



Der skal to til tango

– om patientinddragelse i psykiatrien

Kandidat i Folkesundhedsvidenskab
School of Medicine & Health, Aalborg Universitet
Speciale, 4. semester. Afleveringsdato 1.6.2016
Antal anslag: 197.411

Agnes Klit Engemann
Bettina Ellen Grønbech
Gitte Lopdrup Jensen
Vejlleder: Louise Lund Holm Thomsen

Resumé

Baggrund: Patientinddragelse har en positiv effekt på behandlingen af patienten i sundhedsvæsenet. Patientinddragelse kan være vanskeligt ved patienter med lav sundhedskompetence som den psykiatriske patient. I Psykiatrien i Region Nordjylland anvendes konceptet Patientens team, som en fælles beslutningstagning til inddragelse af den psykiatriske patient.

Formål: Dette speciale har afgrænset sig til at omhandle, hvilke barrierer der kan identificeres for patientinddragelse på et psykiatrisk afsnit N7 i Region Nordjylland samt hvilke tiltag, der fremadrettet kan planlægges for at sikre, at patienten i et større omfang inddrages i beslutninger omkring sin behandling.

Metode: Specialet er et kvalitativt casestudie med afsæt i en socialkonstruktivistisk tilgang til feltet, med inspiration af Kathy Charmaz' udlægning af Grounded theory. Feltsamtaler er anvendt for at undersøge barrierer for fælles beslutningstagning. På afsnit N7 er der udført et observationsstudie af behandlingsmøder samt foretaget feltsamtaler. Analysen er foretaget med begreber fra Erving Goffman samt Charles' fire kriterier for fælles beslutningstagning. Et systematisk litteraturstudie er anvendt for at søge besvarelse af, hvilke elementer, der kan medvirke til fælles beslutningstagning.

Resultat: Anvendelse af fagsprog ved behandlingsmøder ses som en barriere. De pårørende kan udgøre en ressource for patienten til møderne. Formålet med mødet er ikke altid tydeligt, hvilket medfører en forskellig opfattelse af dagsorden for møderne. Hvis der ikke udveksles information er det en barriere. Den konsensus som skabes mellem personalet på formøder kan udgøre en barriere for fælles beslutningstagning

Konklusion: På behandlingsmøder i Patientens team anbefales en tydelig anerkendelse af pårørende og at mødetidspunkter tilrettelægges under hensyntagen til de pårørende. Der bør være en kendt og fælles dagsorden for møder mellem parterne. Personalet skal overveje formøders funktion, idet de kan udgøre en barriere. En reduceret brug af PC til møder og at der arbejdes med mere aktiv lytning og færre faglige termer samt et revideret aftaleark vil fremme en fælles beslutningstagning i Patientens team.

Abstract

Introduction: User involvement in health care has a positive outcome. Involving patients can be difficult in the case of low health literacy, as with patients with psychiatric disorders. In Psykiatrien in North Jutland, the concept of “Patientens team” is used, as a means to shared decision making and user involvement of the patient within psychiatric health treatment.

Objective: To explore which barriers can be identified for Shared decision-making in the psychiatric ward N7 in the Northern Jutland and to decide, which elements can be implemented to ensure patients to a greater extent is involved in decisions of their treatment, a study has been made.

Methods: The study is a qualitative Case Study and with the inspiration of Kathy Charmaz’ Grounded theory approach to the field, conversations in the field have been used to explore barriers for shared decision making in psychiatric care. On the inpatient ward N7, an Observation Study of meetings within the concept of “Patientens team”, has been made. The notes were analyzed using Erving Goffmans concepts and the four criteria for Shared decision-making by Cathy Charles. A systematic literature search was made, to seek answers to improvements of Shared decision- making within psychiatric care.

Results: Barriers at meetings were found to be, the use of jargon in communicating with patients and relatives. Relatives can be a resource for the patient, at meetings. If the purpose of meetings is not made clear, it can lead to pursuing different agendas. If information is not exchanged it is found to be a barrier. The consensus made within the group of staff at meetings before meeting with the patient, can be a barrier for shared decision-making.

Conclusion: At meeting within “Patientens team” relatives should be recognized for their presence and meeting should be planned, under consideration to relatives’ opportunity of participating. There should be a well-known agenda for meetings between the participants of the meeting. Staff should consider having meetings before meeting with the patient since it could be a barrier. To promote Shared decision-making, it is advised to reduce the use of a PC at meeting, listening carefully and a reduced jargon in meeting. A revised agreement pages will add to shared decision making within “Patientens team”.

Forord

Hvis der skal danses tango skal der lyttes til dansepartneren og til musikken. Den enkelte skal være i balance og kan ikke være ligegyldig eller slap overfor dansepartneren. Musikken guider parterne ind i tangoens bevægelser. Rummet mellem de to dansende er energifyldt, nærværende og man er i kontakt med hinanden. Der skal to til at danse en tango og dansen kan kun lykkes hvis begge parter tager de rigtige skridt.

Dette speciale omhandler ikke tango, men alligevel har associationen til tango været med gruppen gennem de sidste fire måneder. Specialet handler om patientinddragelse i psykiatrien og dansen er den som foregår mellem det sundhedsprofessionelle personale og patienten. Der er bestemte skridt der skal tages og dansen kan kun lykkes, hvis begge parter tager de rigtige skridt i dansen. Det kan være vanskeligt at afgøre præcis, hvilke skridt der skal tages, da der jo er forskel mellem mennesker på højde, drøjde og evne til at bevæge sig.

Specialet har undersøgt interaktionen mellem patienter og det sundhedsfaglige personale til møder i Patientens team. Vi er gennem udformningen af specialet blevet klar over, hvor vigtigt det er, at begge parter tager skridt til at danse tangoen.

Specialet er udarbejdet fra februar til juni 2016 og vi har i perioden haft en lang række samtaler for at afdække feltet. Vi vil hermed gerne takke: tidligere patienter i psykiatrien, sundhedsfaglige ledere og projekt ledere placeret forskellige steder i psykiatrien for, på forskellig vis, at have bidraget til en afdækning af specialets område.

En særlig stor tak rettes til det sundhedsfaglige personale på almenpsykiatrisk afsnit N7 i Frederikshavn for deres imødekommenhed og åbenhed overfor, at byde os indenfor i deres arbejdsliv. Uden deres velvilje til, at lade os kigge dem over skulderen og være med i afsnittet, havde det ikke været muligt at undersøge feltet. En særlig tak til souschef Kathe Kjær Lyng for altid, at stille sig til rådighed, når vi havde behov for hendes hjælp.

Sidste men ikke mindst vil vi gerne takke vores vejleder Louise Lund Holm Thomsen for at give os tro på at problemfeltet var vigtigt nok til at udgøre et speciale i Folkesundhedsvidenskab og for med sikker hånd at lede os gennem processen omkring specialets tilblivelse.

Det er vores håb at der bliver danset mere tango i sundhedsvæsenet.

Indholdsfortegnelse

1 Initierende problem	2
2 Problemanalyse.....	4
2.1 Patientinddragelse i Sundhedsvæsenet	4
2.2 Lav sundhedskompetence hos psykiatriske patienter	5
2.3 Patientinddragelse i psykiatrien	6
2.4 Medicincompliance i Psykiatrien	7
2.5 Patientens tilstand og ressourcer som barriere.....	7
2.6 Organisatoriske forhold som barriere	8
2.7 Den sundhedsprofessionelle som barriere	9
2.8 At være indlagt.....	10
2.9 Udfordringer for patientinddragelse i Psykiatrien	11
2.10 Fælles beslutningstagning - en model for patientinddragelse.....	12
2.11 Patientens team - en ramme for fælles beslutningstagning.....	13
2.12 Afsnit N7, et psykiatrisk afsnit i Frederikshavn	15
2.13 Opsamling på analysen.....	15
3 Afgrænsning.....	19
3.1 Problemformulering	20
3.2 Forskningsspørgsmål	20
4 Specialets videnskabsteoretiske referenceramme	22
4.1 Videnskabsteori	23
5 Design og metodologi	26
5.1 Teorigenererende casestudie	26
5.2 Grounded theory	28
5.3 Grounded theory med konstruktivistisk tilgang.....	28
6 Dataindsamlingsmetode	31
6.1 Uformelle samtaler	31
6.2 Deltagerobservationer	32
6.3 Feltsamtaler.....	33
6.4 Observationsroller og position på afsnittet	34

6.5 Overvejelser om tid og varighed	35
6.6 Overvejelser i forhold til rum	35
6.7 Forhandling	36
6.8 Feltnoter	36
6.9 Litteraturstudie.....	37
6.9.1 Indledende litteratursøgning.....	37
6.9.2 Systematisk litteratursøgning	38
6.9.2.1 Vurdering af artiklers relevans	39
6.9.2.2 Inklusion- og eksklusionskriterier	39
6.10 Ethiske overvejelser	43
6.10.1 Forskningsetik.....	43
7 Analysestrategi	47
7.1 Kodning	47
7.1.1 Initierende kodning	47
7.1.2 Selektiv kodning.....	48
7.2 Kategorisering	48
7.3 Sensitiverende begreber	50
8 Goffmans begreber som analytisk referenceramme	53
8.1 Optrædener	53
8.2 Samhandlingen.....	54
8.2.1 Praksiskonsensus	54
8.3 Holdet.....	55
8.4 Kulissen.....	56
8.5 Facadeområdet og adfærden	56
8.6 Bagsideområdet og adfærden	56
8.7 Den sociale institution.....	57
8.8 Anamnesen	57
8.9 Tilpasning til institutionen, psykiatrisk sygehus	57
9 Analyse	59
9.1 Beskrivelse af kulissen på det psykiatriske afsnit.....	60
9.2 Møderne på afsnittet.....	61
9.3 Scenen sættes.....	62
9.4 Hvad taler vi om?.....	64

9.5	Hvad er dagsordenen for mødet?.....	67
9.6	Samhandlingens regler	68
9.7	Formødets betydning	68
9.8	Sammenbrud i samhandlingen	69
9.9	At lytte til informationer og at udveksle dem	70
9.10	Du kan få en kopi	71
9.11	Opsamling af analysens fund.....	72
10	Forandringsdelen.....	75
10.1	Deltagelse af mindst to parter	75
10.1.1	Facilitering af en styrket pårørendeinddragelse	76
10.2	At begge parter tager skridt til deltagelse i processen	77
10.2.1	Scenen sættes, herunder anvendelse af symboler.	77
10.2.2	Mødets formål	78
10.2.3	Formødet.....	78
10.2.4	Aftalearkets udformning.....	79
10.3	At begge parter deler informationer	81
10.3.1	Patienten deler informationer.....	81
10.3.2	De sundhedsprofessionelle deler informationer	83
10.3.3	Patientinddragende kommunikation.....	83
10.4	At der træffes en fælles beslutning, som der er opnået en enighed om	84
10.5	Opsamling på forandringsforslag.....	84
10.6	Implementering af forandringsforslagene på N7.....	85
10.6.1	Tilsigtede og utilsigtede konsekvenser af forandringsforslagene.....	87
10.6.2	Forandringsforslagenes overførbarhed	88
11	Diskussion	93
11.1	Diskussion af casestudie	93
11.2	Diskussion af deltagerobservation	94
11.3	Diskussion af Goffmans begreber.....	95
11.4	Diskussion af analysens resultater	96
11.5	Diskussion af litteraturstudie	98
12	Konklusion.....	100
13	Referencer	103
14	Bilagsfortegnelse.....	108

Kapitel 1

Initierende problem

1 Initierende problem

Patientinddragelse har været et tema i sundhedsvæsenet gennem mange år og kan stadig være en udfordring for såvel sundhedssystemet som det sundhedsprofessionelle personale og patienten (Riiskjær, 2014). Det er kendt, at personer med en psykisk lidelse også har markant dårligere fysisk helbred end den øvrige befolkning (Phelan, Michael; Stradins, Linda; Morrison, 2001), og at psykiatriske patienter har en lav sundhedskompetence (Christensen & Grace, 1999; Friis & Jensen, 2015; Giandinoto & Edward, 2014).

Lav sundhedskompetence kan gøre det vanskeligt at forstå sundhedsinformation og navigere i sundhedsvæsenet (Nutbeam, 2008). Patientinddragelse har en positiv effekt for både den fysiske og den psykiatriske behandling (National Health Service; Capita Group, 2012).

På psykiatrisk sygehus i Region Nordjylland udgør konceptet *Patientens Team* en ramme for behandlingen af patienten, hvor patienten billedlig talt sættes for bordenden, når der træffes beslutninger omkring patientens behandling. Der stilles således forventninger om, at den syge patient inddrages og er en aktiv part i behandlingen. Dilemmaet er tydeligt: Patientinddragelse kan som sagt have en positiv effekt på psykiatrisk behandling, men netop psykisk sygdom og deraf følgende lav sundhedskompetence gør det ofte vanskeligt for patienten at formulere ønsker og planer for sit eget liv og dermed indgå som en aktiv partner i tværfaglige behandlingsmøder. Derfor vil dette speciale sætte fokus på patientinddragelse af den indlagte psykiatriske patient på behandlingsmøderne i Region Nordjylland.

Kapitel 2

Problemanalyse

2 Problemanalyse

Med afsæt i det initierende problem vil centrale elementer blive uddybet og analyseret i det følgende. Det analyseres hvordan patientinddragelse kan ses som en demokratisk udvikling som er udmøntet i lovgivningen. Det fremanalyseres at den psykiatriske patient kan have flere udfordringer i forhold til inddragelse, herunder at patienten ikke inddrages grundet en paternalistisk tilgang. Herefter redegøres for patientinddragelse i psykiatrien samt barriererne for inddragelse. Barriererne udgøres af en manglende medicincompliance, patientens sygdom som en barriere, organisatoriske forhold samt det sundhedsprofessionelle personale som en barriere for inddragelsen. Patientinddragelse afgrænses til at omhandle fælles beslutningstagning som en model for patientinddragelse. Herefter beskrives konceptet Patientens team, som rummer en fælles beslutningstagning og afslutningsvis beskrives psykiatrisk afsnit N7 i Nordjylland, som har påbegyndt implementering af Patientens team ved behandlingsmøder.

2.1 Patientinddragelse i Sundhedsvæsenet

Mødet mellem patient og sundhedsprofessionel har historisk set været karakteriseret som paternalistisk, hvor den professionelle er den aktive, vidende og bestemmende, og patienten er den passive, tillidsfulde og eftergivende. (Riiskjær, 2014). Gennem de seneste 20-30 år har tendensen imidlertid været, at patienter i stigende grad opfattes som aktive, informationssøgende borgere, der kræver medinddragelse og som sundhedsvæsenet kan forvente gør en aktiv indsats for egen sundhed.

Forskning dokumenterer, at patientinddragelse har en positiv virkning på behandlingsudfald såvel som på patienttilfredshed (Coulter & Ellins 2007; Elwyn m.fl. 2013). Patientinddragelse ses derfor som en væsentlig faktor i arbejdet med at højne kvaliteten såvel internationalt som i det danske sundhedsvæsen (Jacobsen m.fl. 2008). Patientinddragelse er udmøntet i Sundhedsloven flere steder i § 15 om informeret samtykke, i § 16 om information til patienten om sin tilstand og risikoen for komplikationer/ bivirkninger af behandlingen samt i § 20, der handler om, at patienten skal inddrages i drøftelserne af behandlingen i det omfang, det er muligt (Sundhedsministeriet, 2010). Dermed ses en intention om, at patienten skal inddrages aktivt i sit forløb.

Jönsson m.fl. angiver, at patientinddragelsen ikke er opstået i sundhedsvæsenet, men at inddragelse er en del af den offentlige diskurs, der tilskynder borgeren til selvforvaltning, selvledelse og personligt ansvar (Jönsson m. fl. 2015). Patientinddragelse er derfor både et krav fra borgerne og en naturligt følge af den offentlige diskurs om selv at tage ansvar. Som modsætning til paternalismen tales der nu om et partnerskab, som bygger på værdier som ligeværdighed og dialog. Men som sås i det initierende problem, knytter der sig udfordringer for psykiatriske patienter idet det gør sig gældende at der ofte ses en lav sundhedskompetence (Giandinoto & Edward 2014; Friis & Jensen, 2015; Christensen & Grace, 1999). I det følgende vil blive udfoldet, hvorledes det kan være et problem i forhold til inddragelse i behandlingen.

2.2 Lav sundhedskompetence hos psykiatriske patienter

Som anført i det ovenstående, har psykiatriske patienter ofte en lav sundhedskompetence. Sundhedskompetence kan forstås som den enkeltes viden og evne til at tage relevante beslutninger om egen sundhed i dagligdagen og navigere i sundhedsvæsenet (Nutbeam, 2008). Sundhedskompetence kan således siges at udgøre mange forskellige kompetencer som for den enkelte vil befinde sig i et kontinuum og eksempelvis afhænge af sygdom (Christensen & Grace 1999; Friis & Jensen, 2015). Dermed ses, at hvis et individ har en høj sundhedskompetence, er vedkommende i stand til kunne indgå i en ligeværdig samtale og udveksle information med den sundhedsprofessionelle. Det er imidlertid fundet i et ældre tysk studie og et nyere svensk, at psykiatriske patienter har et læseniveau svarende til henholdsvis 8. klasse eller 6. klasse derunder

(Christensen & Grace 1999; Svensson, 2015). Heraf ses, at det kan være vanskeligt for nogle psykiatriske patienter ikke blot at læse, men dermed også at forstå skriftlig sundhedsinformation. Således kan der være en risiko for, at nogle psykiatriske patienter med en lav sundhedskompetence ikke kan indgå i en dialog, hvor der forudsættes en viden, der baseres på skriftlig information.

Det kan sammenfattes, at sundhedskompetence har betydning for at navigere i både hverdagen og i Psykiatrien, og at nogle psykiatriske patienter har lav sundhedskompetence, hvorfor der er risiko, for at beslutninger for nogle psykiatriske patienter træffes ud fra en paternalistisk model, frem for at patienten bliver inddraget i beslutninger om egen behandling. Hertil fremføres i et australsk studie, at mennesker med lav uddannelse og lav sundhedskompetence ikke nødvendigvis ønsker, eller evner, at indgå i denne dialog. Dette tilsyneladende fordi de ikke kan se for-

målet med det, når nu psykiateren ved bedst (Smith m. fl., 2009). Alligevel er det en politisk intention og en del af en offentlig diskurs at inddrage patienten i pleje og behandling, hvilket vil blive yderligere problematiseret i det følgende.

2.3 Patientinddragelse i psykiatrien

Det fremføres i den nordjyske Psykiatriplan 2015 til 2020, at det er intention, at der foregår en reel inddragelse af patienten og den pårørende (Psykiatrien Region Nordjylland, 2015a). Anvendelse af ordet "reel" indikerer, at patientinddragelse ikke altid er praktiseret tidligere, men nu er målet for den nordjyske psykiatri. Der er tegn på, at ikke alle patienter ikke er blevet inddraget tidligere, idet indlagte psykiatriske patienter i efteråret 2015 gav udtryk for dette ved besvarelse af spørgeskemaer omkring deres tilfredshed med Psykiatrien. Der var ikke stor regional variation. I Nordjylland svarede eksempelvis 37 %, at de ikke kendte deres behandlingsplan, 19 % svarede, at de havde for lidt indflydelse på egen behandling, 31 % oplevede i mindre grad eller slet ikke at have fået information om medicinsk virkning og bivirkning, og 24 % af patienterne oplevede sig i mindre grad eller slet ikke informeret om livsstil, der kan påvirke sygdom (Psykiatri, 2016). Der er således plads til forbedring i forhold til patientinddragelse, også i den nordjyske psykiatri. Manglende praktisering af inddragelse af patienter kan have flere årsager. Professor Angela Coulter anfører, at det er krævende for patienten at deltage i en patientinddragelse, og at dette kræver en række kvalifikationer. Hun anfører, at det eksempelvis drejer sig om at forstå årsager til sygdom og faktorer, der påvirker sundheden. At man ved, hvornår der skal søges råd og professionel hjælp. At vælge passende behandling, mærke symptomer og virkningen af en behandling, at kunne håndtere virkningerne af kronisk sygdom og selv styre sin pleje samt tilegne sig sunde vaner, for at forhindre sygdom eller få tilbagefald" (Mulley, Trimble, & Elwyn, 2012).

