplan. Jeg vil med dette projekt skabe mere viden om, hvordan samarbejdet mellem patienter og behandlere kan styrkes, i forhold til når der skal træffes fælles beslutninger omkring patientens behandling. Formålet er, at give patienter mulighed for at få reel indflydelse på egen behandling.

Jeg ønsker, at lave et interview med dig om, hvordan du har oplevet at blive inddraget i at udarbejde din behandlingsplan. Jeg ønsker, at båndoptage interviewet. Materialet vil i anonymiseret form kunne indgå i afhandlingen.

Din deltagelse i undersøgelsen er anonym. Dette indebærer at der er visse regler som jeg vil overholde:

- Jeg har tavshedspligt og vil ikke dele det du fortæller mig med nogen andre, hverken personalet i psykiatrien, andre patienter eller andre forskere
- Jeg vil ikke bruge dit navn, cpr-nummer eller andre oplysninger som kan føres tilbage til dig. Alle de oplysninger jeg får, bliver behandlet fortroligt og anonymiseres, så du ikke vil kunne genkendes i afhandlingen
- Båndoptagelsen fra interviewet vil blive slettet efter udskrivning.

Det er frivilligt at deltage i undersøgelsen, og du kan selv beslutte om jeg må deltage i mødet om din behandling. Jeg vil bede dig om at underskrive samtykkeerklæringen nederst. Har du spørgsmål til undersøgelsen, er du meget velkommen til at kontakte mig.

Med venlig hilsen Birgitte Vejstrup

Mail: birgitte.vejstrup@regionh.dk

Tilsagn vedrørende deltagelse i undersøgelsen: Fælles beslutninger i psykiatrien.

Jeg giver hermed tilsagn om, at Birgitte Vejstrup lydoptager et interview med mig om min oplevelse af, at være med til at udarbejde min behandlingsplan på intensivt afsnit.

Navn: _____

Fødselsdato: _____

Jeg er bekendt med, at det er frivilligt at deltage i undersøgelsen, og at jeg når som helst kan trække mit tilsagn tilbage. Jeg har fået en kopi af denne samtykkeerklæring til eget brug.

Dato Underskrift

11.4 Appendix 4 (deltagerobservation)

Metodologisk refleksion over hvor fra jeg ser, hvordan jeg ser og hvad jeg ser efter. Det set er afhængigt af seeren.

Interaktion mellem deltagerne incl. i interaktion med mig.

Adgangsforhandlingerne og de oplevelser der er forbundet hermed beskrives i feltnoterne.

Navngiv stemmerne (anonymt)

Min fornemmelse omkring det usagte, normer og regelbrud.

Hvad overrasker mig? Er der noget der skiller sig ud eller virker uventet?

Hvad betyder det for mødet at jeg er til stede?

Lokalets fysiske indretning og indtryk på mig.

Deltagernes påklædning, lyde og lugte.

Tid; mødets tid, tiden før og efter mødet, patientens behandlings/indlæggelsestid, tid i institutionen, tid i samfundet historisk og politisk.

Mødedeltagernes ankomst til mødet. Hvem sidder hvor og hvordan kom de til at sidde der.

Hvem taler hvornår og hvor meget, hvem taler ikke? Hvem er ordstyrer og hvordan? Hvem starter mødet? Er der en dagsorden for mødet?

Stemningen og tonen under mødet. Sociale relationer mellem mødedeltagere.

Hvad tages for givet?

Anvender mødedeltagerne fagsprog eller hverdags sprog?

Italesættes både den professionelle viden og værdier samt patientens personlige viden og værdier?

Hvilke håb udtrykkes omkring fremtiden? Hvad er meningsfyldt for deltagerne?

Hvordan træffes beslutninger? Er det tydeligt når en beslutning er truffet eller den er til diskussion? Er det tydeligt om der er konsensus omkring beslutninger?

Patientens autonomi og selvbestemmelse.

11.5 Appendix 5 (interviewguide med behandler før mødet)

Hvad forstår du ved at patienten har deltaget i at udarbejde sin behandlingsplan, hvornår har patienten deltaget aktivt?

Hvilke udfordringer og muligheder ser du i forhold til patienters deltagelse i at udarbejde egen behandlingsplan?