Således anføres af både Coulter, Mulley, Christensen & Grace og Svensson at hvis patienten skal inddrages, kræver det en række kompetencer af patienten (Christensen & Grace 1999; Svensson, 2015). Måske af samme grund peger et hollandsk studie på, at der skal tages udgangspunkt i den enkelte patient og at patientinddragelse skal ses differentieret og situationsbestemt (de Haes, 2006). Det rejser spørgsmålet om hvem, der vurderer situationerne og dermed foretager en differentiering, og hvilket perspektiv vurderingen er baseret på. Således kan der være forskellige opfattelser blandt patienter og sundhedsprofessionelle.

2.4 Medicincompliance i Psykiatrien

Når patienten skal inddrages, ses det oftere i Psykiatrien end i det øvrige sundhedsvæsen, at der blandt patienter og sundhedsprofessionelle kan være forskellige opfattelser af, hvad der skal til for at blive rask (Lorem & Bakken, 2007).

Det er fremført, at efterlevelse af medicinske råd, *compliance*, er et centralt omdrejningspunkt for den medicinske behandling i Psykiatrien. (Deegan & Drake, 2006). Det kan anskues som en accept af en paternalistisk tankegang, hvor den sundhedsprofessionelles anbefalinger efterleves, uden at patientens perspektiv nødvendigvis er inddraget som værende væsentligt (Deegan & Drake, 2006). Imidlertid kan der, netop hvis patientens perspektiv inddrages, opnås flere gevinster, hvorfor det kan undre at der ikke i udstrakt grad søges en patientinddragelse i forhold til den psykiatriske patient (Deegan & Drake, 2006). Manglende compliance har eksempelvis vist sig at være den vigtigste årsag til genindlæggelser (Lorem & Bakken, 2007).

Manglende compliance kan altså få store konsekvenser for patienten, som risikerer genindlæggelse, men det har også har samfundsøkonomisk effekt, idet genindlæggelser udgør en belastning for den samlede samfundsøkonomi. De forskellige opfattelser af, hvad der skal til for at blive rask, kan således betegnes som barrierer for patientinddragelse.

Et nyere australsk studie har undersøgt, hvad sundhedsprofessionelle i Psykiatrien identificerer som barrierer i forhold til at træffe beslutninger i fællesskab i det tværfaglige psykiatriske arbejde. Barriererne kan kategoriseres i tre og relaterer sig til henholdsvis *patientens tilstand og ressourcer, organisatoriske forhold eller til sundhedsprofessionelle som barriere* (Chong, Aslani, & Chen, 2013). Disse kategorier vil i det følgende blive anvendt for at belyse hvilke barrierer, der kan identificeres set fra et sundhedsprofessionelt perspektiv. Dette gøres for at folde potentielle barrierer for patientinddragelse yderligere ud og for at belyse psykiatriske patienters patientinddragelse yderligere.

2.5 Patientens tilstand og ressourcer som barriere

Et australsk studie påviser, at der hos sundhedspersonale kan være en bekymring for at inddrage patienten på grund af patientens tilstand og ressourcer. Bekymringen kan skyldes patientens kognitive kapacitet i forhold til at have en indsigt i sin sygdom og behandlingsmuligheder, men også have relation til den psykosociale støtte fra familien (Chong et al., 2013). Dette forbehold over for inddragelse genfindes blandt andet også i et nyere tysk studie. Studiet fandt, at det for

patientgrupperne sindslidende med akut psykose, svær psykisk sygdom, reduceret indsigt i egen sygdom eller når der er tale om en kontroversiel medicinsk behandling ikke praktiseres at tage fælles beslutninger. Argumenterne fra de sundhedsprofessionelle var, at patienterne var uegnede til at indgå i den fælles beslutningstagning. Studiets forfattere anser psykiateres bekymring for at forværre patientens tilstand som en barriere for fælles beslutningstagning. Psykiaterne anvender et pres over for patienten, med begrundelse i at hvis patienten tager medicinen, vil han igen få indsigt i sin sygdom. (Hamann & Heres, 2014). Dermed kan anføres, at der kan ligge behandlingsmæssige og faglige årsager bag en manglende inddragelse af patienten i behandlingen. Dette ses endvidere i den danske lov om autorisation af sundhedspersoner, hvor der til både psykiatere og sygeplejersker stilles krav om at udvise omhu og samvittighedsfuldhed i forhold til deres faglige kundskaber og det fremføres at deres autorisation kan fratages dem, hvis de udviser forsømmelighed (Ministeriet for sundhed og forebyggelse, 2014a). Loven kan være med til at bekræfte de sundhedsprofessionelle i at nogle patienter ikke er i stand til at indgå i fælles beslutningstagning, og at de sundhedsprofessionelle med god samvittighed kan undlade at inddrage disse patienter i beslutninger vedrørende deres behandling.

Forfatterne til det førnævnte studie inddeler fælles beslutningstagning i tre kategorier og konkluderer, at der kun er én situation, hvor det ikke kan lade sig gøre: I situationer, hvor behandling er et spørgsmål om at redde liv. Alle andre situationer udgør et grundlag for, at fælles beslutningstagning kan praktiseres (Hamann & Heres, 2014). Der vil derfor i det følgende søges identificeret andre barrierer for at inddrage patienten i sin egen behandling og træffe fælles beslutninger på baggrund af inddragelsen. Dette benævnes som *fælles beslutningstagning*, og begrebet vil i det følgende blive anvendt for at belyse barriererne for patientinddragelse yderligere.

2.6 Organisatoriske forhold som barriere

Flere studier fremhæver det tværfaglige samarbejde som en mulig forhindring for fælles beslutningstagning. Således fremhæver det australske studie, at informationsdeling, lederskab, ressourcer og politikker kan udgøre en barriere (Chong et al., 2013). Det australske studie fandt ligeledes, at det tværsektorielle samarbejde, hvor patienten ud fra et fagligt perspektiv bliver vurderet forskelligt, kan have en betydning for en fælles beslutningstagning (Chong et al., 2013). Samme studie fremfører endvidere, at svarene fra informanterne i ovennævnte studie deler sig mellem de, der angiver, at der er et respektfuldt og godt samarbejde, og de, som synes, der er en dominerende medicinsk diskurs. Sidstnævnte synspunkt om, at en medicinsk diskurs er domine-

rende i Psykiatrien, genfindes i et dansk studie, som baserer sig på feltarbejde og lydoptagelser i to psykiatriske afsnit (Buus, 2006). Studiet har undersøgt tværfaglige konferencer og konkluderer, at der ingen synergieffekt fremkommer som en følge af tværfagligheden på møderne. Dette står i kontrast til, at det ofte fremføres, at det tværfaglige samarbejde netop er udbytterigt i forhold til at afhjælpe de psykiatriske problemstillinger, som patienten er indlagt som en følge af. Det fremføres endvidere, at det sundhedsprofessionelle personale har forskellige perspektiver på årsagen til psykisk sygdom, som eksempelvis psykosocialt betinget eller biomedicinsk betinget, og dermed også anskuer patientens behandling forskelligt. Dette resulterer ydermere i, at nogle personalegrupper ikke får eller fremkommer med viden og dermed ikke indgår i teamet på lige vilkår med de øvrige personalegrupper. Der skal således medtænkes en række organisatoriske faktorer som ressourcer, politikker, lederskab og eksistensen af en herskende diskurs, når der skal identificeres organisatoriske barrierer for patientinddragelse i Psykiatrien. Det er ligeledes fremført af flere, at metoderne hvormed der praktiseres fælles beslutningstagning mellem patienten og de sundhedsprofessionelle i Psykiatrien ikke er grundigt belyst, hvorfor der er behov for forskning på området (Campbell, Stowe, & Ozanne, 2011). Samme studie fremfører, at der udover organisatoriske barrierer også er barrierer for fælles beslutningstagning blandt de sundhedsprofessionelle (Ibid.). Dette vil derfor blive yderligere belyst i det følgende, i den hensigt at folde forhindringerne for en fælles beslutningstagning yderligere ud.

2.7 Den sundhedsprofessionelle som barriere

Det er i psykiatrisk behandling fundet, at sundhedsprofessionelle tror, de praktiserer fælles beslutningstagning, men reelt ikke gør det (Hamann & Heres, 2014).

Et australsk studie har fundet, at en manglende empati eller villighed til at lytte til patientens perspektiv udgjorde en barriere (Chong et al., 2013). Samtidigt er der som tidligere set en intention om patientinddragelse i Psykiatrien i Region Nordjylland (Psykiatrien Region Nordjylland, 2015a). Endelig er det fundet, at psykiatere betegner nogle situationer og diagnosekategorier som uegnede i forhold til praktisering af en fælles beslutningstagning. Det gælder blandt andet ved akut psykose (Hamann et al., 2009). Andre studier har fundet, at psykiatere ofte anvender en paternalistisk tilgang eller lægger et pres på patienten (Quirk, Chaplin, Lelliott, & Seale, 2012). Studier peger også på, at kommunikationen mellem de sundhedsprofessionelle ligesom manglende muligheder for en faglig udvikling, kan udgøre barrierer for at praktisere en fælles beslutningstagning (Campbell et al., 2011).

Der tegner sig således et broget billede af, at organisatoriske barrierer, herunder politikker, ledelse, ressourcer, faglig udvikling, risiko for stigmatisering men også antagelser om, at man tror, man praktiserer fælles beslutningstagning, kan udgøre barrierer hos de sundhedsprofessionelle for at anvende en fælles beslutningstagning. Patientens perspektiv på inddragelse vil derfor blive udfoldet for at søge at identificere mulige barrierer under en indlæggelse, set fra patientens perspektiv.

2.8 At være indlagt

Dette er undersøgt på forskellig vis, udover i det tidligere nævnte LUP undersøgelse (Psykiatri, 2016). Således har en Ph.d. afhandling af Agnes Ringer kaldet *Listening to patients* (Ringer, 2013) har undersøgt, hvordan der patientinddrages i Psykiatrien, ved at interviewe patienter og behandlere samt ved at deltage i hverdagen på henholdsvis et lukket og et distriktspsykiatrisk center. Hun undersøgte, hvad der skulle til for at patienter inddrages bedst muligt i deres egen behandling og fandt, at hvis patienten formåede at være en "god patient" ville patienten blive forstået og taget alvorligt af personalet. Patienterne foretog strategiske overvejelser omkring, hvordan de formulerede sig, så de på den ene side ikke fremstod for raske, hvis de ønskede at fortsætte behandlingen og på den anden side ikke fremstod så syge, at risikerede at blive "spærret inde". Afhandlingen fandt således, at der er uskrevne regler for, hvordan en patient skal agere, herunder hvad der hører med til normalt eller sygt. Disse forestillinger er med til at bestemme, hvordan patienter kan navigere i Psykiatrien. Der tegner sig dermed et billede af, at der eksisterer en særlig måde at være patient på, hvis man skal inddrages i sin behandling (Ringer, 2013).

Afhandlingens fund er yderligere belyst i et studie, som identificerede tre forskellige diskurser om sygdom. Diskurser som patienten ifølge studiet skal have en præcis fornemmelse af, for at blive taget alvorligt af personalet. Diskurserne var; *ustabilitet, virkelig syg* samt *indsigt*. Der eksisterer dermed ikke kun en diskurs, der kan siges at være biomedicinsk eller ej (Buus, 2006), men flere og andre diskurser, som har en betydning for, hvordan det er at være patient i Psykiatrien, og dermed hvordan man inddrages i behandlingen (Ringer & Holen, 2015). Dermed ses at patienter, som formår at fremføre "sig selv" så de forstås af personalet, i højere grad bliver taget alvorligt. Dette rejser spørgsmål om, hvor det efterlader patienter, som ikke formår at spille spillet. Det er således fremført, at hvis sundhedsprofessionelle tolker på, hvad de tror patienter ønsker, uden at patienterne er blevet inddraget eller spurgt, kan det resultere i en type diagnosefejl, kaldet *de stille diagnosefejl*. (Mulley et al., 2012). Dermed træffes der valg om en behandling med

udgangspunkt i en sundhedsprofessionel tolkning fremfor i patientens hverdagsliv (Mulley et al., 2012). Som tidligere fremført kendte 37 % af patienterne ikke deres behandlingsplan (Psykiatri, 2016), så det vides ikke, om patienterne har fået den behandling, som passede for den enkelte. Det rejser spørgsmålet om, hvorvidt der i Psykiatrien eksisterer særlige udfordringer i forhold til at inddrage patienten i en fælles beslutningstagning. Det vil derfor blive udfoldet i det følgende.

2.9 Udfordringer for patientinddragelse i Psykiatrien

Det psykiatriske felt har gennem de sidste 30 år gennemgået en betydelig forandring, blandt andet som en følge af udviklingen af medicinske præparater og deraf ændrede arbejdsopgaver for det sundhedsprofessionelle personale (Buus, 2009). Dertil kommer nedlæggelser af sengepladser i behandlingspsykiatrien og udbygningen af lokal- og distriktskykiatrien. Indlagte patienter skal i dag behandles på kortere tid, og de er ifølge sygeplejerske og forsker Niels Buus mere forstyrrede, når de indlægges (Buus, 2009)

I forhold til at indkredse, hvad der kendetegner det psykiatriske felt, er det fremført i en rapport fra Danske regioner, at hver femte dansker lider af psykiatriske problemer. Hver anden familie i løbet af livet vil være i kontakt med Psykiatrien (Danske Regioner, 2009a).

Fra anden side peges der på, at der i samfundet foregår en patologisering og stigende diagnostisering af tilstande, som tidligere har været anset som værende normale psykologiske reaktioner på eksempelvis en psykologisk belastning (Svend; Brinkmann, 2010). Affektive lidelser som eksempelvis depression eller mani udgør således for voksne den største gruppe af lidelser ved indlæggelse i Psykiatrien. En anden stor gruppe af psykiatriske lidelser blandt voksne er akutte eller forbigående psykoser eller skizofreni. Den tredje største gruppe udgøres for voksne af nervøse eller stressrelaterede sygdomme (Danske Regioner, 2009b). Disse faktorer er med til at udfordre Psykiatrien, sammenholdt med at alle regioner har et faldende antal indlæggelsesdage, som følge af at patienter er indlagt i kortere tid (Deloitte, 2012).

Dermed kan der være flere faktorer i den psykiatriske behandling, som kan bidrage til udfordringer i forhold til at inddrage patienter. I Psykiatrien gør flere forhold sig gældende i forhold til patientens autonomi og evnen til at indgå i en fælles beslutningstagning (Schauer, Everett, del Vecchio, & Anderson, 2007). Dette er ligeledes fremført som et væsentligt aspekt i en dansk kontekst i det respekten for et individs autonomi er en central værdi i vores kultur med lovfæstede rettigheder, som blandt andet Sundhedsloven medvirker til at sikre (Ministeriet for sundhed og

forebyggelse, 2014b). Respekten for den enkeltes autonomi kan dog blive tilsidesat via Psykiatrilovens § 5, som blandt andet giver ret til at frihedsberøve, hvis den enkelte er vurderet sindssyg eller er i en tilstand der kan ligestilles med sindssygdom (Ministeriet for sundhed og forebyggelse, 2010). I det psykiatriske felt kan der altså eksistere særlige udfordringer i forhold til inddragelse af patienter, idet patienters lovsikrede rettigheder kan være tilsidesat grundet deres sygdom. Dette medfører, at der er et særligt asymmetrisk forhold mellem patienten og det ansatte personale i Psykiatrien (Krause-Jensen, Niels, m.fl. 2009)

På den anden side af den ovennævnte kompleksitet i Psykiatrien er det anført, at fælles beslutningstagning kan ses som psykiatrisk rehabilitering af patienten og således kan betragtes som en *empowerment* af patienten (Schauer et al., 2007). Begrebet kan defineres som at give mennesker mulighed for at kontrollere deres eget liv (Rappaport, 1981). Der tegner sig dermed både særlige udfordringer men også en særlig mulighed for, at patienten i forbindelse med en fælles beslutningstagning genvinder en kontrol over sit liv som medfører en rehabilitering af sindslidelsen.

2.10 Fælles beslutningstagning - en model for patientinddragelse

Chefkonsulent I Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, Erik Riiskjær omtaler fælles beslutningstagning som selve kernen i partnerskabsbaseret praksis (Riiskjær, 2014).

Fælles beslutningstagning bygger på principper om, at beslutninger om behandling træffes i fællesskab mellem patienten og sundhedsprofessionelle. På engelsk benyttes terminologien *Shared decision-making*, som defineres som en proces, hvor patienten er involveret som aktiv partner sammen med den sundhedsprofessionelle i at afklare acceptable medicinske handlemuligheder og i at vælge en foretrukken klinisk behandling (Sheridan et al., 2004).

Fælles beslutningstagning er fremført af Charles m. fl. som situationelt betinget, og der kan derfor ikke angives en skabelon for, hvordan det praktiseres. Der gælder dog nogle karakteristika for, at der kan siges at være tale om en fælles beslutningstagning. For det første skal der deltage mindst to parter. Hvis patienten har en pårørende med sig, vil dynamikken i situationen øges. Det næste trin i fælles beslutningstagning er at begge parter tager skridt til at deltage i processen. Når patienten udtrykker ikke at ville deltage i fælles beslutningstagning, er det ikke nødvendigvis et udtryk for at patienten reelt ikke ønsker dette. Dermed ses en kompleksitet, som delvist også er situationelt betinget. Næste skridt i processen er, at der tages en fælles beslutning, når man har nået en enighed. Det kan her være uklart om patienten blot accepterer en behandling,

eller om patienten reelt ønsker den. Et fokus på patientens sociale, kulturelle og sygdomsmæssige kontekst vil bidrage til at belyse dette (Charles et al., 1997). Dette kan opstilles i følgende fire punkter:

1. Deltagelse af mindst to parter

2. At begge parter tager skridt til deltagelse i processen

3 At begge parter deler informationer

4. At der træffes en fælles beslutning, som der er opnået en enighed om.

(Charles et al.,1997).

I Psykiatrien er der en mangel på studier, som belyser, hvad der konstituerer en fælles beslutningstagning jf. Charles kriterier for en fælles beslutningstagning (Matthias et al., 2012). Derfor vil det i det følgende blive søgt analyseret, hvorvidt Patientens team kan siges at have et indhold, som bygger på Charles' kriterier for en fælles beslutningstagning, som anført i det ovenstående.

2.11 Patientens team - en ramme for fælles beslutningstagning

Region Nordjylland har lavet en rammebeskrivelse for en samarbejds- og organiseringsform, som skal skabe øget fokus på patientcentrering og sammenhæng i patientforløb. Denne ramme kaldes *Patientens team* (Olesen, 2013).

Hovedprincippet i Patientens team er angivet til at være, at patienten skal opfattes som deltager i en partnerskabsrelation med sundhedsprofessionelle, hvorunder det gælder at patienten kan beslutte om pårørende skal deltage i mødet (Olesen, 2013). Dermed kan det se ud til at Patientens team lever op til Charles kriterie om, at der skal være mindst to parter i processen (Charles et al.,1997). Det næste kriterie er ifølge Charles m.fl., at der tages skridt til at deltage i processen. I Patientens team kommer dette til udtryk i formuleringen om, at der er en etik, som beskriver, hvordan den professionelle møder patienten og de pårørende, og at det betyder, at der skal være respekt og en empatisk og ligeværdig dialog. Patienten skal ses i et livsperspektiv i modsætning til et sygdomsperspektiv. Patienten er ikke kun sin 8.sygdom eller diagnose, men et helt menneske, der lever sit liv, men har fået en lidelse, som behandlersystemet måske kan hjælpe med (Olesen, 2013). Ifølge Charles mfl. er det dernæst et kriterie, at der deles information mellem parterne (Charles et al., 1997). I Patientens team er det angivet. som at patienten bidrager med

sin egen livshistorie, præferencer og værdier (Olesen, 2013). Endelig følger det sidste element i en fælles beslutningstagning: at træffe beslutning om en behandling som begge parter er blevet enige om (Charles et al., 1997). I patientens team er dette blot formuleret som en målsætning om at der arbejdes ud fra en fælles beslutningstagning og at det sker ud fra det fælles anliggende om pleje og behandling mellem parterne (Olesen, 2013). Det kan heraf ses, at Patientens team bygger på kriterierne som Charles m.fl. angiver skal ligge til grund for en fælles beslutningstagning.

For at anvende fælles beslutningstagning har man i Patientens team anvendt metaforen *Patienten for Bordenden* til at beskrive patientens aktive deltagelse i den fælles beslutningstagning (Olesen, 2013). Derudover har man beskrevet de forventninger, der er til de sundhedsprofessionelles roller og patienternes rolle. Der skal således være en klar rollefordeling, fælles mål, gensidig tillid, effektiv kommunikation og målbare proces- og resultatindikatorer (Mainz & Jensen, 2015). Den klare rollefordeling medfører, at der er en hovedansvarlig for "*den kliniske vurdering, information, behandling og inddragelse i beslutningsprocesserne samt, at flowet i forløbet tilrettelægges hensigtsmæssigt*" (Mainz & Jensen, 2015). Den hovedansvarlige er den behandlingsansvarlige læge, men ansvaret for forløbet kan uddelegeres til en "stafetholder" og eller en "koordinator", som har ansvar for "*at koordinere og drive patientforløbet effektivt gennem systemerne*". Patientens team sammensættes og organiseres i forhold til forløbets karakter og de ressourcer, det er muligt at få i spil. Af følgende ses at organiseringen og rollefordelingen er veldefineret i Patientens team, hvilket også ses ved at Patientens team anvendes tværsektorielt (Sundhedsaftalen, 2015)

Der er dog tale om en ny samarbejds- og organiseringsform, hvorfor implementeringen af tankegangen er vurderet til ikke at være afsluttet. Der pågår således flere faser i implementeringen (Psykiatrien Region Nordjylland, 2015b), og det kan derfor forventes, at der stadig arbejdes med elementer, herunder måske også kriterierne for fælles beslutningstagning som anført af Charles og Olesen. Idet der som tidligere angivet mangler studier, der belyser fælles beslutningstagning i Psykiatrien (Matthias et al, 2012), vil der inden en afgrænsning af specialets problemstilling være en kort beskrivelse af den psykiatriske afsnit, som danner baggrund for at undersøge fælles beslutningstagning i Psykiatrien.

2.12 Afsnit N7, et psykiatrisk afsnit i Frederikshavn

Afsnit N7 i Frederikshavn er et åbent almenpsykiatrisk sengeafsnit for voksne. Det betyder, at afsnittet ikke er specialiseret, og at patientgruppen har mange forskellige diagnoser som skizofreni, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser samt affektive sindslidelser som blandt andet depression. Aldersgruppen er voksne personer over 18 år (Psykiatri.rn.dk) Plejen og behandlingen er organiseret med Patientens team som den overordnede ramme. Behandlingsmøder kan have tre forskellige formål: *indlæggelsesmøde, statusmøde eller udskrivningsmøde*, som alle fremover betegnes med fællesbetegnelsen *behandlingsmøde*. I behandlingsmødet deltager patienten, psykiateren, stafetholderen, socialrådgiveren samt den sundhedsfaglige kontaktperson for patienten. Derudover bestemmer patienten om eksempelvis pårørende skal deltage. Forud for et møde bruger patienten tid sammen med sin kontaktperson på at reflektere over emner som tages op på mødet. Ofte anvendes *aftaleark* til at nedskrive punkter som medbringes til møderne (Se bilag 2). På afsnittet arbejdes der, ud over dette møde, på forskellig vis med at styrke patienten i at deltage aktivt i fælles beslutningstagning. Således arbejdes der med *Meningsfuld forandring med metoden Guidet Egen-Beslutning* (Jørgensen, 2015). Metoden er et koncept, der faciliterer meningsfuld og effektiv problemløsning mellem patient og sundhedsprofessionel, så de sammen bruger deres potentiale i en proces, der fremmer patientens livsdygtighed. Guidet Egen-Beslutning (GEB) styrker patientens livsdygtighed, så patienten bedre bliver i stand til at kontrollere og give sit liv retning, og til at identificere problemer, løse problemer og træffe beslutninger (Zoffmann, 2005). Redskabet kan dermed ses som understøttende patientens tilstedeværelse og evne til at indgå i fælles beslutningstagning i Patientens team.

Det tværfaglige sundhedspersonale forbereder sig til møder i Patientens team ved et fast ugentligt møde, hvor der er en gennemgang af alle patienter på afsnittet. Plejepersonalet har løbende skriftlige udvekslinger af information og mødes hver fjortende dag. Der foregår dermed forberedelse af møderne i Patientens team på flere fronter og på flere måder, hvorfor det fremstår interessant at få belyst, hvorledes forberedelsen foregår, og om den kan afspejles i en effekt på møder med patienten, som baserer sig på fælles beslutningstagning.

2.13 Opsamling på analysen

Gennem problemanalysen er det initierende problem blevet belyst og udfoldet yderligere. Således er fundet i afsnittene "*lav sundhedskompetence hos psykiatriske patienter*" og afsnittet "*pati-*

entinddragelse i Psykiatrien”, at psykiatriske patienter med en lav sundhedskompetence oftere mødes med en paternalistisk tilgang, og at der kræves sundhedskompetencer af patienten for at kunne inddrages i sin behandling (Christensen & Grace 1999; Svensson 2015; Mulley et al. 2012). Det sås endvidere i afsnittene *Compliance i Psykiatrien* og *Patientens tilstand som barriere*, at en manglende inddragelse i den medicinske behandling medfører genindlæggelser for patienten og kan basere sig på at der er forskellige opfattelser af, hvad der er vigtigt for patienten. Fælles beslutningstagning kan være et redskab til at undgå genindlæggelser. Det sås også, at de sundhedsprofessionelles vurdering af patientens tilstand, herunder psykiaterens vurdering kan udgøre en barriere for, at inddrage patienten i en fælles beslutningstagning. Psykiateren har en bekymring for, at patienten ikke tager sin medicin, som medfører en paternalistisk tilgang til patienten. Kun situationer hvor det handler om at redde liv berettiger til ikke, at anvende en fælles beslutningstagning (Lorem & Bakken 2007; Deegan & Drake 2006; Chong m.fl., 2013; Hamann & Heres 2014).

Afsnittene om *Organisatoriske barrierer* og *Den sundhedsprofessionelle som barriere* viste at lederskab, ressourcer, politikker, manglende mulighed for faglig udvikling samt tværfaglige forskellige perspektiver medvirker til, at patientens behov anskues forskelligt. De sundhedsprofessionelle tror, at de allerede praktiserer fælles beslutningstagning. Psykiatere kan betragte nogle situationer og diagnosekategorier som uegnede til at indgå i en fælles beslutningstagning. Personalet kan være bekymrede for at patienten bliver stresset og får tilbagefald, hvilket ikke fremmer patientens autonomi og tillid til at indgå i en fælles beslutningstagning (Hamann & Heres 2014; Chong et al., 2013; Hamann et al., 2009; Quirk m.fl., 2012; Campbell et al., 2011; Schauer et al., 2007).

Endelig viste afsnittene om *At være patient* og *Udfordringerne for patienternes inddragelse i Psykiatrien* at sundhedspersonalets opfattelse af patienters evne til at indgå samarbejde i nogen grad afhænger af patienters evne til at navigere mellem diskurser om sygdom. Patienter, som ikke magter at navigere adækvat, risikerer at blive mistolket. For at opnå personalets forståelse og accept, tilpasser patienten sig personalets opfattelse af hvad psykisk sygdom er og hvordan det kommer til udtryk. Dermed vurderes patienten måske på et urealistisk grundlag. Patienter er i dag indlagt i kortere tid og er mere forstyrrede når de indlægges. I Psykiatrien er der således særlige udfordringer i forhold til patientens autonomi og kapaciteten til at indgå i en fælles beslutningstagning (Ringer 2013; Ringer & Holen 2015; Mulley et al., 2012; Buus 2009; Danske Regioner 2009b Deloitte, 2012, Schauer et al., 2007).

Endelig blev fundet, at der eksisterer en model for en fælles beslutningstagning og at Patientens team i Frederikshavn baserer sig på denne model, samt at der mangler studier som belyser hvordan fælles beslutningstagning anvendes i Psykiatrien (Charles et al., 1997; Olesen 2013; Matthias et al., 2012).

Kapitel 3

Afgrænsning og
problemformulering

3 Afgrænsning

Dette speciale vil afgrænse sig til at omhandle fælles beslutningstagning i Region Nordjylland med afsnit N7 som eksempel på, hvordan der arbejdes med at inddrage den psykiatriske patient på behandlingsmøder i rammen af Patientens team. Der vil med udgangspunkt i interaktionen mellem patienten og de sundhedsprofessionelle søges belyst, hvorledes beslutninger om patientens behandling træffes på møderne. Dette for at få et indblik i, hvilke barrierer der kan være for fælles beslutningstagning. Nærværende speciale vil således afgrænse sig til, at søge at identificere en interaktionistisk praksis på behandlingsmøder, hvor patienten og det sundhedsfaglige personale deltager. Dermed vil der ikke søges at identificere organisatoriske barrierer for patientinddragelse i Psykiatrien, selvom dette formentlig, jævnfør problemanalysen, kunne være relevant og ikke kan ses som adskilt fra den interaktionistiske praksis på møderne. Idet Patientens team er et tiltag i en implementeringsproces og der ikke eksisterer procedurer eller retningslinjer for, hvordan patientinddragelse skal praktiseres i Patientens team, vil specialet kunne bidrage til en kvalitetsudvikling på området. Specialet søger først at identificere barrierer for en fælles beslutningstagning i Patientens team, hvorefter mulige forandringstiltag anbefales, som fremadrettet kan anvendes i Psykiatrien med henblik på en øget patientinddragelse.

Således fremkommer følgende problemformulering som er todelt jævnfør den ovenstående afgrænsning.

3.1 Problemformulering

Hvilke barrierer er der for fælles beslutningstagning på møder relateret til Patientens team på afsnit N7?

Hvilke elementer i Patientens team på N7 kan forandres, så beslutninger om behandling foregår som en fælles beslutningstagning?

Med *barrierer* mener vi de faktorer der fremkommer i interaktionen mellem patienten og de sundhedsprofessionelle.

Fælles beslutningstagning belyses ud fra Charles' fire kriterier.

Møder defineres som behandlingsmødet og de møder der forbereder parterne til behandlingsmødet

Patientens team som konceptet er beskrevet af Mainz og Winther Jensen

Afsnit N7 er et almen psykiatrisk afsnit for voksne i Region Nordjylland

3.2 Forskningsspørgsmål

De følgende forskningsspørgsmål er opdelt således at de spørgsmål, som er relateret til barriere for patientinddragelse og fælles beslutningstagning, er placeret under første del og de spørgsmål, som er relateret til forandring der skal øge fælles beslutningstagning i Patientens team, er placeret under anden del

Første del

Hvilken evidens er der for fælles beslutningstagning, lav sundhedskompetence og psykiatriske patienter?

Hvad er status i forhold til patientinddragelse i Psykiatrien i Region Nordjylland?

Hvilke barrierer oplever psykiatriske patienter i forhold til at blive inddraget?

Hvilke barrierer er der i forhold til fælles beslutningstagning?

Bliver beslutninger truffet som fælles beslutningstagning på afsnit N7?

Anden del

Hvilke elementer kan forandres for at styrke fælles beslutningstagning i Psykiatrien i Region Nordjylland?

Hvilke interventioner kan fremme fælles beslutningstagning i Psykiatrien?

Kapitel 4

Videnskabsteoretisk
referenceramme

4 Specialets videnskabsteoretiske referenceramme

I dette kapitel præsenteres de epistemologiske antagelser og det videnskabsteoretiske fundament som specialets problemfelt udforskes ud fra og som danner grundlag for valg af metode til indsamling og analyse af empiri.

4.1 Videnskabsteori

Nærværende speciale tager afsæt i folkesundhedsvidenskaben som er flervidenskabeligt. Det indeholder således elementer fra såvel sundheds-, natur-, samfunds-, og humanvidenskabelige teorier (Folkesundhedsvidenskab.AAU). I nærværende speciale er der anvendt Goffmans sociologisk teori til at belyse problemstillingen omhandlende patientinddragelse i Patientens team. Specialet positionerer sig inden for socialkonstruktivismen og anvender denne videnskabsteoretiske tilgang til at belyse problemstillingen. I det følgende vil denne tilgang blive udfoldet.

Socialkonstruktivismens epistemologiske udgangspunkt beror på, at viden om verden er socialt konstrueret, hvorfor det sociale danner grundlag for erkendelsen af viden (Esmark, Laustsen, & Andersen, 2005).

Socialkonstruktivismen kan have flere forskellige variationer (Olsen & Pedersen, 1997), derfor vil der, efter en gennemgang af centrale elementer ved socialkonstruktivismen som overordnet perspektiv, blive redegjort for hvilket socialkonstruktivistiske perspektiv, vi i specialegruppen har anlagt i relation til specialets problemstilling.

Første led i specialets problemformulering er anlagt for at belyse, hvad der fra en position som observatør kan betragtes i interaktionen mellem patienten og det sundhedsprofessionelle personale under behandlingsplansmøderne på afsnit N7. Dette godtgør et overordnet socialkonstruktivistisk perspektiv, idet der fælles for socialkonstruktivismens forskellige perspektiver ifølge Bitsch Olsen og Rasborg gælder, at den er anti-essentiell. Med dette forstås, at mennesker ikke besidder en naturgiven essens, der forårsager, at vi er, som vi er. Vi undersøger ikke patientens eller sundhedsprofessionelles indre motiver, men i stedet undersøges de sociale processer, som skabes i mødet mellem de to parter. Desuden er socialkonstruktivisme karakteriseret ved anti-realisme, hvilket betyder at der altid sker en fortolkning af virkeligheden eller anlægges et perspektiv. Viden er altid historisk og kulturelt betinget og dermed ikke almen- eller eviggyldig, men konklusionerne vil være forankret i den lokale, kulturelle kontekst på afsnit N7. Endvidere har sproget forrang frem for tænkningen, hvilket betyder at sproget og sprogbegreberne er be-

stemmende for, hvad vi kan tænke. Sprog er en social handling, man konstruerer og definerer verden på forskellige måder når der interageres. Dernæst er der fokus på interaktionen og social praksis mellem patienter og sundhedsprofessionelle, idet disse opstår som en følge af sociale processer og ikke i hverken sociale eller personlighedsmæssige strukturer. Socialkonstruktivismen er overordnet kendetegnet ved at processer anskues som dynamiske i stedet for som statiske. Viden er ikke noget som mennesket besidder, men noget som mennesker konstruerer socialt i en dynamisk proces (Rasborg, 2014).

I dette speciale er analyseobjektet interaktionen mellem patienter og sundhedspersonale, som den udspiller sig, imens specialegruppen er til stede på afsnit N7. Ved at anlægge den socialkonstruktivistiske tilgang er den indsamlede data et øjebliksbillede, som er skabt i den specifikke kontekst, imellem de specifikke deltagere, som er de sundhedsprofessionelle, patienter samt eventuelt pårørende.

Kapitel 5

Design og
metodologi

5 Design og metodologi

I dette kapitel redegøres der indledningsvis for specialets design som værende et casestudie. Dernæst redegøres for specialets metodologiske tilgang hvor nærværende specialegruppe har fundet Kathy Charmas' udlægning af Grounded theory anvendelig. En kort gennemgang af Grounded theory i sin oprindelige form vil derfor blive præsenteret efterfulgt af en argumentation for anvendelsen af Charmaz' tilgang som bedst egnet metodologisk tilgang.

Casestudiet kan betegnes som en empirisk analyse, hvor et samtidigt eller historisk fænomen undersøges i en social kontekst, hvor fænomenet udfolder sig. Grænsen mellem konteksten og fænomenet er uklar, men der er en antagelse af sammenhæng mellem fænomen og kontekst (Yin, 1994). Ved anvendelse af casestudie som design søges det at få en dyberegående forståelse af et fænomen. Dette opnås ved omfattende beskrivelse, analyse og fortolkning af et fænomen i sin helhed og kontekst. Den dybdegående tilgang i udforskningen af et fænomen eller en problemstilling i en case med afgrænsede rammer udgør casestudiets kvalitet (Cresswell, 2013; Launsø, Olsen, & Rieper, 2011)) I dette speciale er casen Patientens team og patientinddragelse som det udformer sig mellem patienter og sundhedsprofessionelle i konteksten afsnit N7 i Frederikshavn.

Da hensigten med casestudiet, som nævnt, var tilegnelse af en dybere indsigt, fordrer dette en åben forskningsstrategi (Antoft & Salomoonsen, 2007). Derfor er der ikke knyttet specifikke datakilder til et casestudie, men der kan anvendes en vifte af metoder som eksempelvis interviews, observationer og dokumentanalyse også i en kombination inden for det samme studie for at undersøge flere variable (Yin, 1994). Da det ikke er muligt at afdække og studere alle sider af en case og der findes mange muligheder for at afgrænse og definere den, udvælges det, som findes interessant eller ønskværdigt at studere, som det centrale i casen (Antoft & Salomoonsen, 2007). I kapitel 6 fremgår det, hvilke metoder specialegruppen har anvendt, samt hvilke elementer vi har fundet relevant at studere i forhold til Patientens team og patientinddragelse med afholdelse af møder som det centrale subjekt.

5.1 Teorigenererende casestudie

I forlængelse af anvendeligheden af et casestudie kan det anføres, at der eksisterer forskellige typer af cases, som har baggrund i, at casen kan undersøges og fortolkes enten med et teoretisk

eller et empirisk afsæt, og dermed at den genererer ny teori eller ny empirisk viden. Det er dog sjældent, at et casestudie fremtræder som en ren form af disse sondringer mellem teori og empiri, så selvom intentionen er at frembringe ny teori, ses det ofte, at der også fremkommer ny empirisk viden og vise versa. Der er således tale om en idealtypisk sondring mellem typer af cases, som enten ateoretiske, teorifortolkende, teorigenererende eller teoritestende casestudier (Antoft & Salomoonsen, 2007).

Det teorigenererende casestudie anvendes, når der ikke eksisterer relevant teori på området. Via empiriske observationer søges det at identificere mønstre og således bidrage til generaliseringer gennem udvikling af et begreb (Antoft & Salomoonsen, 2007). Nærværende casestudiet vil være teorigenererende, idet vi i specialegruppen ikke har fundet relevant teori gennem problemanalysen omkring indførelsen af Patientens team og denne form for patientinddragelse på psykiatriske afsnit. Casestudiet bidrager dermed til generering af teori på dette område.