Hvilken betydning har det for jeres samarbejde om beslutningerne i behandlingsplanen er truffet i fællesskab mellem patienten og behandlerne? **(SDM/empowerment)**

Jeg ved i anvender tvang i behandlingen. Hvad gør I, hvis I er uenige om noget under mødet f.eks. medicineringen? **(symbolsk deltagelse)**

Hvordan kommer patientens viden, ønsker og mål i spil når behandlingsplanen udarbejdes? **(sundhedsbegreber)**

Hvordan håndteres det, hvis behandlerne har et syn på den bedste behandling som er modstridende med patientens ønsker og mål? **(sundhedsbegreber)**

Hvilken betydning har patientens deltagelse i at udarbejde behandlingsplanen for det efterfølgende? **(samarbejde mellem patienten og behandlerne)**

Hvad er vigtigt i forhold til at forberede patienten på, at deltage i at udarbejde sin behandlingsplan? **(decision aids)**

Hvilken betydning har det om andre fra patientens **netværk** deltager i udarbejdelse af patientens behandlingsplan?

Hvad er den største **forandring** ved, at patienterne deltager i at udarbejde egen behandlingsplan?

Hvad er vigtigt i forhold til at **styrke arbejdet** omkring patienters deltagelse i at udarbejde egen behandlingsplan?

Oplever du at, at patienters deltagelse i at udarbejde egen behandlingsplan fremmer en **recoveryorienteret** praksis?

Er der noget du synes er vigtigt at få med som vi ikke har været inde på?

11.6 Appendix 6 (Interviewguide med behandler efter mødet)

Forberedt interview.

Hvordan oplevede du dette møde omkring X's behandlingsplan? (Patientens deltagelse)

Hvilke udfordringer og muligheder var der i forhold til denne patients deltagelse i at udarbejde egen behandlingsplan?

Har du en oplevelse af, at I fik truffet beslutningerne i behandlingsplanen i fællesskab mellem patienten og behandlerne? (SDM/empowerment)

Hvordan oplevede du at patientens synspunkt kom i spil under mødet? (Problemliste, ønsker og mål for fremtiden, viden og værdier)

Hvordan oplevede du at behandlernes synspunkter kom i spil? (faglig viden og erfaring)

Hvordan oplevede du at de pårørendes synspunkter kom i spil? (viden, ønsker og værdier)

Hvilken betydning oplever du, at patientens deltagelse i at udarbejde behandlingsplanen har/kommer til at have for samarbejdet mellem denne patient og behandlerne?

Hvad har haft betydning i forberedelsen af denne patients deltagelse i at udarbejde behandlingsplanen? (Patientens forberedelse/behaviorlernes forberedelse/decision aids)

Hvilken betydning har det at patientens netværk deltog/ikke deltog i udarbejdelse af patientens behandlingsplan?

Hvordan tror du at præcis denne patient oplevede ved, at deltage i at udarbejde egen behandlingsplan?

Er der noget du synes er vigtigt at få med som vi ikke har været inde på?

11.7 Appendix 7 (Rekonstrueret interviewguide med behandlere efter mødet)

Kan du kort fortælle om patientens behandlingsforløb og tilstand?

Hvordan kan det være at patienten ønskede at tale med psykiateren lige inden det fælles møde, hvor psykiater, kontaktperson, sønner og jeg skulle deltage?

Hvilke ønsker har patienten haft omkring sin behandling?

Hvilke ønsker har patientens sønner haft omkring behandlingen?

Har behandlere og patient (pårørende) haft fælles mål for behandlingen?

På hvilke områder har behandlere og patienten/pårørende været enige/uenige om behandlingen?

Er der anvendt tvang i forbindelse med patientens behandling?

Har der været vanskeligheder omkring at inddrage denne patient i egen behandling?

Hvilke fordele har der været ved at inddrage denne patient i sin behandling?

Hvilken betydning har det haft at patienten er blevet inddraget i sin behandling?

Har kontaktpersonen hjulpet patienten med, at forberede sig til dette møde?

På hvilken måde?

Kunne patienten samarbejde omkring dette?

Vanskeligheder omkring at være åben overfor patienten i forhold til behandlingens muligheder; virkning og bivirkning.

11.8 Appendix 8 (Interviewguide til interviews med patienter)

Kan du fortælle lidt om hvordan du **har oplevet** at være med til at planlægge din egen behandling?

Hvilken betydning har det for dig at du deltager i møder, hvor din behandling planlægges?

Eksempler fra mødet;

Hvad synes du var **godt/skidt** ved at deltage i mødet?

Har du fået støtte til at **forberede** dig inden mødet, på hvilken måde?