En case kan udvælges ud fra om casen er ekstrem, enten som særlig problemfyldt eller særligt succesfyldt, måske fordi forskningsfeltet er nyt, og man derfor ønsker at afprøve nye sammenhænge eller teori (Antoft & Salomoonsen, 2007; Flyvbjerg, 2015; Yin, 1994). For specialegruppen gjorde det sig gældende, at den udvalgte case repræsenterer en "best case", idet der under de indledende feltsamtaler med sundhedsprofessionelle i ledende stillinger i Psykiatrien i Region Nordjylland netop blev peget på, at afsnittet gjorde det godt og var langt fremme i forhold til at implementere konceptet Patientens team på afsnittet.

Således var formålet med casen empirisk at undersøge fænomenet patientinddragelse i Patientens team på afsnit N7 og at søge efter mønstre i det empiriske materiale og dermed på baggrund af den indsamlede data at fremanalysere, hvilke barrierer der kan være for patientinddragelse og fælles beslutningstagen i Patientens team. Dette ville føre til empirisk viden og en ny teori omkring, hvordan fælles beslutninger træffes i Patientens team. Denne teori vil give en indsigt, der fører til forandringsforslag, der har til hensigt at øge patientinddragelse, og som også vil kunne overføres til anden kontekst. Det være sig eksempelvis en anden psykiatrisk afsnit i Psykiatrien i Region Nordjylland.

I det følgende afsnit redegøres og argumenteres der for specialelets metodologiske tilgang som er Kathy Charmaz' konstruktivistiske udlægning af Grounded theory. Derfor beskrives først Grounded theory i sin oprindelige form da Charmaz' tilgang udspringer heraf.

5.2 Grounded theory

Grounded theory blev udviklet af Barney Glaser og Anselm Strauss i 1967. Formålet var at udvikle en teori under analyseprocessen, ved hjælp af analytisk induktion, hvor der løbende sker en vekselvirkning mellem empiri og teori. Således er dataindsamling, analyse og eventuel teori tæt forbundet i Grounded theory, og i stedet for at indlede et studie med en teori, udspringer teorien i Grounded theory fra den indsamlede data (Boolsen Watt, 2015).

Tilgangen indeholder guidelines, som gør forskeren i stand til at studere sociale processer, målrette sin dataindsamling, håndtere sin dataanalyse samt udvikle en teoretisk referenceramme, som forklarer de undersøgte processer. Specialegruppen fandt indledningsvis denne tilgang anvendelig, idet metoden gav mulighed for at dataindsamlingen løbende kunne justeres og målrettes ud fra en løbende analyse af det indsamlede materiale, så barriererne i forhold til patientinddragelse og fælles beslutningstagning dermed ville blive belyst bedst muligt.

Grounded theory har sine rødder i interaktionismen. Med interaktionisme forstås, at betydningen af en handling eller et fænomen skabes i interaktion mellem mennesker eller mellem mennesker og ting (Mik-Meyer, 2005). I dette speciale indtages den interaktionistiske position for at belyse interaktionen og den fortolkning af interaktionen mellem patienten og de sundhedsprofessionelle, hvor Patientens team udgør rammen for interaktionen. Handlingerne ses dermed som et socialt produkt i en samhandlings-situation og i en konkret social kontekst. Der søges indenfor denne ramme at finde frem til en forståelse af definitioner og fortolkninger samt de symboler, der ses i situationer, hvor målet er, at patienten inddrages i beslutninger vedrørende sin egen behandling.

5.3 Grounded theory med konstruktivistisk tilgang

Grounded theory har udviklet sig siden 1960'erne, hvor det positivistiske ophav var stærkt, til at være under indflydelse af socialkonstruktivistiske strømninger i 1980'erne og de tidlige 1990ere (Charmaz, 2014). Kathy Charmaz kritiserede den oprindelige, positivistisk tilgang, fordi den ikke inddrog forskerens eget perspektiv på data. Dermed kritiserede hun den oprindelige Grounded theory tilgang for ikke at betone, at data er en konstruktion, som er både situationelt og strukturelt betinget. Ifølge Charmaz er data således skabt gennem deltagernes og forskerens fælles oplevelser og betinget af forskerens forhold til deltagerne i den konkrete kontekst og de ana-

lytiske refleksioner, som forskeren gør sig under analysen. Dermed lægges også vægt på en kreativitet i konstruktionen af data (Charmaz, 2014; Christensen et al. 2015; Tjørnhøj-Thomsen & Whyte Reynolds, 2013). Charmaz omtaler sig selv som konstruktivistisk interaktionist, og ser denne tilgang som en udvikling af den symbolske interaktionisme (Charmaz, 2014). Den konstruktivistiske interaktionisme er kendetegnende ved, at den beror på forskerens egne analytiske refleksioner, i modsætning til eksempelvis Glasers symbolsk interaktionistiske tilgang, hvor der arbejdes på at søge at fjerne forskerens forforståelse (Christensen, Nielsen & Schmidt, 2015).

Der er en sammenhæng mellem specialets socialkonstruktivistiske positionering og Kathy Charmaz' konstruktivistiske Grounded theory. Specialegruppen fandt dels Grounded theory anvendelig som metode, idet metoden gør det muligt at lave en vekselvirkning mellem en fortløbende analyse og en dataindsamling. Gruppen fandt dog i særdeleshed Charmaz tilgang til Grounded theory anvendelig, idet gruppens medlemmer løbende kunne gøre sig refleksioner og dermed kunne den ændrede forståelse af, hvordan felten praktiserede patientinddragelse, blive et aktiv for gruppen ved at kunne danne basis til en yderligere dataindsamling og analyse. Vi havde således undervejs i dataindsamlingen metodologiske diskussioner, som medførte en ændret forståelse af, hvordan patientinddragelse blev praktiseret på afsnittet. Denne ændrede forståelse og nye forforståelse er anvendt i mødet med felten, til at søge at få en dybere indsigt i feltets problematikker vedrørende barrierer for patientinddragelse og fælles beslutningstagning.

Målet var ikke var at opnå en endegyldig viden eller give et præcist billede af interaktionen mellem de sundhedsprofessionelle og patienterne på afsnittet, men at præsentere et fortolket portræt af deltagernes verden, hvor specialegruppens fortolkning indgik. Dermed anerkender specialegruppen at dataindsamlingen blev skabt i et fællesskab mellem afsnittet og specialegruppen og skete på baggrund af vores fortolkning og kontinuerlige analyse af situationerne. Gruppen forsøgte ikke at forholde sig objektivt til felten, men vægtede i stedet at undersøge, hvordan mening skabes, og dermed hvilke handlinger det medfører. I relation til forforståelse havde gruppe-medlemmerne ydermere en indsigt fra vores tidligere sundhedsfaglige praksis i relation til inddragelse af psykiatriske patienter. Vi tænkte, det var vanskelig at fraskrive sig denne forforståelse, men at det også kunne udgøre et potentiale for en dybtgående indsigt i felten.

Kapitel 6

Dataindsamlings- metode

6 Dataindsamlingsmetode

I dette kapitel redegøres for specialets dataindsamlingsmetode, som består af uformelle samtaler, deltagerobservationer, feltsamtaler, feltnoter og et litteraturstudie. Derudover redegøres for de etiske overvejelser, som gruppen havde i forbindelse med dataindsamlingen. Kapitlet afsluttes med en oversigt over indsamlingsmetoderne og deres formål i relation til specialets forskningsspørgsmål.

6.1 Uformelle samtaler

Med en Grounded theory tilgang foregår dataindsamlingen først åbent og derefter mere fokuseret (Charmaz, 2014). Derfor valgte vi indledningsvis at søge indblik i, hvordan konceptet Patientens team anvendes i Psykiatrien i Nordjylland. Dette skete via en uformel samtale med en psykiatrisk udviklingssygeplejerske. Denne uformelle samtale ledte gruppen frem mod at kontakte et psykiatrisk afsnit kaldet N7 i Frederikshavn, hvor man i højere grad end på andre psykiatriske afsnit i Nordjylland, havde arbejdet med Patientens team. De afsnitsledende sygeplejerske på afsnit N7 var positivt stemt overfor vores henvendelse og pegede på, at en tovholder for konceptet om Patientens team skulle holde et oplæg om dette for en gruppe psykiatriske sygeplejersker, der var under uddannelse. Derfor kontaktede vi uddannelseslederen og fik derigennem adgang til at deltage i undervisningen. Formålet med vores deltagelse var at få belyst, hvordan konceptet om Patientens team blev præsenteret for psykiatriske sygeplejersker samt hvilke reaktioner og debat det afstedkom, set i lyset af de tidligere beskrevne barrierer hos sundhedsprofessionelle i forhold til patientinddragelse og fælles beslutningstagning. Deltagelsen i undervisningen blev endvidere en gensidig præsentation mellem os og tovholderen af Patientens team på afsnit N7, som også er afsnittets souschef.

Derefter søgte vi via vores netværk kontakt til tidligere brugere af Psykiatrien i Nordjylland for at få belyst, hvordan patienter havde oplevet intentionen om mere inddragelse, og for at få et indblik i, om de havde oplevet fælles beslutningstagning under indlæggelser i Psykiatrien. Dette førte til uformelle samtaler med tidligere patienter fra Psykiatrien samt deltagelse i et foredrag med to repræsentanter fra kampagnen "En af os". En landskampagne for afstigmatisering af psykisk sygdom ("En af os"). Vi følte os derefter klar til at foretage pilotobservationer og pilotsamtaler på afsnit N7, for derigennem at kunne planlægge, hvilke situationer vi fandt hensigtsmæs-

sigt at observere, og hvilken udformning observationerne skulle have, når den fokuserede dataindsamling skulle påbegyndes.

6.2 Deltagerobservationer

For at opnå en indsigt i hvordan patientinddragelse i Patientens team blev praktiseret og beslutninger om patientens behandling truffet, valgte vi i specialegruppen at anvende deltagerobservation som metode, idet denne metode er anvendelig, når forskeren vil observere naturligt forekommende adfærd uden at eksperimentere med den (Pedersen, Klitmøller & Nielsen, 2012). Når deltagerobservation anvendes er det nødvendigt at deltage i sociale sammenhænge for at kunne opnå en indsigt i dem. Metoden kan således anvendes til at forstå en handling gennem observation og deltagelse i den kontekst, hvor personer sætter en hændelse i værk (Hammersley & Atkinson, 1987; Pedersen, Klitmøller & Nielsen, 2012). Observationsstudiet har den fordel, at der observeres på hvordan mennesker i virkelige situationer agerer i et samspil med andre, og observationsstudiet er dermed en kilde til indsigt, som eksempelvis interviews og spørgeskemaer ikke giver mulighed for (Fangen, 2004). Vi har således fundet metoden anvendelig til at få et indblik i, hvordan patientinddragelse i Patientens team praktiseres, i modsætning til hvordan der eksempelvis fortælles om patientinddragelsen i samtaler, eller hvordan patientinddragelsen beskrives i litteraturen. Det fremgår af problemanalysen, herunder psykiatriplanen Region Nordjylland, at der er en diskrepans mellem antagelserne om, at der patientinddrages, og patienternes reelle oplevelse af at blive inddraget. Yderligere kan fremføres, at ved interview af patienter kan vi risikere, at patienterne ikke ved, hvad der menes med patientinddragelse og fælles beslutningstagning og forveksler begreberne med udtryk for tilfredshed med (Riiskjær, 2014). Desuden er tidligere fremført, at netop gruppen af sindslidende kan være svære at interviewe. Det er således set, at brugere på et værested for psykisk syge (Kristiansen & Krogstrup, 1999) og indlagte psykiatriske patienter (Ringer, 2013) talte i overensstemmelse med de termer, som stedet anvendte og dermed svarede som de forventede, at der ønskeligt i samtalen (Kristiansen, Søren; Krogstrup, 1999; Ringer, 2013).

Observation kan imidlertid have den bias, at der er en udstrakt åbenhed for forskerens fortolkning og dermed en risiko for en fejlfortolkning. En kontekstualisering er derfor vigtig (Prieur, 2002). Der er også anført, at det er meningsløst at fremsætte idealer for feltarbejde, men at dette netop er kontekstafhængigt (Prieur, 2002). Specialegruppen vil derfor til stadighed søge, at sætte dataindsamlingens fund ind i den kontekst, de er hentet fra.

6.3 Feltsamtaler

Felten er det konkrete område, man observerer og deltager i (Rubow, 2000). I dette speciale er felten dermed afsnit N7 i Frederikshavn. Med baggrund i Charmaz tilgang til Grounded theory har vi løbende haft samtaler med patienter og sundhedspersonale på afsnittet under vores deltagelse i felten, undervejs har det ændret vores forståelse i takt med at vi har fået et dybere indblik i, hvordan det kan opleves at være patient og personale på afsnittet. Omfanget og indholdet af disse samtaler er afgjort af hvad der har været muligt i den konkrete situation, afhængig af patienternes tilstand og personalets tidsramme. Der har således været samtaler med patienter bag efter formaliserede møder, men også uformelle samtaler med patienter om patientinddragelse, ligesom afsnittets personale og ledelse har stillet sig til rådighed for afklarende spørgsmål fra specialegruppen. Alle disse samtaler, korte som længerevarende, har bidraget til vores forståelse og fortolkning af, hvordan patientinddragelse udspiller sig i på afsnit N7. Kombinationen af deltagerobservationer og feltsamtaler gjorde det muligt for os at få et indblik i den reelle interaktion og deltagernes holdninger, ligesom det gjorde det muligt for os at stille spørgsmål til det observerede og få emner uddybet. Således blev der opnået et mere dybdegående perspektiv, end interviews kunne have givet os.

Specialegruppen har ved anvendelsen af feltarbejde som den overordnede metodiske strategi ikke været bundet af en protokol for at skabe bestemte data, men vi har ladet os guide af den uforudsigelighed, der ofte er forbundet med dataindsamling i felten (Tjørnhøj-Thomsen & Whyte Reynolds, 2013). Idet feltarbejde medfører, at både undersøgelsesfeltet og forskeren påvirkes, har dette krævet en løbende refleksion i forhold til valg, fravalg og vilkår, som havde en indvirkning på den indsamlede data (Tjørnhøj-Thomsen & Whyte Reynolds, 2013). Vi har i gruppen under hele dataindsamlingsperioden diskuteret, hvordan vi skulle forholde os til uforudsigeligheden og de valg, der dermed løbende blev taget i dataindsamlingen. Undervejs i dataindsamlingen fandt vi for eksempel ud af, at vi gennem afholdelse af feltsamtaler kunne få patienters perspektiv på mulige barrierer for patientinddragelse, samt deres forslag til forbedringer i forhold til patientinddragelse. Denne metodologiske ændring gjorde det således muligt for os at få datamateriale til besvarelse af problemformuleringens anden del om forandring.

6.4 Observationsroller og position på afsnittet

Inden vi trådte ind i felten havde vi en diskussion om, hvordan vi skulle præsentere vores formål med tilstedeværelsen på afsnittet, både i forhold til patienter og personale. Vi talte os frem til at vi ville formulere formålet betinget af kontekst og situation, og vurdere hvor meget formålet skulle uddybes i de enkelte situationer. Der skulle dog som minimum formuleres, at vi arbejder med patientinddragelse i Psykiatrien, og at vi var bekendt med at afsnit N7 arbejder med dette.

Efter pilot-deltagelsen på afsnittet talte vi om vores fysiske placering, herunder hvordan vi bedst undgik at gå i vejen for det daglige arbejde. Det blev besluttet, at hvis alle gruppens medlemmer var til stede på afsnittet, ville vi placere os et andet sted end på personalekontoret, for ikke at optage for meget plads eller tiltrække for meget opmærksomhed ved vores samlede tilstedeværelse.

Vi diskuterede også, hvilken rolle vi skulle indtage, og hvilken grad af deltagelse vi skulle have i relation til afsnittet. Gruppen lod sig således inspirere af James Spradleys begreber om at deltagerobservation kan ses som befindende sig i et kontinuum fra en passiv deltagelse til fuld deltagelse. Mellem disse yderpunkter ligger en moderat deltagelse og en aktiv deltagelse (Spradley, 2012). Passiv deltagelse betyder at forskeren er til stede på scenen, men ikke deltager eller interagerer med de tilstedeværende i særligt omfang. Meget kan konkluderes om kulturelle regler på baggrund af en passiv deltagelse, anfører Spradley (Spradley, 2012). Moderat deltagelse betyder, at forskeren både er aktiv og passiv i relation til felten, der undersøges. Aktiv deltagelse henviser til, at forskeren gør det, som de gør i felten, lærer at gøre det, som deltagerne i felten gør, for på den måde at lære om de kulturelle regler, der knytter sig til at være i felten. Endelig er fuld deltagelse, at der observeres på det, der sker i konteksten, som forskeren allerede er en del af (Spradley, 2012). Vi valgte at veksle mellem grader af deltagelse, hvor vi i pilotobservationen var moderat deltagende ved eksempelvis morgenmødet med patienterne samt ved de uformelle samtaler som gruppens medlemmer løbende har haft med patienter og personale. I observationen af behandlingsmødet valgte gruppen en passiv deltagelse, og dermed var det muligt at iagttage handlinger som en deltagelse ville have vanskeliggjort. Positioneringen kan også karakteriseres som at være *observatøren som deltager*, hvor forskeren er relativ distanceret i forhold til felten. Her er kontakten med informanterne kortvarig og formel og det betegnes åbent at kontakten er observation (Kristiansen, S. Kroghstrup, 1999).

6.5 Overvejelser om tid og varighed

Det tidsmæssige aspekt spiller en afgørende rolle. Forskeren deler ikke al sin tid men noget af sin tid med informanterne, og dette er nødvendigt at redegøre for i forbindelse med dataindsamlingen (Tjørnhøj-Thomsen & Whyte Reynolds, 2013). Det er fremført, at er der for meget nærhed mellem forskeren og felten, er der en risiko for at overtage informanternes perspektiv og dermed miste distancen, som skal anvendes i analysen (Hammersley & Atkinson, 1987). Andre fremfører, at man bør søge at leve under de samme betingelser som informanterne lever under og træde væk fra sin sædvanlige identitet for dermed at opleve verden som informanterne (Prieur, 2002). Vi valgte ikke at træde væk fra vores position, idet det blev vurderet etisk problematisk at antage en anden rolle end den, vi har som studerende på universitetet. Vi valgte på baggrund af specialets problemstilling, som omhandler hvordan patientinddragelse praktiseres på behandlermøde, at lave vores observationer med udgangspunkt i dette.

Der findes ikke noget entydigt svar på, hvor længe man skal observere et fænomen (Szulevicz, 2010). I specialeplanlægningen valgte vi, at afsætte 14 dage til dataindsamlingen, hvilket ville give en mulighed for 12 observationer af behandlingsmøder, hvor Patientens team danner rammen for møderne. Observationerne skulle foregå mandag og torsdag, hvor møderne finder sted. Tidsintervallerne for møderne ville medføre, at vi fik en distance og muligheden for at justere vores observation ud fra metodologiske overvejelser, ligesom den efterfølgende memo-skrivning og indledende analyse kunne medvirke til en ændring af den næste observation eller indikere et behov for en afklaring via en felt-samtale.

6.6 Overvejelser i forhold til rum

Som det blev fremført i afsnittet om observationsstudie og om feltsamtaler deltager forskeren i sociale sammenhænge for at kunne forstå dem. Dette betyder, at der i en periode deles rum med de mennesker, der undersøges. De fysiske rammer med de materielle og æstetiske betingelser for samværet er nødvendigt at medtænke som kontekst, idet det er med til at betinge samværet (Gulløv & Højlund, 2003). Vi erfarede, at mødelokalet spillede en stor rolle for forløbet af mødet. Vi eksperimenterede således løbende med at placere os bedst muligt under hensyntagen til, at mødet kunne foregå uden forstyrrelse eller særligt opmærksomhed på specialegruppen. Det er således afprøvet både at sidde med ved bordet, i sofaen, som er i lokalet, eller på en af mødestolene, som blev trukket væk fra bordet, som de øvrige mødedeltagere sad ved. Det er ligeledes

forsøgt at placere sig, så vi kunne ses af patienten, men også med andre placeringer hvor vi ikke var synlige for patienten.

6.7 Forhandling

Feltarbejde kræver en vedvarende forhandling med de mennesker, der opholder sig i felten, om adgang til felten, og forskeren må være indstillet på til stadighed at forklare sin tilstedeværelse og åbent forklare om formålet med den (Fangen, 2004). Vi erfarede dette som sandt, i det ikke alle patienter ønskede vores tilstedeværelse. Personalet fortalte således, at nogle patienter ikke ønskede vores tilstedeværelse, fordi de vurderede, at det, der skulle tales om, var for vanskeligt at dele med flere personer, end de, som var nødvendige deltagere på mødet.

6.8 Feltnoter

Der kan skelnes mellem forskellige notetyper. Bernard H. Russell inddeler noter i fire slags noter – *hurtige noter*, *dagbogsnoter*, *log-noter* og *egentlige feltnoter*. Specialegruppen har både benyttet sig af hurtige noter, så indtryk kunne fastholdes og hukommelsen kunne genkalde sig det noterede, men også af egentlige feltnoter, som blev udfyldt i de interaktioner gruppemedlemmerne deltog i. De blev som anbefalet (Russell, H., 2006) skrevet hurtigt, og der blev søgt skrevet mange noter, idet det ligeledes blev anbefalet at lave så mange noter som muligt.

Der kan skelnes mellem tre slags noter: *deskriptive noter*, *analytiske noter* og *metodologiske noter*. De deskriptive noter er basis i observationsstudiet. Det er anført, at den bedste måde at lære at skrive deskriptive noter på, er at gøre det sammen med andre (Russell, H., 2006). Vi har derfor løbende læst og diskuteret, hvordan der er taget noter, og lært af hinandens notattekni, hvilket dog ikke har medført en ensretning af teknik men blot har fungeret som en gensidig inspiration. Ligesom de deskriptive noter er personlige, er de analytiske noter det også. De fylder ikke så meget som de deskriptive noter og indeholder ideer og indfald til en analyse. De kan basere sig på relativt små observationer. Analytiske noter er et produkt af forståelse og dannet af den måde, man har udformet de deskriptive og metodologiske noter på. De fremkommer særligt, når man ikke er i felten (Russell, H., 2006). Metodologiske noter omhandler teknikken i forbindelse med dataindsamlingen (Russell, H., 2006). For os gjorde det sig gældende, at vi har haft en løbende fælles refleksion over hinandens erfaringer fra observationsstudierne, og at dette har medført, at vi i gruppen har ændret vores fysiske placering i forhold til deltagelse i møder, så interak-

tionen blev mindst muligt påvirket. Vi har ligeledes ændret på vores tilstedeværelse i afsnittet, så afsnittets rutiner blev mindst muligt påvirket.

6.9 Litteraturstudie

Dette afsnit har til hensigt at belyse specialets litteraturstudie. Der er foretaget to litteratursøgninger; først en indledende søgning, som havde til formål at finde relevant litteratur til at konstituere et videnskabeligt fundament i udforskningen af specialets problemområde. Den næste søgning var en systematisk søgning, som havde til formål at bidrage med viden i forhold til forandringsdelen. I det følgende redegøres der for de to søgninger.

6.9.1 Indledende litteratursøgning

Grundige og relevante litteratursøgninger er et centralt element i akademisk opgaveskrivning, idet eksisterende viden er et fundament for arbejdet med et problemfelt (Buus, 2008). Da akademisk arbejde altid bestræber sig på at udvikle ny viden (Ibid.), havde den indledende søgning det overordnede formål at afsøge et videnhul som indikererede, at vi havde fundet et en relevant problemstilling, der endnu ikke var godt belyst. Den indledende søgning skulle identificere artikler med relevans indenfor patientinddragelse og fælles beslutningstagning i det psykiatriske felt, som kunne underbygge krydsfeltet mellem lav sundhedskompetence som psykiatrisk patient og deltagelse i fælles beslutningstagning.

Med henblik på at afdække projektets problemfelt blev der under arbejdet med det initierende problem og problemanalysen foretaget en bred indledende søgning (Jørgensen, Rienecker, & Skov, 2011). Først blev der søgt på Google, Google Scholar og Bibliotek.dk, samt foretaget fritekstsøgninger på de internationale databaser Pub Med, PsycInfo, Sociological Abstract og Cochrane. Dette med henblik på at finde viden indenfor emnerne patientinddragelse, delt beslutningstagning, sundhedskompetence og den psykiatriske patient.

Der blev desuden foretaget kædesøgninger (Jørgensen et al., 2011), hvor vi gennem referencer identificerede artikler med relevans og søgte disse i forhold til problemfeltet. Herudover inspirerede kædesøgningens fund os til valg af søgetermer til den fokuserede systematiske søgning (Ibid.).

Da der i problemanalysefasen ydermere både var behov for viden om det danske sundhedsvæsens politiske strategi på landsplan, og viden om Patientens team i Psykiatrien i Region Nordjylland, blev der også søgt på Sundhedsstyrelsen og Regionens hjemmesider. Desuden blev hjemmesiden ViBIS (Videnscenter for brugerinddragelse) anvendt som inspiration og tilegnelse af viden om, hvilke patientinddragende interventioner, der er iværksat i Danmark.

6.9.2 Systematisk litteratursøgning

De tidlige og brede søgninger er brugbare i specialets indledende fase, men de kan ikke stå alene i en akademisk opgaveskrivning (Buus et al., 2008). Udover disse søgninger blev der således også foretaget en fokuseret og systematisk søgning (P. S. Jørgensen et al., 2011), som havde til formål at afdække eksisterende viden om fælles beslutningstagende interventioner inden for det psykiatriske felt, med henblik på at foreslå forandringstiltag til fremme af fællesbeslutningstagning på Afsnit N7. Da problemstillingen befinder sig i et krydsfelt mellem sundheds- samfund- og socialvidenskab, blev den systematiske søgning foretaget i følgende databaser; Pub Med, PsycInfo, Sociological Abstract, Cinahl. Beskrivelse af de valgte databaser findes i søgeprotokollen, se bilag 6.

Den systematiske søgning blev foretaget som en bloksøgning. Denne strategi udmærker sig ved at være den bedste til søgning i databaser (Buus et al., 2008). I denne strategi opdeles de forskellige facetter, en problemstilling måtte indeholde, i blokke, som kan kombineres på kryds og tværs (Buus et al., 2008). Der blev søgt på følgende tre de blokke; *Shared decision-making*, *Psychiatry* og *Intervention*.

Der er brugt kontrollerede emneord i form af de forskellige databasers kontrollerede termer, hvor dette var muligt. Dette er gjort for også at få adgang til de studier, som bruger andre søgeord, men er inden for samme emne. Fritekstsøgning er brugt, når essentielle ord og begreber ikke eksisterer som kontrolleret emneord i de enkelte databaser. De frie termer efterfølges af en trunkering (*) efter ordstammen, for dermed at inkludere samtlige bøjninger af ordets ordstamme (Buus et al., 2008). Den booleske operator AND er anvendt imellem blokkene for at indsnævre søgningen og OR er anvendt mellem søgeordene indenfor blokkene, for at udvide søgningen.

En komplet søgeprotokol findes i bilag 6. Denne indeholder en beskrivelse af valgte databaser, oversigt over bloksøgningen samt søgeord og kombinationer af disse, inklusive booleske operato-

rer, kontrollerede termer og limits. Således vil søgningerne kunne reproducere (Buus et al., 2008).

6.9.2.1 Vurdering af artiklers relevans

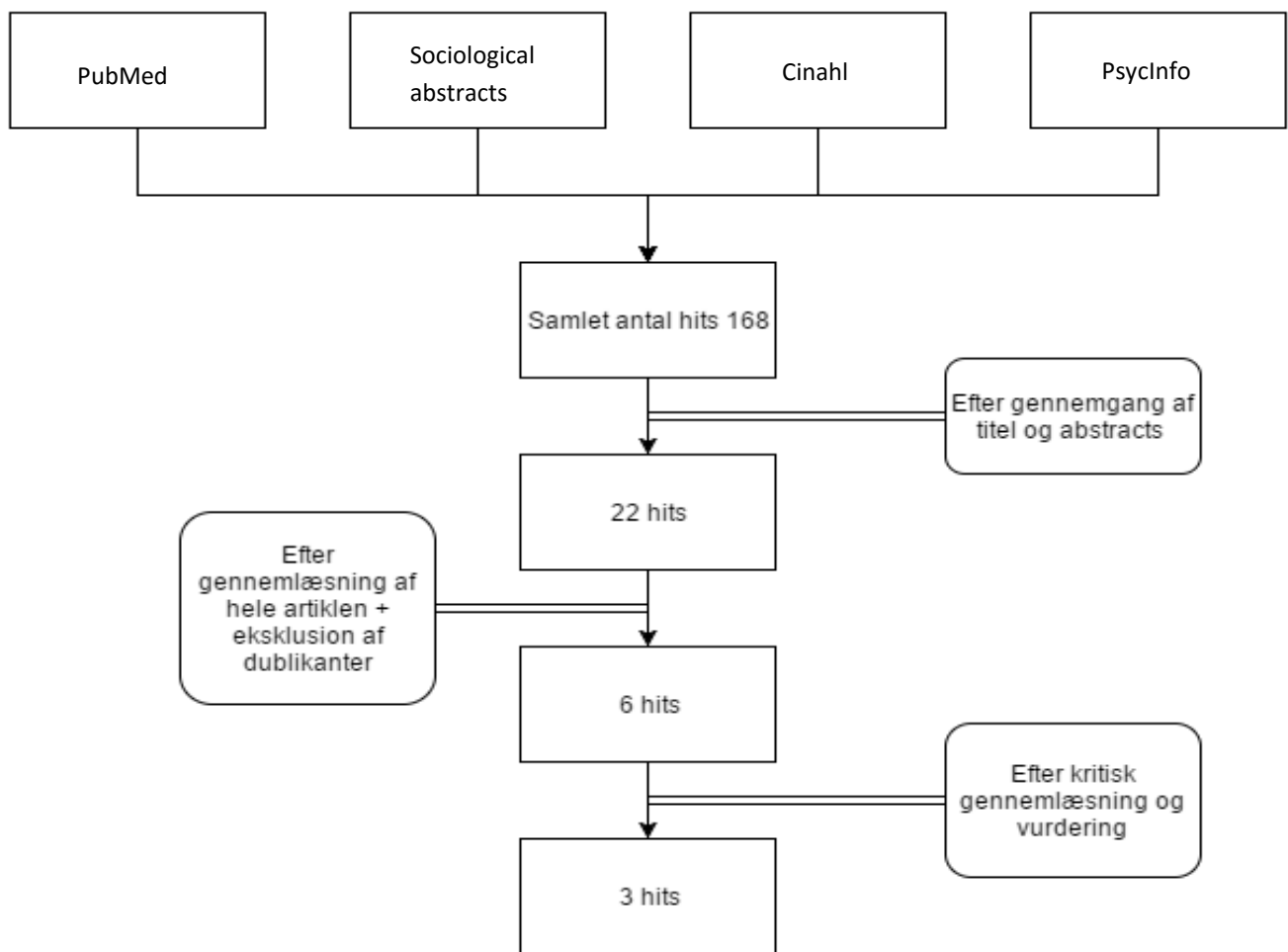
Da en søgning altid vil indeholde for mange referencer, sorteres nogle fra ved vurdering af relevans gennem flere faser (Buus et al., 2008). De fundne artiklers relevans blev indledningsvist vurderet ud fra titel og resumé. Ved anden sortering blev de tilbageværende gennemlæst for vurdering af relevans og duplikater blev frasorteret. Afslutningsvis blev der foretaget en kritisk læsning af de udvalgte artikler. Vurdering af de udvalgte artikler ses i søgeprotokollen i bilag 6.

6.9.2.2 Inklusion- og eksklusionskriterier

I udvælgelsesarbejdet er det vigtigt at have tydeligt formulerede inklusions- og eksklusionskriterier (Buus et al., 2008). For at afgrænse søgningen til de artikler, der er relevante i forhold til specialets problemstilling, er der opstillet inklusion – og eksklusionskriterier. Ud over at litteraturen skulle omhandle fælles beslutningstagning og psykiatriske patienter, var det et inklusionskriterie, at de også omhandlede interventioner eller forslag til disse. De skulle altså ikke udelukkende være en evaluering af fælles beslutningstagning i psykiatrien, da dette blev afsøgt i forbindelse med den indledende søgning. Derudover blev artikler omhandlende børn og unge under 18 år ekskluderet, og det samme gjaldt artikler på andre sprog end dansk, norsk og engelsk. I de databaser, hvor det var muligt, blev disse kriterier sat som limits i forbindelse med søgningen.

I søgeprofilen i bilag 7 ses en skematisk oversigt over de udvalgte artikler fra den systematiske søgning.

Resultat af den systematiske søgning ses på nedenstående flowdiagram



Figur 1: Flowdiagram, udvælgelse af litteratur. Søgning foretaget d. 13.05.16

I det nedenstående skema illustreres indholdet af vores dataindsamlingsmetode og formål med metoden. Derefter følger en datamatrice som illustrerer hvorledes, vi har fundet svar på de enkelte forskningsspørgsmål via vores dataindsamlingsmetode

Dato	Dataindsamling	Formål
10. februar	Uformel samtale med forskningsleder for Sygeplejepsykiatrisk forskning i Region Nordjylland	Patientinddragelse i Psykiatrien – en status på feltet – eventuelle problematikker?
1.februar – 4.marts	Litteraturstudie	Evidens bag fælles beslutningstagning, lav sundhedskompetence og psykiatriske patienter
7.marts	Uformel samtale med udviklingssygeplejerske	Erfaring og barrierer i forhold til fælles beslutningstagning i Patientens team i Region Nordjylland
11. marts	Oplæg om Patientens team af souschef på N7 til studerende på specialuddannelsen for psykiatriske sygeplejersker	Undersøge hvordan Patientens team formidles/ introduceres til praksis og hvilke reaktioner der kommer der fra tilhørerne
17. marts	Uformel samtale med brugerrepræsentant	Patientoplevede erfaringer med inddragelse og oplevelse af barrierer
17. marts	Foredrag med to tidligere patienter	Hvordan formidles oplevelserne? Hvilke reaktioner kommer der fra tilhørerne?
31. marts	Pilotobservation på N7. Observation ved udfyldelse af tilpasset Guidet Egen-beslutning. Udfyldelse af kriseplan. Samtale mellem patient og sygeplejerske fra akutteam. Formøde til behandlingsmøde samt behandlingsmøde med patient.	Undersøge hvilke barrierer der observeres i forhold til fælles beslutningstagning i Patientens team Bliver beslutninger truffet i fællesskab og hvor og hvornår observeres fælles beslutningstagning?
4.-15. april	12 observationer af interaktionen ved behandlingsmøder på N7 samt 4 formøder til behandlingsmøde	At undersøge om der er fælles beslutningstagning ved behandlingsmøde og hvilken funktion formøde har.
4.-15. april	9 feltsamtaler	At undersøge patientoplevelse af inddragelse og fælles beslutningstagning ved behandlingsmøde
18. april	Oplæg med Projektleder i Psykiatrien om implementering af evidensbaseret praksis.	At undersøge hvorledes der arbejdes med implementering generelt i Psykiatrien
25. april	Møde med Analyse- og Planlægningsmedarbejder i Psykiatrien i Region Nordjylland	At undersøge baggrunden for Patientens team og hvordan organisationen implementerer Patientens Team

Figur 2: Dataindsamlingsmetode og formål med metoden

Metoder	Forskningsspørgsmål						
	Hvilken evidens er der for fælles beslutningstagning, lav sundhedskompetence og psykiatriske patienter?	Hvad er status i forhold til patientinddragelse i Psykiatrien i Region Nordjylland?	Hvilke barrierer oplever psykiatriske patienter i forhold til at blive inddraget?	Hvilke barrierer er der i for fælles beslutningstagning?	Bliver beslutninger truffet som fælles beslutningstagning på afsnit N7?	Hvilke interventioner kan fremme fælles beslutningstagning i Psykiatrien?	Hvilke elementer kan forandres for at styrke fælles beslutningstagning i Psykiatrien i Region Nordjylland?
Uformel samtale med forskningsleder for Sygeplejepsykiatrisk forskning i Region Nordjylland	X	X		X			
Litteraturstudie	X					X	
Uformel samtale med udviklingssygeplejerske		X		X			X
Oplæg om Patientens team fra souschef på N7 til studerende på specialuddannelsen for psykiatriske sygeplejersker		X		X			
Uformel samtale med brugerrepræsentant		X	X				X
Foredrag med to tidligere patienter		X	X				
Pilotobservation en dag på N7. Observation ved udfyldelse af tilpasset Guidet Egen-beslutning. Udfyldelse af kriseplan. Samtale mellem patient og sygeplejerske fra akutteam. Formøde til behandlingsmøde samt behandlingsmøde med patient.				X	X		
12 observationer af interaktionen ved behandlingsmøde på N7 samt 4 formøder til behandlingsmøde				X	X		
9 feltsamtaler			X	X			
Oplæg med Projektleder i Psykiatrien om implementering af evidensbaseret praksis.							X
Møde med Analyse- og Planlægningsmedarbejder i Psykiatrien i Region Nordjylland		X					

Figur 3: Datamatrice

6.10 Ethiske overvejelser

I dette afsnit redegøres der for gruppens forskningsetiske refleksioner i forbindelse med feltstudiet herunder, mikroetikken og fire etiske faktorer der knytter sig hertil.

6.10.1 Forskningsetik

I den kvalitative forskning er relationen mellem forsker og felt dynamisk, idet forskeren interagerer med de mennesker og organisationer, der studeres, og samtidig er processen ofte præget af uforudsigelighed og skift som følge af den valgte teoretiske tilgang. Derfor kræver denne forskning særlige etiske principper (Kristiansen, 2007). Ved feltarbejde må forskeren indledningsvis og løbende foretage en bestemmelse af relationen mellem forsker og forskningssubjekter, og forsøge at formulere en etik, der matcher denne relation (Ibid.). Professor Svend Brinkmann mener, at kvalitativ forskning har nogle værdimæssige forudsætninger og komplikationer for forskningssubjekter og samfundet som helhed. I følge ham er kvalitativ forskning en værdiladte aktivitet i kraft af den sociale praksis, hvilket på den ene side kan medføre en række etiske problemer, men på den anden side også indeholde nogle etiske potentialer (Svend Brinkmann, 2015). Et eksempel på et potentiale kan være at marginaliserede gruppers stemmer bliver hørt i offentligheden (Ibid.). I nærværende speciale ligger der netop et ønske om at lade de psykiatriske patienter komme til orde, så deres perspektiv på eventuelle barrierer og eventuelle forslag til forandringer bliver en del af den indsamlede empiri.

I et forsøg på at undgå etiske problemer i forbindelse med dataindsamlingen har vi i specialegruppen haft en række etiske diskussioner og overvejelser om, hvordan vi kunne tage vare på de personer som var en del af vores feltarbejde. Dette omtales som mikroetik (Svend Brinkmann, 2015; Kristiansen, 2007). Brinkmann har opsat 4 etiske faktorer, der knytter sig til mikroetikken, som han mener altid bør overvejes i forbindelse med kvalitativ forskning. Disse er *informeret samtykke, fortrolighed, konsekvenser og forskerrollen* (Svend Brinkmann, 2015). Informeret samtykke indebærer, at forskningsdeltagerne ved, hvad de deltager i (Ibid.). I forbindelse med observationer og uformelle samtaler med patienter valgte vi at informere patienterne mundtligt om formålet med vores studie, som beskrevet under metodeafsnittet. I samme forbindelse sikrede vi os, at patienterne var informeret om, at vores tilstedeværelse var betinget af deres accept. Der blev ligeledes udarbejdet en samarbejdsaftale, som sikrede, at ledelse på afsnittet var infor-

meret om formålet med vores tilstedeværelse på afsnittet, samt deres mulighed for at trække sig fra forskningen på ethvert tidspunkt.