Havde du fået hjælp til at formulere dine ønsker og mål for fremtiden?

Blev der lyttet til **dine ønsker og erfaringer**, det der var vigtigt for dig? Fortæl lidt mere

Har du været **med til at træffe beslutninger** omkring din behandling, på hvilken måde?

Hvilken betydning har det at få indflydelse på din behandling (eller ikke at få det)?

Var du med til at **beslutte hvem der skulle være med** til mødet?

Hvilken betydning har det for dig at dine **pårørende** var med til møde/bliver inddraget?

Hvordan påvirker det **dit forhold til behandlerne** at blive inddraget i behandlingen?

Hvordan påvirker det **din måde at have det på at blive inddraget** i planlægning af behandlingen?

Hvilken betydning har det at du deltog på mødet i forhold til hvad du har fået ud af din indlæggelse/behandling?

Er der noget du synes skulle have været anderledes?

Noget du vil foreslå mere af/mindre af i forhold til din deltagelse omkring din behandlingsplan?

11.9 Appendix 9 (mine svar på spørgsmålene i appendix 5, forforståelse)

Hvad forstår du ved at patienten har deltaget i at udarbejde sin behandlingsplan?

Behandlerne har talt med patienten om dennes problemer og forventninger til denne indlæggelse. Behandlerne har fortalt om hvilke tilbud der er under indlæggelsen og har allerede lavet nogle aftaler med patienten omkring behandlingen. F.eks. udgang, kontaktperson, medicin, aktiviteter. Patienten er inviteret med til et møde hvor læge, kp, pt. og evt. andre skal lave en plan for patientens videre behandling. Patienten er evt. blevet spurgt om, hvem han ønsker deltager i mødet og disse er så inviteret med. Patienten har takket ja og mødet er gennemført, der er nedskrevet en behandlingsplan.

Hvilke udfordringer og muligheder ser du i forhold til patienters deltagelse i at udarbejde egen behandlingsplan?

Det kan være svært at nå at forberede patienten og planlægge et møde med relevante parter, inden patienten allerede skal udskrives igen. Det er især svært at få koordineret med eksterne samarbejdspartnere. Det er svært i forhold til patienter, der udsættes for tvangsbehandling. Det er ligeledes svært i forhold til meget kognitivt forstyrrede patienter og aggressive patienter.

Vi oplever, at samarbejdet mellem patienter og behandlere er blevet bedre efter at vi inddrager patienter og deres netværk mere eksplicit i beslutningerne. Feks ved at invitere dem med til det møde hvor planen formeldt udarbejdes.

Det er tidsbesparende når alle relevante parter incl. patienten, selv er med til at udarbejde planen, fordi beslutningerne kan blive diskuteret færdigt, også selvom man ikke kan blive enige om alt. Før måtte man ofte lave planen om, fordi patienten sagde nej tak til planen, når han fik den fremlagt, og så var det en ommer.

Hvilken betydning har det om beslutningerne i behandlingsplanen er truffet i fællesskab mellem patienten og behandlerne? (SDM/empowerment)

Når beslutningerne er truffet i fællesskab, er der kommet mere viden frem inden beslutningerne blev truffet, og derfor er der større chance for, at de bliver fulgt. Patienten samarbejder i højere grad om planen, når han har været med til at tage beslutningerne. Mindre aggression og modstand.

Kan du sige noget om mødet mellem patientens personlige viden om og holdning til sin sygdom og behandling og så behandlerens professionelle og faglige viden og erfaring i forhold til dette? (sundhedsbegreber)

Det kan være svært at følge alle de behandlingsmæssige procedurer (VIP) og samtidig være åben overfor patientens personlige meninger. Det er svært, når en patient ønsker en anden behandling, end den vi har erfaring for virker. Det er godt at få patientens erfaringer på banen, f.eks. fordi medicin virker forskelligt på folk, og fordi der er større chance for, at patienten følger planen, når der er lyttet til hans personlige viden og meninger.

Hvilken betydning har patientens deltagelse i at udarbejde behandlingsplanen for det efterfølgende samarbejde mellem patienten og behandlerne?

Samarbejdet bliver generelt bedre. Indlæggelserne bliver kortere. Tvang reduceres. Men det er tidskrævende, og det kan være frustrerende, at skulle måles på det. Når ikke vi kan blive enige, kan det give konflikter, hvis vi som behandlere er nødt til at træffe beslutninger, som pt er imod f.eks. tvang.