Den anden etiske faktor er fortrolighed, hvilket omhandler anonymitet (Svend Brinkmann, 2015). For at bevare deltagernes anonymitet, nævnes de ikke ved navn i specialet. Dette blev de informeret om forud for de uformelle samtaler. Her sørgede vi også for at få deres accept i forhold til enten at optage samtalen eller skrive noter. Ved optagelse blev deltagerne informeret om, at ingen andre kom til at høre lydfilen, og at den ville blive slettet efterfølgende.

Den tredje faktor, konsekvenser, omhandler overvejelser om, hvordan forskeren kan undgå uhensigtsmæssige konsekvenser for deltagerne i forhold til at deltage i studiet (Ibid.) I forhold til de uhensigtsmæssige konsekvenser kan disse opdeles i mikroetiske- og makroetiske, og med hensyn til de mikroetiske havde vi i gruppen overvejelser om vigtigheden af ikke at spørge patienterne om følsomme og personlige emner, som kunne være vanskelige for os at lukke ned for igen, med risiko for at patienterne kunne sidde tilbage med følelser, som var svære at håndtere. Derudover omhandlede de løbende metodologiske overvejelser undervejs i dataindsamlingen i de fleste tilfælde mikroetikken, og disse overvejelser førte til tilpasninger af vores metode. Blandt andet overvejede vi, hvor vores placering i rummet under behandlingsmøderne var mest hensigtsmæssig, i forhold til hvor patienterne valgte at sætte sig. Vores mål var at sidde et sted, hvor patienterne kunne se os, uden at vi sad med ved bordet. Makroetikken omhandler de konsekvenser, som vores speciales resultater sandsynligvis vil kunne have på organisatorisk plan, og hvorvidt vi vil kunne stå inde for resultaterne. Vi havde i gruppen overvejelser omkring dette og besluttede netop, at vi også ville formidle resultaterne på højere ledelsesniveau, hvis vi fandt resultater, som kunne være relevante at have kendskab til på dette niveau, blandt andet med hensyn til implementering af andre patientinddragende indsatser i Psykiatrien.

Den fjerde faktor vedrører forskerrollen og indebærer blandt andet forskerens kendskab til egne værdimæssige holdninger og fordomme, samt hvordan disse påvirker forskerens handlinger (Ibid.). Forud for dataindsamlingen havde vi i gruppen en diskussion om vores respektive baggrunde samt om, hvad vi forventede, at vi ville opleve i felten. Da vi har forskellige forhåndskendskab til Psykiatrien var vores holdninger, fordomme og forventninger således også forskellige, hvilket vi vurderede som en styrke for vores belysning af problemstillingen. Vores gruppe består af en fysioterapeut som har arbejdet indenfor rehabilitering, en ergoterapeut som har arbejdet indenfor socialpsykiatrien og en sygeplejerske som har arbejdet indenfor behandlingspsykiatrien. Disse forskelle i forhold til erfaringer og forforståelser i forhold til, hvad det indebæ-

rer at være psykiatrisk patient og sundhedspersonale på et psykiatrisk afsnit, har ført til mange spændende diskussioner undervejs i specialearbejdet. Diskussionerne har blandt andet været med til vi undgik at blive for involveret med patienterne og personalet på N7, på trods af et forudgående indblik i feltet og de organisatoriske vilkår, der er på et psykiatrisk afsnit i Nordjyllands Psykiatri.

Kapitel 7

Analysestrategi

7 Analysestrategi

I dette kapitel redegøres for specialets analytiske fremgangsmåde jævnfør Kathy Charmaz' tilgang til Grounded Theory. Der vil blive beskrevet, hvorledes empirien er blevet kodet og kategoriseret, samt hvordan vi i analysen har ladet os guide af sensitiverende begreber. Endelig vil der redegøres for udvalgte begreber af Goffman, der blev anvendt som sensitiverende begreber og en analytisk referenceramme.

7.1 Kodning

Kodning er ifølge Charmaz et vigtigt element i analyseprocessen (Charmaz, 2012). Her bevæger forskeren sig fra det beskrivende til en kontekstualisering af det beskrevne. Kodning indebærer, at forskeren holder sig tæt til data. På trods af det mener Charmaz, at koderne også er en afspejling af forskerens interesser og perspektiver, idet hun siger at forskere, som anvender Grounded Theory, gør det gennem en prisme af egne antagelser og teoretiske perspektiver. Derved mener Charmaz, at forskeren allerede besidder en række sensitiverende begreber (Charmaz, 2012). Disse omtales senere i kapitlet.

7.1.1 Initierende kodning

Som nævnt under redegørelsen for Grounded Theory, er denne tilgang netop kendetegnende ved, at dataindsamling og dataanalyse sker som to fortløbende processer. Både som følge af denne Groundede tilgang, og som følge af vores beslutning om at foretage såvel deskriptive-, analytiske- og metodologiske feltnoter, fandt den initierende kodning sted, imens vi var i feltet. Forskeren benævner i den initierende kodning de fænomener som datamaterialet indeholder, stiller spørgsmål til, hvad der sker i datamaterialet, og begynder at lave analytiske beslutninger om data (Charmaz, 2012).

Charmaz nævner i den forbindelse, at der er forskel på, hvordan denne proces betegnes, afhængig af om det sker med en symbolsk interaktionistisk tilgang, eller en konstruktivistisk interaktionistisk tilgang. Førstnævnte ville betegne denne proces som at *definere* data, mens sidstnævnte ville betegne det som at *opdage*, hvad der sker i data (Charmaz, 2012). Da vi, som tidligere nævnt, anlagde en konstruktivistiske tilgang, gjorde sidstnævnte betegnelse sig gældende for vores proces i den initierende kodning. Hvis vi havde foretaget interviews, og vores datamateriale var transskriptioner af disse, ville vi skulle foretage Line-by-line kodning af disse, samt

omskrive kodningerne til aktive termer (Charmaz, 2012). Men da vores datamateriale i stedet var feltnoter og blev foretaget med et fokus på interaktionen, havde vi nedskrevet noterne med øje for, hvad der skete i interaktionen mellem parterne. Noterne blev derfor formuleret i aktive termer. Vi var med vores tilstedeværelse med til at skabe data, og feltnoterne blev formet af os, og som følge deraf var hverken line-by-line kodning eller en omskrivning til aktive termer relevant for os i den initierende kodning.

7.1.2 Selektiv kodning

Efter den initierende kodning følger den selektive kodning. Under denne kodning anvender forskeren de initierende koder, som oftest forekommer, til at sortere og kontekstualisere sin data (Charmaz, 2012). Gruppens selektive kodning blev udført ved, at vi hver for sig gennemlæste alt datamaterialet og foretog memoskrivning til de enkelte afsnit i margen. Memoskrivning er en metode, der hjælper forskeren til at stoppe op og tænke over sin data og definere kategorier samt at se, om der er sammenhæng mellem kategorier (Charmaz, 2012). Efter de individuelle memoskrivninger gennemgik vi i fællesskab alt materialet og noterede i fællesskab selektive koder ud fra vores respektive kommentarer.

7.2 Kategorisering

Ud fra de selektive koder begyndte der at forme sig nogle kategorier. Fælles beslutningstagning blev anskuet som en overordnet paraply for analysen. Med afsæt i Charles' kriterier for fælles beslutningstagning var vores fokus for en kategorisering på, hvor der i empirien forekom en udveksling af information i interaktionen mellem patienter og personale. Fokus var ydermere på, hvor der blev dannet en konsensus, samt hvor der forekom en fælles beslutningstagning mellem parterne.

Indledningsvis så vi på konteksten for behandlingsmøderne og benævnedes kategorierne som omhandlede følgende: *Scenen er sat, Retssag og Skuespil*.

De øvrige kodninger resulterede i fire kategorier: *at være patient, at være personale, rammer og kultur, symboler*.

Kategorien at *være patient* rummede følgende selektive kodninger:

- Patientens som forbruger
- Patientroller
- Patientfællesskab
- Stigma
- Etik
- Pårørende
- Kognitiv kapacitet

Kategorien *at være personale* rummede følgende selektive kodninger:

- Formål
- Skriftlighed
- Sprog
- Holde aftaler
- "How to do"

Kategorien *rammer og kultur* rummede følgende selektive kodninger:

- Afsnittets muligheder og rammer
- Specialafsnit >< almen afsnit
- Procedurer/ skal-opgaver
- Ekspedition
- Patientinddragelse -en kulturændring
- Medicin er vigtig, andet "flagrer"

Kategorien *symboler* rummer følgende selektive koder:

- Patienten for bordenden
- Banke på
- Give gaver

Efter kategoriseringen gik vi tilbage til den selektive kodning for at undersøge, om disse koder reelt var "favnet" af vores kategorier, hvilket de viste sig at være. Herefter følger der ifølge Charmaz en teoretisk sampling sted. Samplingen bygger på komparative metoder, hvor forskeren for eksempel vender tilbage til felten for at udvikle sine kategorier (Charmaz, 2012). Dette var af tidsmæssige årsager ikke muligt for os inden for den berammede tid til udarbejdelse af specialet. I stedet valgte vi at anvende begreber fra Goffman som sensitiverende begreber i analysen. I det følgende vil det blive udfoldet yderligere.

7.3 Sensitiverende begreber

Som tidligere nævnt tages der ved anvendelse af Grounded Theory principper til analyse af data udgangspunkt i sensitiverende begreber. Dette sker ofte implicit og anses som en afspejling af forskerens egne antagelser og teoretiske perspektiver, idet forskeren allerede besidder begreber, som kan siges at være sensitiverende (Charmaz, 2012).

Et sensitiverende begreb leder hen mod noget, som vi antager eksisterer, men som vi ikke helt forstår essensen af (Blumer, 1969). Kvalitative studier starter, som tidligere nævnt, ofte med sensitiverende begreber, som skærper forskerens opmærksomhed. De kan danne et grundlag for kodningen og dannelsen af kategorier (Charmaz, 2012).

For gruppen gjorde det sig gældende, at vi i forbindelse med vores kodning og memoskrivning, kunne se at en del af det, vi havde nedfældet, var inspireret af Goffman'ske begreber. Det blev derfor besluttet, at specialets analyse og fortolkning skulle tage afsæt i Goffmans begreber, blandt andet omhandlende samhandlingsorden og praksiskonsensus, som sensitiverende begreber. Disse og andre begreber bliver udfoldet nærmere i teoriafsnittet.

Nedenstående figur illustrerer et eksempel på analyseprocessen, med initierende kodning, selektiv kodning, kategorisering og sensitiverende begreber.

Initierende kodning (felt-note)	Selektiv kodning	Kategorisering	Sensitiverende begreb
<p>Psykiateren siger (uklart/mumlende) imens hun kigger i sin pc; " du har nogle symptomer, vil du prøve medicin?" Patienten siger; "måske"[..] Psykiateren kigger på sin pc imens alle er stille. Så siger hun at hun vil tilbyde patienten et præparat. Hun nævner navnet på præparatet og snakker om en startdosis, og om at der vil gå et par uger før der er en effekt. Patienten siger ja. Psykiateren siger at det vil hjælpe patienten til at komme ud af depressionen.</p>	<p>Psykiateren mumler om symptomer.</p> <p><i>Patient-inddragelse en kulturændring</i></p> <p>Psykiateren tilbyder præparat men ingen snak om alternativer eller bivirkninger - Fælles beslutning?</p> <p><i>Give gaver</i></p>	<p><i>Kultur og rammer</i></p> <p><i>Symboler</i></p>	<p><i>Instruktøren</i></p> <p><i>Instruktøren</i></p>

Figur 4: Analyseprocessen

Kapitel 8

Goffmans begreber

som analytisk

referenceramme

8 Goffmans begreber som analytisk referenceramme

I dette kapitel redegøres for anvendelsen af begreber, fremført af den canadisk-amerikanske sociolog Erving Goffman (1922-1982), der i sit virke som sociolog havde fokus på det sociale møde mellem mennesker og den måde, interaktionen i et mikro-sociologisk perspektiv udspiller sig på. I specialet bliver Goffman brugt til at belyse hvilke regler, der ligger bag kommunikationen mellem mennesker. I dette speciale udspiller interaktionen sig mellem mødedeltagerne på psykiatrisk afsnit N7 som case, og Patientens team udgør rammen for deres interaktion. Goffmans teori vil blive anvendt som forståelsesramme i forhold til empirien i specialet. Det vil dog ikke være alle Goffmans aspekter, som anvendes, men de elementer, som er relevante for at kunne forstå og bidrage til viden i forhold til den observerede interaktion ved behandlingsmødet og analysen heraf.

I de følgende underafsnit behandles centrale begreber om den dramaturgiske sociologi med *optrædener, samhandling, hold, og kulisse* fra Goffmans bog *Hverdagslivets rollespil*. (Goffman, 1959) Desuden beskrives begreber om den sociale institution med *optagelse, anamnese og tilpasning* fra bogen *Anstalt og menneske*. (Goffman, 1961) Da Goffman i sine beskrivelser henviser til psykiatriske institutioner og sammenspil mellem mennesker, anses det relevant at bruge det Goffmanske blik på den første del af specialets problemformulering om barrierer i forhold til at træffe beslutninger i fællesskab på et psykiatrisk afsnit.

8.1 Optrædener

Når et individ spiller en rolle, beder han implicit sit publikum om at tage de indtryk alvorligt som bliver præsenteret. Publikum bliver bedt om at tro på den figur, de ser. Den optrædende kan være fuldstændig overbevidst om sit eget skuespil, og på en måde repræsenterer masken den opfattelse, vi har dannet af os selv. Individets optræden, som tjener til at definere situationen for dem, der iagttager denne optræden, kan betegnes som en facade (Goffman, 1959) Således kan man anskue behandlingsmødet som et skuespil med en instruktør, bestemte roller og en ramme med både *forscene* og *bagscene*. På et psykiatrisk afsnit kan instruktøren typisk være den psykiatriske

læge, bagscenen rummer det, som foregår uden patientens tilstedeværelse, og forscenen er det, som foregår, når patienten er til stede.

8.2 Samhandlingen

En samhandling er individers gensidige påvirkninger af hinandens handlinger, når de er i hinandens fysiske nærvær. En samhandling kan defineres som det, der optræder ved en lejlighed, hvor en given gruppe individer er i selskab med hinanden (Ibid.). Man kan også kalde det et møde, hvor en optræden kan defineres som al den aktivitet, en given deltager udøver ved en given lejlighed, og hvor de andre deltagere er publikum. Når mennesker er i selskab med andre vil de på dramatisk vis i samhandlingen fremhæve eller gengive, hvad de anser for vigtige kendsgerninger, som uden denne dramatiske fremførelse ellers ikke ville være tydelige for andre (Ibid.). På et møde på psykiatrisk afsnit kan det siges at der foregår en samhandling dels indbyrdes mellem de sundhedsprofessionelle og dels mellem patient og sundhedsprofessionelle.

8.2.1 Praksiskonsensus

I mødet med andre forventes deltageren at fremføre sit syn på situationen i overensstemmelse med, hvad der umiddelbart er socialt acceptabelt. Dermed skjules egne oprigtige følelser og der arbejdes på at tilkendegive et syn på situationen, som de andre vil finde i det mindste midlertidigt acceptabelt. Opretholdelse af overfladisk enighed - fernis af konsensus - er lettere hvis hver deltager skjuler sine egne behov og i stedet nikker billigende. Dermed kan der etableres en praksiskonsensus (Ibid.). Efterhånden som samhandlingen udvikler sig, kan der komme tilføjelser til eller modifikationer af deltagerens oprindelige syn. Det er oprindelige synspunkt må ikke modsiges, men udbygge det allerede fremførte. Det betyder, at det er svært at ændre på de udtryk og indtryk som afgives, når samhandlingen først er i gang (Ibid.). Den fælles forforståelse mellem de sundhedsprofessionelle på et afsnit kan således være vanskelig at ændre på, når samhandlingen er i gang.

Deltagerne i samhandlingen har således både implicit og eksplicit en forventning om at de sociale karakteristika, man fremfører, er sande, og at man derfor har et legitimt krav om at blive behandlet derefter. I samhandlingen bliver der kontinuerligt truffet forebyggende foranstaltninger for at undgå, at miskrediterende hændelser forårsager et sammenbrud i samhandlingen (Ibid.).

Patienten og personalet har en fælles forventning om at begge parter taler sandt for at samhandlingen kan give mening.

8.3 Holdet

Arbejdet på et sygehus er baseret på teamwork- et hold, som sammen yder det bedste for patienten. Da meget af arbejdet på psykiatriske afsnit foregår som samarbejde i hold, kan det være relevant at forholde sig til Goffmans betragtninger om hold, og de rammer der lægges ud over individet.

Ifølge Goffman kan holdets grundlæggende sammensætning og vilkår have betydning for holdets samhandling med patienten. Holdet fremfører individuelle forestillinger, men har også en fælles samhandling eller en række af fælles samhandlinger, som de kan være tvunget til at samarbejde om for at opretholde en definition af situationen (Ibid.). For at være en del af et hold, skal den enkelte kunne vente på den officielle melding, for at vedkommende kan spille sin rolle på holdet og føle sig som en del af det, for dermed at gøre sig gældende over for publikum(Ibid.).

Er holdet stort og har mange deltagere, kan det ikke forventes, at definitionen af situationen passer alle på holdet lige godt, men loyaliteten over for holdet og de andre holddeltagere vil være dominerende og beskytte mod kompromittering af den virkelighed, holdet fremfører(Ibid.). Således kan hver enkelt holddeltager være nødt til at udsætte at fremlægge sine egne holdninger, indtil holdet har fastlagt en position og taget en stilling(Ibid.).

Der eksisterer dermed en gensidig afhængighed, baseret på en skrøbelig definition af situationen, hvor hvert medlem er tvunget til at stole på de andre (Ibid.). Hvis det enkelte medlem begår en fejl, vil de andre medlemmer således af hensyn til publikum være nødt til at vente med at straffe eller belære synderen om vedkommendes fejl. (Ibid.). Et hold skal ved mange optrædener sørge for en informationsstyring og at hemmeligheder forbliver hemmelige, så det billede, der fremføres over for et publikum er intakt (Ibid.).

Hvis publikum er klar over, at forestillingen har en instruktør, vil de betragte instruktøren som mere ansvarlig for den samlede optræden end de øvrige deltagere(Ibid.). Alle mennesker deltager i hold, og alle hold er optaget af at definere situationer og skjule eller nedtone oplysninger for at sikre stabilitet(Ibid.).

8.4 Kulissen

Kulissen udgør den geografiske placering, hvori udsmykning, fysisk indretning og møbler danner baggrunden for forestillingen. Kontrol over kulisser giver holdet en følelse af sikkerhed og er med til at bestemme hvilken information publikum får (Ibid.). Dermed ses at det ene hold bidrager mere til forestillingen, som fremføres, end det andet hold, som bidrager med en reaktion på fremførelsen.

8.5 Facadeområdet og adfærden

Optræden finder sted i et facadeområde (forscenen), hvor et individs adfærd skal give indtryk af at overholde visse normer for hvordan man gebærder sig overfor et publikum både moralsk og instrumentelt (Ibid.). Moralske krav handler om ikke at generere eller forulempe andre og instrumentelle krav handler om at passe på ting og yde en stabil indsats i situationen (Ibid.).

8.6 Bagsideområdet og adfærden

Den optrædende har også et bagsideområde eller en bagscene, hvor de optrædende har mulighed for at udtrykke det, som ikke kan udtrykkes i facadeområdet. Stedet giver mulighed for at slappe af og mulighed for at det, som er fremført i facadeområdet, kan blive modsagt eller oplagret (Ibid.). Mellem forscenen og bagscenen eksisterer en passage, hvor der vil kunne observeres et karakterskifte mellem de to typer af adfærd, som foregår i de to områder (Ibid.).

Kulisser kan på nogen tidspunkter fungere som en forscene, og på andre tidspunkter udgør de en bagscene. Der vil dog altid være en dominerende scene (Ibid.). I den vestlige verden har man typisk et uformelt sprog på bagscenen og på forscenen et mere formelt sprog og en anden optræden. Hvis den enkelte har meget facadeområdeaktivitet, kan bagscenen blive en optræden i stedet for et rum for afslapning (Ibid.). For en sygeplejerske på psykiatrisk afsnit kan der være en forscene i samtalen med patienten endnu en forscene i det faglige samvær med kolleger, og også i frokostpausen, som kan siges at være bagscene, kan der ligeledes være optræden i form af videregivelse af informationer. Dermed kan en arbejdsdag være én lang optræden på scenen.

8.7 Den sociale institution

Steder, hvor der regelmæssigt foregår en aktivitet, kan betegnes som en social institution. Når mennesker træder ind i en institution som et psykiatrisk sygehus, har de en livsstil og adfærd med sig, som var givet og udgjorde en del af en større sammenhæng i deres hjemlige miljø, men som udfordres i det øjeblik, de træder ind på sygehuset (Goffman, 1961). Der vil derfor opstå et tab af nogle af de roller som individet havde uden for institutionen, som en følge af den barriere, der nu er mellem ham og det hjemlige miljø (Ibid.).

8.8 Anamnesen

Optagelse af anamnese involverer et hold af psykiatriske hjælpetjenester på sygehuset. Det drejer sig om socialrådgivere, psykologer, sygeplejersker og læger, der alle bidrager med oplysninger til psykiateren, som sammensætter informationerne til et helhedsbillede af patienten. Der er ikke noget som skal forholdes til psykiateren, hvilket vidner om Psykiatriens udstrakte mandat til at behandle mennesker (Ibid.). Psykiateren indtager således en enestående rolle og magt. Psykiatriens samlede forklarende og fortolkende kraft begynder allerede i det øjeblik, patienten træder inden for i institutionen og personalet med visitationsproceduren fremfører bevis for patienten om at han eller hun er på til det rette sted i forhold til sin problematik (Ibid.).

8.9 Tilpasning til institutionen, psykiatrisk sygehus

Patienten vil på forskellig vis forsøge at tilpasse sig institutionen (Ibid.). Patienten kan overtage institutionens opfattelse af situationen og dermed fremstå som den perfekte og efterrettelige patient – eller patienten kan modsætte sig institutionens og benægte dens myndighed og dermed irritere personalet. Flertallet af patienter vælger at tilpasse sig institutionen efter bedste evne (Ibid.).

Kapitel 9

Analyse

9 Analyse

Med afsæt i den skildrede analysestrategi vil der i dette kapitel søges en besvarelse af problemformuleringens første del:

Hvilke barrierer for fælles beslutningstagning kan identificeres mellem patienten og de sundhedsprofessionelle ved behandlingsmøder på psykiatrisk afsnit N7?

Der vil indledningsvis fremkomme en beskrivelse af de fysiske rammer for møderne, for at give et indtryk af det rum, de er afholdt i. Dernæst følger en beskrivelse af henholdsvis formålet med møderne og observatørens placering under disse møder. Efterfølgende vil behandlingsmøderne blive analyseret på baggrund af den indsamlede empiri fra de observationsstudier og feltsamtaler, vi har foretaget på afsnit N7.

Empiri er udvalgt med henblik på at kunne belyse interaktionen med afsæt i Charles' kriterier for en fælles beslutningstagning, som de blev fremført i problemanalysen. Kriterierne er at:

- Der skal deltage mindst to parter
- Begge parter tager skridt til deltagelse i processen
- Begge parter deler information
- Der træffes fælles beslutninger, som der er opnået enighed om (Charles et al., 1997).

Dernæst vil empirien blive vurderet med udvalgte begreber af Goffman, der anvendes som sensitiverende begreber (Blumer, 1969). De sensitiverende begreber anvendes til til at fremanalyserer, hvilke skridt der tages til at opbygge en konsensus i interaktionen, og hvad disse skridt baserer sig på, samt hvordan en beslutning fremkommer i fællesskab.

Den Goffmanske teatermetafor er anvendt til at belyse, hvordan møderne kan ses som et skuespil med roller, der spilles på en scene med optrædende, et publikum, en bagscene, kulisser, instruktion, manuskript og rekvisitter. Metaforerne vil således udgøre rammen for analysen, hvor følgende begreber vil blive udfoldet: *Instruktør, forscenen/bagscenen, kommunikation, holdet, praksiskonsensus, samhandlingen og sammenbrud i samhandlingen.*

I det følgende beskrives de fysiske rammer for behandlingsmøderne for at give indtryk af rummet og dermed de omgivelser, behandlingsmøderne er foregået i.

9.1 Beskrivelse af kulissen på det psykiatriske afsnit

Det psykiatriske afsnit ligger centralt placeret i Frederikshavn og er et hvidt moderne udseende toetages hus med en parkeringsplads foran.

Besøgende kommer ind på afsnittet gennem to store glasskydedøre. I mellemgangen mellem dørene byder et velkomstschild og en stueplante, placeret på det moderne flisegulv, den besøgende indenfor på afsnittet.

Et stort, lyst og smukt rum byder yderligere velkommen og udgør med sine farvestrålende, moderne malerier afsnittets centrum. Øjet fanges ikke kun af malerierne, men også af flere store informationstavler med brochurer fra patientforeninger med tilbud til psykisk sårbare mennesker. En anden tavle viser fotos og navne på afsnittets ansatte. Det lyse rum minder om et atriumrum og appellerer til, at den besøgende gør ophold, med sofaer, ugeblade og frisk frugt placeret rundt om i rummet. Afsnittets fællesfunktioner er placeret, så de vender ud mod det smukke rum.

Fra opholdsrummet vandrer øjnene videre og ser nu, at afsnittet i hver ende har to lange gange, som tilsyneladende ser identiske ud. På den ene af gangene ligger rummet, hvor behandlingsmøderne foregår. Rummet er dermed placeret, så mødedeltagerne både er tæt på afsnittets midte og aktiviteter, men alligevel har ro til at koncentrere sig.

Den smukke og tunge mahognidør åbner sig indad i det kvadratiske rum, hvor to aflange vinduespartier lader lyset falde ind fra afsnittets forhavn. I rummet er placeret et the-køkken langs næsten hele den ene langside. Det består af et køkkenbord og en køkkenvask, og afsluttes i begge ender af højskabe. Køkkenet ser pænt og rent ud. I den ende af køkkenets langside, som vender ud mod de to vinduer, står en knejsende stuepalme og kigger frem. Øjet fanges dog mest af det store og dominerende kvadratiske bord, som er placeret tæt op mod køkkenet, men alligevel med plads til at otte mennesker kan sidde omkring bordet, to på hver side. I rummet er der andre muligheder for at sætte sig, ud over det kvadratiske bord. Måske fordi det også er en stue, som patienter kan anvende til et besøgsrum. To institutionsblå sofaer og et lyst lakeret sofabord står placeret mod vinduerne og i så tilpas afstand, at det er muligt at passere mellem de mange møbler. Vægudsmykningen i rummet giver ikke meget væsen af sig. Det er et abstrakt maleri og et falmet Europakort.

9.2 Møderne på afsnittet

Rummet anvendes til møder to gange om ugen, hvor der hver gang holdes et formøde og op til tre behandlingsmøder. Tre af mødedeltagerne er gennemgående ved alle møder, det er afsnittets socialrådgiver, stafetholderen og psykiateren, som udgør afsnittets faste hold ved alle møder. De indtager de samme pladser ved alle møderne. De resterende pladser bliver fordelt mellem de øvrige deltagere, som kan sætte sig, hvor de har lyst.

På afsnittet anvendes som beskrevet i problemanalysen konceptet "Patientens team" som et patientinddragende tiltag. Afsnittet har valgt at inddrage patienter og pårørende på behandlingsmøder kaldet *indlæggelse-, status eller udskrivelsesmøder*.

Aftaleark anvendes som et redskab til at notere patientens ønsker til hvem, der skal deltage i mødet, for eksempel en pårørende, årsager til indlæggelsen og forventninger til behandling. På samme ark noteres afsnittets tilbud om pleje og behandling, blodprøvesvar samt forventet indlæggelsestid og opfølgning efter udskrivning (se bilag 2-4). Arket kan dermed betragtes som en del af en informationsudveksling mellem patienten og afsnittet, som skal føre til, at der træffes fælles beslutninger på behandlingsmødet. Som forberedelse til at kunne deltage i et behandlingsmøde med de faste mødedeltagere har patienten derfor løbende haft møder med sin kontaktperson omkring disse emner og forhåndsudfyldt dele af aftalearket. Socialrådgiveren, stafetholderen og psykiateren afholder et formøde med kontaktpersonen, hvis formål er at opsamle det, der er talt med patienten om, og sætte det i relation til afsnittets tilbud om pleje og behandling. Formødet varer cirka 30 minutter samlet for de tre patienter.

Derefter afholdes behandlingsmødet som enten er et indlæggelses- status- eller udskrivningsmøde, hvor alle informationer fra patienten og det sundhedsfaglige personale søges samlet i en dialog med patienten, og hvor patientens pårørende (herunder ansatte i fx Socialpsykiatrien) også kan deltage. Aftalearket danner udgangspunkt for mødet, og der er afsat 35 minutter til dette møde. Intentionen på behandlingsmødet er at "patienten er for bordenden" og har fælles beslutningstagning som mål for dialogen, jf. tidligere beskrivelse i problemanalysens afsnit 2.11 omhandlende Patientens team.

Formødet og behandlingsmødet afholdes i forlængelse af hinanden, hvilket betyder, at det faste sundhedsprofessionelle hold allerede er i rummet, når patienten og de pårørende kommer ind for at deltage i behandlingsmødet.

9.3 Scenen sættes

I det følgende vil Goffmans begreber, hvor mødet kan anskues som en forestilling med en instruktør, anvendes for at belyse, at der foregår en styring af mødet. Det sundhedsfaglige personale er på scenen og er i gang med at spille en forestilling. Derfor vil der indledningsvis fremkomme en præsentation af stykkets skuespillere og de roller, som ses spillet på scenen.

Instruktøren er selv på scenen og kan ved observation identificeres som psykiateren, idet der på intet tidspunkt er tvivl om, hvem der eksempelvis har ordinationsret til medicin og dermed hvem, der hovedsagligt har ansvaret for forestillingen (Goffman, 1959). Det kommer til udtryk i det følgende, hvor en dato for det næste behandlingsmøde sættes ud fra den instruktion, psykiateren giver, om næste tidspunkt for en medicinsk vurdering af patienten. Patienten optræder her som publikum for en dialog mellem stafetholderen og psykiateren:

Stafetholderen spørger psykiateren hvornår der igen skal vurderes og psykiateren svarer at der skal gå 14 dage. Okay, siger stafetholderen Så er der møde igen om 14 dage. Patienten siger ja, og mødet slutter (feltnote)

Således ses at psykiateren både har en ledende rolle i stykket, men også er instruktøren. Her foregår det i en dialog med stafetholderen, hvor denne indtager en koordinerende rolle og dermed efterlades patienten reduceret til at være publikum for en sundhedsfaglig optræden. Ydermere bidrager den kendsgerning, at det sundhedsfaglige personale har bestemt scenens kulisser, samt at de allerede er på scenen, til at patienten og de pårørende kommer til at fremstå som et publikum til en sundhedsfaglig optræden. Dermed fremkommer en asymmetri i situationen mellem de to hold på mødet.

På scenen er der foruden instruktøren, som selv spiller en ledende rolle, andre roller, og det blev flere gange under observationsstudierne observeret, at patienter fremstod med forskellige roller, afhængig af den kontekst de befandt sig i, og at der afhængig af det var tale om en forscene eller bagsceneadfærd (Ibid.). Ifølge Goffman skyldes det at bagsideområdet giver en mulighed for at udtrykke det, som ikke kan udtrykkes på forscenen (Ibid.). Følgende situation udspiller sig således ikke på et møde, men i afsnittets have. Haven ligger ugeneret for indsyn, fordi de store glaspartier er dækket med nedrullede persiener. En patient, der tidligere er observeret på et behandlingsmøde som havende en usikker adfærd, indtager i haven med andre patienter en helt anden rolle, svarende til befinde sig mere på bagscenen. Situationen udspiller sig, da en observatør forsøger at komme ud i haven:

Da undertegnede prøver at komme ud i haven, men det ikke lykkes, bliver der efter et stykke tid åbnet fra haven og patienten siger at det er en "personalelås" der er på den. Den vækker latter i gruppen, der sidder i haven. Der sidder cirka otte patienter derude og nyder solen, som skinner (feltnote).

Den uformelle og humoristiske bemærkning bidrager til en afslappet stemning mellem patienterne svarende til adfærd på en bagscene, og det er tydeligt, at selvom observatøren bliver hjulpet ud i haven af patienten og dermed får adgang til noget, der kan ses som en bagscene, så eksisterer der et fællesskab, som ikke inkluderer personale eller andre, som ikke er patienter. Patienters livsperspektiv har stadig en betydning, når man er indlagt på et afsnit, og der er også behov for en bagscene. Bagsceneadfærd er måske lettere at udfolde sammen med andre patienter end i nærvær med sundhedsprofessionelle.

Personalet udviste på møderne en bevidsthed om, at patienten har andre roller end rollen som patient. At de også har en hverdag uden for afsnittet. Den forskel, der er mellem patientens hverdagsliv og livet på afsnittet, forsøges imødekommet, som det ses i den følgende sekvens, hvor der under et behandlingsmøde tales om aktiviteter og roller, som hører hverdagslivet til:

Af ovenstående ses, at personalet har en forståelse for de tab af roller, som en indlæggelse kan

Patienten spørger om hun så skal være i Aalborg i forbindelse med henvisningen til rehabiliteringscentret, men får at vide, at behandlingen foregår ambulant og psykiateren informerer om kørselsgodtgørelse. Socialrådgiveren spørger den pårørende om, hvad han tænker om det hele, og han svarer at han er bekymret. Derefter følger en samtale mellem mødedeltagerne, omhandlende jul, småkagebagning og patientens brors kommende bryllup der skal afholdes i patientens hjemland, og som patienten gerne vil deltage i (feltnote)

medføre, ved, på et behandlingsmøde, netop at tale med patienten om aktiviteter som bagning, jul og et bryllup i familien. Der deles endvidere informationer mellem patienten og personalet om en bekymring omkring transport og fra personalet en viden om refusion af transportudgifter. Dermed deles information mellem parterne, som er væsentlig som basis for at kunne opbygge en konsensus og at kunne træffe fælles beslutninger.

Ved en anden observation af et behandlingsmøde sås, at varigheden af indlæggelsen blev tilrettelagt i forhold til patientens hverdagsliv og rolle som mor.

Information fra patienten omkring hendes ønsker, og den aktuelle situation, hun stod i med sin søn, blev fremlagt af hende og dannede basis for en dialog om et udskrivningstidspunkt. Dermed

dannede vigtig information mellem patienten og personalet basis for en konsensus og en fælles beslutning om tidspunkt for næste møde og en udskrivelse:

Der tales om en tidshorisont for indlæggelsen og patienten siger, at det ikke skal være så lang tid som sidst, hvor hun var indlagt i 3 måneder. Psykiateren foreslår en ny vurdering om 14 dage. Patienten fortæller, at hun jo tænker på sin søn, som kun kan være her halvanden time om ugen. Stafetholderen: Måske skal der så sigtes på udskrivning om 14 dage? Det beslattes, at der er en vurdering om en uge og at medicin aftales på en lægesamtale (feltnote)

Af ovenstående ses, at patienter indtager forskellige roller afhængig af den kontekst, de befinder sig i. Endvidere er der på behandlingsmøderne, hvor psykiateren fremtræder som instruktøren på forestillingen, en opmærksomhed omkring de rolletab, som patienter kan have i forbindelse med en indlæggelse. Dialogen med patienten har derfor også et udgangspunkt i patientens andre roller. Indlæggelse og udskrivning planlægges under hensyntagen til patientens andre roller og aktiviteter i hverdagslivet.

Efter således at have præsenteret de identificerede roller på scenen, følger nu selve spillet til behandlingsmødet. Der vil blive udfoldet, at det ikke altid er nemt at forstå, hvad der siges på scenen, og at det kan kræve kompetencer at være på scenen, hvis manuskriptet ikke forstås.

9.4 Hvad taler vi om?

Selvom der er en opmærksomhed fra personalet omkring eventuelle rolletab og selvom behandlingen søger at have opmærksomhed på patientens hverdagsliv, kan der i interaktionen vise sig vanskeligheder, når der skal deles information. Goffman anfører, at den, der kommunikerer, kun er sig bevidst om en del af sin kommunikation, og at den anden er bevidst om en anden del (Ibid.).

Fagsprog forstås af fagfolk og kan være vanskeligt for lægfolk at forstå. I observationerne sås imellem, at personalet anvendte et fagsprog og dermed glemte at anvende et sprog, der forstås af lægfolk. Dermed bliver en udveksling af information vanskelig, og en dialog på baggrund af udveksling af informationer besværliggjort.

Nedenstående eksempel illustrerer, at personalet har antagelse om, hvad der sprogligt forstås af patienten, men at antagelsen viser sig at være forkert. Patienten forstår ikke, hvad der spørges om:

Stafetholderen siger "du eksponerer angsten ved hjælp af aktivitetsplanen – kan du nikke genkendende til det?"

Patienten: "at jeg hvad?"

Stafetholderen: "at du bruger aktivitetsplanen"

Patienten: "Nååh -ja" (feltnote)

Af ovenstående ses, at personalet er sig bevidst om en del af kommunikationen og at patienten er bevidst om en anden del. Det ses af eksemplet, at det kan kræve en indsigt i fagsproget på afsnittet at forstå personalets spørgsmål, og at personalet ikke er klar over den del af deres kommunikation. Det kan anføres, at det dermed kræver en høj grad af sundhedskompetence for at kunne forstå det sagte og kunne indgå i en dialog med personalet, og at personalet noterer i fagsprog på det, som skulle være fælles aftaleark. Således er det vist, at personalet kun er bevidst om en del af deres kommunikation, og at fagsproget kan udgøre den del, som de ikke er bevidste om. Det kan udgøre en barriere for at kunne dele information med patienten. Dermed kan stilles som krav i kommunikationen mellem personale og patient, at der skal være en oversættelse af fagsprog, for at patienten kan forstå det. Kun hvis det sker, vil information kunne deles, og de næste skridt mod en opbygning af konsensus kunne tages.

Det blev endvidere observeret, at det kan være vanskeligt at forstå, hvad en diagnose er og indebærer. Og ydermere, at det til tider kræves en høj grad af sundhedskompetence for at være patient på afsnittet.