Hvad er vigtigt i forberedelsen af patientens deltagelse i at udarbejde behandlingsplanen? Patientens forberedelse/behandlernes forberedelse. (decision aids)

Det er vigtigt, at kp og pt tidligt får talt sammen om, hvad pt forventer af denne indlæggelse, hvilke behov og problemer han har, og hvad vi har mulighed for at tilbyde under denne indlæggelse. Det er vigtigt for behandlerne at få en masse viden om pt, men det er også vigtigt, at pt får informationer af behandlerne om sin sygdom, behandling og om hvordan afdelingen fungerer, og hvad vi kan tilbyde.

Vi bruger et ark, der er meget enkelt, fordi vores ptt er dårlige. Der står noget om, hvilke problemer har jeg, og hvilke mål har jeg for min indlæggelse.

Det er vigtigt at få inviteret netværket i god tid, så de kan planlægge efter det.

Hvilken betydning har det om andre fra patientens netværk deltager i udarbejdelse af patientens behandlingsplan?

Det betyder meget at få dem med, som pt har meget at gøre med i hverdagen. Det kan være familie eller medarbejdere fra et bosted. På den måde får vi mere viden på banen, og vi kan lave fælles aftaler om, hvordan pt kan støttes efter udskrivelse.

Hvordan oplever du medarbejdernes tilgang til, at patienter skal deltage i at udarbejde egen behandlingsplan?

Nogle var usikre på det i starten, og de ambulante var frustrerede over, at de ikke altid blev inviteret med. Det var de tværfaglige også. Før var alle behandlere med til mødet, hvor behandlingen blev planlagt. I dag synes alle, at det er vigtigt, at patienten deltager, og så kun de der er vigtige at have med, det giver mening. Det har styrket samarbejdet mellem behandlere og patienter. Behandlingen er blevet mere målrettet.

Hvad synes patienterne om, at deltage i at udarbejde egen behandlingsplan?

Nogle siger fra, men de fleste er positive. De føler sig mere hørt, og forstår mere af, hvad der foregår, de bliver mere aktive. Vi har oplevet en patient der selv kontaktede netværket og arrangerede mødet. Når man giver folk et ansvar, viser det sig, at de kan meget mere, end vi troede.

Hvad er den største forandring ved, at patienterne deltager i at udarbejde egen behandlingsplan?

Det er blevet mere vi end os og dem. Vi skal som behandlere reflektere mere over, hvad der har betydning for den enkelte. Der er mindre rutine. Det er krævende men også spændende og meningsfuldt. Man kan godt blive frustreret, når der så er ptt, der ikke kan eller vil deltage.

Hvad er vigtigt i forhold til at styrke arbejdet omkring patienters deltagelse i at udarbejde egen behandlingsplan?

Det ville være godt med flere ressourcer altså bedre normeringer. Det vil også være godt med noget mere undervisning, om hvad andre gør og teori osv. Vi kan godt udvikle vores papir, som vi bruger til at forberede ptt. Vi kan også blive bedre til at få det gjort. Ikke alle medarbejdere går lige højt op idet.

Er der noget du synes er vigtigt at få med som vi ikke har været inde på?

11.10 Appendix 10 (Afsnittets beskrivelse af mødestruktur)

Struktur for behandlingsmøde

Der er en mødeleder, som holder øje med tiden og gør opmærksom på, når der er gået 15 min., samt når der er 5 min. tilbage.

1. Kort præsentationsrunde

(også selv om de forskellige ved hvem hinanden er)

2. Mødeleder orienterer om rammerne for mødet

Alle kommer til at sige noget efter tur. Det vil være patienten, som starter. Herefter KP, de tværfaglige, lægen, de pårørende og til slut patienten.

Herefter vil mødelederen afslutte med et beslutningsresumé af mødet.

3. Patienten læser sine mål op, samt fortæller hvordan det går.

4. Kontaktpersonen har et kort oplæg med sygeplejefaglige observationer

En sygeplejefaglig beskrivelse af patientens aktuelle tilstand – ses der forandringer i patientens tilstand (bedring/forværring)?

Hvilke plejeplaner er aktuelle/hvilke aftaler er aktuelle.

5. Tværfaglige samarbejdspartnere fortæller kort om evt. behandlinger, tiltag samt effekt af disse.

6. Læge informerer om status i forhold til behandling og medicin.

7. Pårørende fortæller, spørger eller kommenterer.

8. Patienten har mulighed for til sidst at få ordet for at supplere.

9. Mødelederen afslutter med et beslutningsresumé af behandlingsmødet.

10. Mulighed for at aftale en evt. ny dato for et nyt møde.

Vejledning til behandlingsmøde på afsnit

Det er afsnittets overlæge, der sammen med patienten og kontaktpersonen beslutter, at der skal være et behandlingsmøde samt dato for dette.

Behandlingsmødet afholdes tirsdag formiddag eller efter aftale med afsnittets overlæge.

Behandlingsmødet varer 30 min. for den enkelte patient.

Det er som udgangspunkt patienten, der beslutter, hvilke pårørende der skal inviteres til at deltage (kontaktperson samt andre relevante skal motivere patienten til at invitere pårørende til at deltage). Derudover inviteres relevante tværfaglige/andre samarbejdspartnere

(DPC, OP, kommunalt regi m.m.)

Det er kontaktpersonen, der sørger for, at alle inviteres og melder tilbage til patienten, hvem der kommer.

Patienten skal senest dagen før behandlingsmødet have udleveret "Ark med Langsigtede og Kortsigtede Mål" samt "Problemark", så patienten har tid til at udfylde disse.

Kontaktpersonen informerer patienten om behandlingsmødet mhp. struktur og form samt hjælper patienten med at udfylde "Ark med Langsigtede og Kortsigtede Mål" samt "Problemark", hvis det findes nødvendigt.

Kontaktpersonen gennemgår målene med patienten inden behandlingsmødet samt danner sig et overblik over, hvad patienten evt. har brug for støtte til ved behandlingsmødet (evt. verbalisering,

støtte til struktur, garant for at vigtige emner tages op m.m.). Kontaktpersonen sørger for, at patienten er klar til tiden og har sine mål med.

Derudover har kontaktpersonen forberedt et kort oplæg med sygeplejefaglige observationer, beskrivelse af aktuelle sygeplejeplaner samt evt. problemstillinger.

11.11 Appendix 11 (personlige mål/decision aid fra udskrevet.dk)

Personlige mål

Dette skema er til dig, der for tiden er patient på en psykiatrisk afdeling eller følges i en distriktspsykiatri/psykiatrisk ambulatorium.

I skemaet kan du skrive et par ord om, hvilke drømme du har for fremtiden, og hvilke mål, der er vigtige for dig nu og her.

Skemaet er udarbejdet i et samarbejde mellem mennesker, der selv har prøvet at være patienter i psykiatrien, og sundhedsprofessionelle. Skemaet skal hjælpe dig til at holde fokus på, hvad du på sigt gerne vil have ud af din behandling.

For at personalet bedre kan støtte dig i dette arbejde, vil det være en hjælp, at du deler dine tanker om drømme og mål med os. Vi vil gerne hjælpe dig med at udfylde skemaet, og taler gerne løbende med dig om de tanker, du gør dig. Tag eksempelvis skemaet med dig til lægesamtaler, så skemaet kan indgå i den behandlingsplan, der lægges for dig af din læge.

Vigtigt er det dog, at skemaet bliver en hjælp og et konkret værktøj til dig selv i arbejdet med at få det bedre.

Mine mål:

På langt sigt:

På kort sigt:

Disse kunne for eksempel være:

At bo i min egen lejlighed

At komme tilbage på arbejde

At kunne rejse til Jylland for at se min familie

Hvad ønsker jeg, at behandlingen skal støtte mig i?

Det kan for eksempel være:

At overnatte en nat hjemme

At overveje arbejdsprøvning

At få en god og stabil kontakt med et familiemedlem, som kan støtte mig i processen.

Sådan kommer du i gang:

Her kan du skrive ned, hvad du tænker, der skal gøres for at du når dine mål.

Du kan udfylde skemaet alene eller sammen med en fra personalet.

Hvor skal jeg starte?

Hvad har jeg brug for hjælp til/hvad tror jeg bliver svært?

Hvem kan hjælpe?

Hvornår vil jeg gerne have nået mit mål eller kommet det nærmere?

Hvad skal til for, at jeg klarer det?

Hvis du gerne vil vide mere kan du læse om recovery i Region Hovedstadens Psykiatri her:

<http://www.psykiatri-regionh.dk/menu/UNDERSØGELSE+OG+BEHANDLING/Recovery+-+håb+og+muligheder+for+at+komme+sig/Om+recovery/Om+recovery.htm>

Ovenstående er hentet på udskrevet.dk