I det følgende søger stafetholderen at oversætte dele af psykiaterens svar til patienten. Selvom hun gør det, virker det alligevel, som om det for både psykiateren og stafetholderen er vanskeligt at være bevidste om dele af deres kommunikation, idet den ikke umiddelbart forstås af patienten og den pårørende. Der kræves således en forklaring og et andet ordvalg, før svaret endelig forstås, og før patienten kan sætte det i en relation til hans symptomer. Selvom stafetholderen spiller en central rolle på scenen, er der ikke tvivl om, hvem der er instruktør på forestillingen, idet patienten afslutningsvis henvender sig direkte til psykiateren og kvitterer for det svar, han har fået:

Patienten kigger på psykiateren og spørger; "hvad kaldes min sygdom?" Psykiateren svarer at det er et godt spørgsmål, men at der er tale om en tilpasningsreaktion. Der opstår en lille pause, hvorefter stafetholderen supplerer med at sige at det er en krise, og at den opstår når en situation er svær at tackle. Så kommer krisen. Psykiateren siger, at det er svært at sige, hvad der er årsag til krisen, men at det skyldes en belastning. Den pårørende spørger hvor tankerne om Gud og selvmord så kommer fra? og psykiateren svarer, at nogle mennesker får tankerne i forbindelse med belastninger. At de

dukker op når man føler sig presset. Stafetholderen spørger, om der er sket nogle ændringer og den pårørende siger, at hendes mand døde for 3 år siden. Patienten siger;" det er selvfølgelig værst for mor, men jeg er også ked af det. Jeg skjuler det." Patienten siger til psykiateren, at det hun siger passer godt med hans symptomer og han takker fordi han har fået det forklaret (feltnote)

Som det ses af ovenstående, er personalet kun bevidst om dele af deres kommunikation og anvender ind imellem et fagsprog, som patienterne kan have udfordringer med at forstå. I tilfælde, hvor patienten ikke har sundhedskompetencer til at forstå fagsprog eller gør opmærksom på, at det ikke forstås, kan det udgøre en barriere for patienten i forhold til at dele information med personalet til et møde. Dermed kan stilles krav til personalet om, at de bliver sig bevidst om dele af deres kommunikation, herunder anvendelsen af fagsprog som ovennævnte eksempler viser det.

De pårørende kan komme til at spille en central rolle som patientens talerør eller som oversættere af fagsprog, hvis de kan kompensere for patientens begrænsede sundhedskompetence i forhold til at forstå psykiatrisk fagsprog.

Som det ses af afsnit *Scenen sættes*, fremtræder personalets kommunikation med anvendelse af fagsprog som en barriere i forhold til at dele information med patienten. Hos personalet er der en bevidsthed om, at patienten har andre roller end rollen som patient, og scenen er sat med en instruktør i form af psykiateren på afsnittet. Ydermere er fundet, at patienter har en anden adfærd på behandlingsmøder end i andre kontekster under indlæggelsen. Det fremtræder derfor væsentlig at få belyst, hvordan interaktionen ellers fremtræder på møder.

I det følgende, kaldet "Spillet om beslutninger" vil interaktionen blive uddybet ved anvendelse af Goffmans begreber om *hold*, *praksiskonsensus*, *samhandlingen* og *sammenbrud i samhandlingen*.

Begrebet om hold tydeliggør, at der i interaktionen er to parter, som kan have en forskellig dagsorden, og den betydning det kan have som en barriere mellem patienten og personalet. Begrebet om praksiskonsensus anvendes til at belyse konsensus, som er et skridt mod en fælles beslutningstagning, men dette kan være vanskeligt hvis der er en anden dagsorden for mødet.

Begrebet om samhandling er baseret på, at der tales sandt, men det sker ikke altid, hvorfor samhandling bliver vanskelig og der fremkommer ikke en reel informationsdeling. Afholdelse af formøder kan derfor måske være problematiske, i relation til at overholde samhandlingens regler.

Begrebet om sammenbrud i samhandlingen viser, hvordan det kan opleves af patienten. Anvendelsen af begrebet leder til et afsnit om vigtigheden af at lytte til det andet holds informationer og af at dele information. Endelig følger et kort afsnit om aftalearkets betydning i interaktionen mellem patient og personale.

9.5 Hvad er dagsordenen for mødet?

Behandlingsmøderne blev indledt med en gensidig præsentation mellem mødedeltagerne, så rollerne på scenen fremstod tydelige for de tilstedeværende. Det foregik på skift mellem deltagerne og i et formelt sprog med anvendelse af titel eller funktion i relation til mødets formål, og dernæst med et fornavn. Dermed sikres at ingen træder ved siden af deres rolle. Patienten og de pårørende udgør det ene hold på scenen og personalet det andet. For at være et hold kræves at man er forskellige og kan bidrage med hver sit (Goffman, 1959). Dernæst følger at parterne skal blive enige om, hvordan man definerer situationen og arbejde sig hen mod en fælles definition af hvilken situation der er tale om, en praksiskonsensus (Ibid.).

Det blev observeret, at der ikke altid var en fælles dagsorden for, hvad mødet skulle omhandle. Var det et indlæggelse-, status-, eller et udskrivningsmøde, som dannede manuskriptet for mødet? På et formøde inden behandlingsmødet, havde personalet således besluttet, at mødet med patienten skulle være et udskrivningsmøde, men ikke formidlet det til patienten. Mødet med patienten og den pårørende blev derfor lidt akavet grundet den manglende information:

Stafetholderen nævner der står at der skal være en udskrivelse om cirka ti dage. Der kommer en lang pause mellem parterne og stemningen er anspændt men ingen siger noget. Personalet skæver mod patienten for at se om der kommer en reaktion, men den udebliver (feltnote)

Det blev efterfølgende bekræftet af patienten i en samtale med observatøren, at hun havde haft en anden forventning til mødets dagsorden. Hun havde tænkt, at det var et statusmøde, som skulle handle om, hvordan hun havde det, og ikke at der skulle planlægges, hvornår hun skulle udskrives. Hun fortalte endvidere, at hun fra mødets start havde en følelse af, at der var en dagsorden om, at hun skulle udskrives, og at det derfor ikke nyttede at søge at ændre den dagsorden, da det blev formuleret ved mødet.

9.6 Samhandlingens regler

For at blive værdsat af sine medmennesker er der, ifølge Goffman, både implicit og eksplicit en forventning til, at de afstemte sociale karakteristika der fremføres, skal være sande. Det forventes at alle taler sandt, da det er et moralsk aspekt der er en forudsætning for at kunne samhandle. Det kan fremføres, at det moralske aspekt i samhandlingen, har lidt et sammenbrud i ovennævnte situation. Det ses, da personalet formulerer, at mødet handler om en plan for udskrivelse, men samtidig har en anspændthed og usikkerhed som et tegn på, at der er et brud på samhandlingens regler.

Eksemplet viser, som tidligere i analysen, at der er tale om et asymmetrisk magtforhold mellem parterne. At det sundhedsfaglige hold har magt til at sætte en dagsorden som patienten ikke er bevidstgjort om. Dagsorden kan ændres af det sundhedsfaglige hold, men det ville udgøre et brud på det moralske aspekt af reglerne for samhandling. Samhandling bygger netop på at parterne altid taler sandt for at kunne have tillid til hinanden. Der opnås dog en praksiskonsensus om situationen mellem parterne, men den udfolder sig som en stiltiende accept om, at mødet fortsat skal omhandle udskrivelse fra patientens side, og bygger ikke på en samhandling da patienten ikke byder ind. Patienten og den pårørende 'tvinges' herefter til at improvisere, hvad der skal deles information om, idet de ikke har haft tid til at forberede sig på, at mødet skulle omhandle en udskrivelse. Patienten anfægter ikke dagsorden, enten fordi det ikke er væsentlig for hende at ændre dagsorden fra udskrivningsmøde til et statusmøde, eller også fordi det ikke nytter at sige Instruktøren af stykket imod. I alle tilfælde blev der ikke opnået en praksiskonsensus om situationen mellem holdene.

9.7 Formødets betydning

Måske bidrager formødets beslutning om at patienten skulle udskrives, til at det blev vanskelig for personalet at indgå i en ny samhandling med patienten og den pårørende under behandlingsmødet? Goffman anfører således, at det kan være vanskeligt at ændre på de afgivne udtryk, når samhandlingen først er i gang (Goffman, 1959). For personalet kan den tætte tidmæssige forbindelse mellem formødet uden patienten til behandlingsmødet med patienten måske medvirke til, at det kan være vanskeligt at ændre på indtryk og de udtryk der er givet, om en patient og dennes tilstand.

I det følgende eksempel ses således, hvordan personalet efter et behandlingsmøde bestyrker hinanden i de indtryk, de havde fået af patienten, og den diagnose, de sammen har konkluderet, at patienten har. Patienten har en autismediagnose, og der kan ses særlige fysiske bevægelser ved diagnosen. Følgende blev observeret:

Efterfølgende siger stafetholderen, at nu havde hun også observeret hans autistiske træk, som kontaktpersonen tilsyneladende har introduceret stafetholderen og psykiateren inden mødet. Jeg bliver introduceret til håndstilling, som er et typisk træk for autisme (feltnote)

Som det ses af ovenstående bestyrker personalet hinanden i de indtryk, de hver især har fået af patienten. Dermed kan ses, at der for holdet sker en styrkelse af de fælles indtryk, og at det derfor måske kan være vanskeligt at ændre på deres samlede indtryk af en patient, idet det kræver en ny samhandling og en praksiskonsensus. Goffman anfører, at der skal være tale om modsigelser for at ændre ved afgivne indtryk (Ibid.). Det kan dermed måske problematiseres, at der overheadet holdes formøder uden patientens deltagelse, idet det kan være vanskeligt at ændre på den konsensus, der er opnået omkring indtryk af en patient i relation til pleje og behandling. Behandlingsmødet med patienten og dennes pårørende er en ny situation af samhandling og har dermed en indbygget skrøbelighed i sig, idet der skal laves en ny definition af situationen.

Når der på formødet er blevet dannet samlet indtryk, så fremstår det som en udfordring at ændre på disse indtryk, og udtrykke dem i en ny samhandling med patienten, ved det efterfølgende behandlingsmøde.

9.8 Sammenbrud i samhandlingen

Sammenbrud i samhandlingen kan opleves på forskellig vis. For at der skal være tale om en samhandling, skal der være en mulighed for at påvirke andre med en mulighed for at betone det, man anser som vigtigt (Ibid.) Hvis den mulighed ikke gives, grundet at beslutninger allerede er taget inden behandlingsmødet, kan der ikke dannes praksiskonsensus. Følgende situation illustrerer, hvordan en patient har oplevet at deltage i et behandlingsmøde, hvor der inden mødet er blevet sat en dato for udskrivelse. Patienten er frustreret over dette og angiver at føle sig til besvær ved selve mødet. En samtale med patienten efter behandlingsmødet illustrerer dette:

Patientens fortalte at hun følte sig bare til besvær til behandlingsmødet, for der var en dato, som var blevet sat og den gav så meget frustration. Hun vil ikke være en svingdørspatient som kommer igen og igen – dette var tredje gang hun kom tilbage efter at have prøvet at være hjemme (feltnote)

Som det ses af eksemplet, er det vigtigt for patienten, at hun har en oplevelse af en reel informationsdeling i forhold til at blive inddraget i planen for udskrivningstidspunktet. At anerkende at der er regler i en samhandling, som skal overholdes, kan ses som et moralsk aspekt jf. Goffman, men anerkendelsen af reglerne er samtidig en del af det grundlag, en fælles beslutningstagning bygger på. Hvis der således havde været en anerkendelse af disse regler, ville der have været opmærksomhed på at informationsdele, som kunne danne basis for at opbygge en konsensus og i sidste ende måske træffe en fælles beslutning om et udskrivningstidspunkt for patienten.

9.9 At lytte til informationer og at udveksle dem

Sammenfattende kan siges, at det er problematisk, hvis der ikke er en fælles definition af et mødes formål som enten et indlæggelses- status- eller et udskrivningsmøde. De forskellige formål for parterne vil bidrage til, at det ene hold er bekendt med hvilke informationer, der skal deles, mens det kan være vanskeligt for det hold, som ikke kender dagsordenen for mødet at være en aktiv partner når der træffes beslutninger.

Ved andre observationer sås dog, at parterne delte information og dermed søgte at opbygge en konsensus, men at en fælles beslutningstagning alligevel var vanskelig. Følgende situation illustrerer således, at mange emner blev diskuteret og megen information dermed udvekslet i mødet mellem holdene. Trods de mange skridt, der blev taget med informationsudveksling og forsøg på at opbygge en konsensus, blev der ikke nået en enighed om hverken årsagen, patientens problemer eller omkring løsningerne af dem. Det skyldes, at situationen ses fra forskellige perspektiver, og at disse blokerer for, hvad der skal deles information omkring.

De sundhedsprofessionelle ønsker at patienten bliver udskrevet, og at kommunen hjælper patienten med den støtte, hun har behov for i hjemmet, idet de ikke har et behandlingstilbud til hende. Patienten er bange for at komme hjem:

Psykiateren: du kan ikke klare dig i egen lejlighed, det kan også skyldes væskeubalance at du er konfus.

Stafetholderen: men der er møde på torsdag, så ser vi.

Patienten: I er nødt til at forstå at jeg ikke kan komme hjem i egen lejlighed. Det kan jeg ikke.

Psykiateren: det snakker vi med kommunen om.

Socialrådgiveren: vi må se om vi kan strikke noget sammen og få klarhed over det med pladser og sådan.

Patienten: mine omgivelser kan slet ikke genkende mig, jeg opfører mig som vanvittig.

Psykiateren: du kan ikke bo alene, for du kan ikke spise rigtigt og hjernen begynder med skøre ting. Spiseforstyrrelse er et problem.

Patienten: ja, det ved jeg, men det skyldes også alt muligt andet (feltnote)

Af ovenstående ses, at der sker et sammenbrud i samhandlingen grundet de mange perspektiver, som fremkommer i en informationsudveksling mellem holdene. Der ses en vilje til at søge en konsensus, men der tales hele tiden forbi hinanden, grundet den rodede udveksling af information og de forskellige perspektiver på situationen. De forskellige perspektiver på sygdommen bidrager til, at selvom der udveksles information, er der en forskellig vurdering af betydningen af informationerne. Patienten fremfører således, at sygdommen påvirker hendes adfærd, mens psykiateren leverer information om, at manglende mad og drikke påvirker væskebalancen og gør patienten konfus. Anvendelsen af fagsprog anfægtes her ikke af patienten, som enten forstår begrebet eller ikke synes, det er betydningsfuldt at spørge om betydningen. Patientens perspektiv er på, hvordan hendes adfærd er, i forhold til de pårørende. Begrænsningerne i afsnittets tilbud til patienten italesættes ikke, og den manglende information, om hvilke alternative tilbud kommunen kan give patienten, efterlader hende stærkt utilfreds og frustreret i interaktionen.

9.10 Du kan få en kopi

Manuskriptet til stykket om patientens indlæggelse-, status- eller udskrivelsesmøde bliver skrevet i løbet af mødet, hvis holdene respekterer samhandlingens regler og moralske aspekter. Ved afslutningen af behandlingsmødet med patienten blev der ofte observeret, at det blev nævnt for patienten, at denne kunne få en kopi af aftalearket, som var blevet noteret til mødet. Dermed kan fremføres, at aftalearket på Goffmansk dramatisk vis, blev fremvist for patienten som et fælles symbol på interaktionen og som bevis for, at der var foregået en fælles beslutningstagning.

Nedenstående repræsenterer et eksempel på stafetholderens afrunding af behandlingsmøderne, hvor kopien af det udfyldte aftaleark nævnes:

Stafetholderen spørger patienten om hun mangler svar på noget, hvortil patienten svarer nej. Derefter opsummerer Stafetholderen ved at læse op fra aftalearket og informerer patienten om at hun vil få en kopi udleveret (feltnote)

Kopierne fremtræder da også som betydningsfulde for flere patienter, hvilket følgende feltsamtale med en patient efter et behandlingsmøde illustrerer:

Jeg spørger ind til aftalearket og om patienten fik en kopi. Patienten siger ja og rejser sig op og finder kopien i sin reol, og siger, at jeg gerne må læse den. Jeg spørger hvordan han synes det fungerer med at få en kopi, patienten siger at det er godt nok, men at han jo ikke kan læse, men alligevel vil beholde den (feltnote)

Kopien af det udfyldte aftaleark fremtræder dermed som et symbol for, at der er foregået en fælles beslutning, og for nogle patienter er aftalearket vigtig at have og kunne vise frem..

9.11 Opsamling af analysens fund

Analysen har søgt en besvarelse af hvilke barrierer, der kunne identificeres mellem patienten og de sundhedsprofessionelle ved behandlingsmøder på psykiatrisk afsnit N7 ved at anvende Goffmans begreber, som sensitiverende begreber og i relation til Charles kriterier for fælles beslutningstagning.

Det er fundet i afsnittet om "*Scenen sættes*", at når personalet anvender fagsprog i kommunikationen med patienten og de pårørende, kan det udgøre en barriere for at dele information mellem personale og patienten. De pårørende kan, hvis de har sundhedskompetence til det, dermed spille en central rolle for patienten, i situationer hvor patienten ikke forstår ord, vendinger eller faglige begreber.

Det er endvidere fundet i afsnittet om "*Spillet om beslutninger*", at der kan være en forskellig dagsorden mellem de to hold af skuespillere, og at det kan udgøre en barriere, som vanskeliggør, at der deles information, og dermed også vanskeliggør, at der kan tages skridt i retning af at opbygge en konsensus. At det er afgørende at begge hold kender og har samme dagsorden fremkommer som et centralt fund i analysen.

Det er videre fundet, at når der skal deles information som et grundlag for en fælles beslutningstagning, er det blandt andet afgørende, at samhandlingsreglerne overholdes. Hvis det ikke sker i interaktionen, så bliver den kompromitteret og vanskeliggjort. Afsnittets afholdelse af formøde inden mødet med patienten og de pårørende er derfor problematisk, fordi der kan ske et brud på samhandlingens regler, hvis der på formødet indgås aftaler mellem de sundhedsprofessionelle, uden at de er drøftet med patienten. Dermed kan formødet udgøre en barriere for fælles beslutningstagning. Med baggrund i dette kan det fremføres, at behandlingsmødet kan komme til at fremstå som en *pseudoversion* af et møde, der kun tilsyneladende baserer sig på en fælles beslutningstagning med patienten.

Endelig kan fremføres, at formøder kan medvirke til, at personalet i forhold til patienten fremstår som et mere enigt hold end de er, grundet den tidligere dannede konsensus på formødet omkring patientens pleje og behandling. Det kan således være vanskeligt at ændre på den konsensus, der er skabt på det første møde, da der skal fremkomme direkte modsigelser, for at konsensus kan ændres i den nye interaktion med patienten.

Endelig viser analysen vigtigheden af, at mødedeltagerne lytter til hinanden. Hvis der ikke lyttes mellem holdene på mødet, kan det udgøre en barriere, idet der så ikke sker en udveksling af information mellem parterne. I sidste ende bliver det vanskeligt at lave en fælles beslutningstagning i konsensus mellem patienten og personalet på afsnittet.

Sammenfattende kan siges, at Goffmans begreb om samhandlingens regler har bidraget yderligere til at kvalificere Charles' kriterier om to parter, der udveksler informationer, finder konsensus og træffer en fælles beslutning. Analysen har således fundet elementer, som er væsentlige på et psykiatrisk afsnit både for patienter og for personalet, for at det kan konkluderes, at der har fundet en fælles beslutningstagning sted.

Kapitel 10

Forandringsdelen

10 Forandringsdelen

Dette kapitel har til formål at fremkomme med forslag til forandringstiltag som kan fremme den fælles beslutningstagning på afsnit N7. Således besvares problemformuleringens 2. del:

"Hvilke elementer i Patientens team på N7 kan forandres, så beslutninger om behandling foregår som fælles beslutningstagning?"

Forandringsforslagene tager afsæt i de fremanalyserede barrierer fra det foregående kapitel og via litteraturstudiet, som omfatter både en indledende søgning og en systematisk søgning. I den indledende søgning blev der fundet litteratur omhandlende barrierer for fælles beslutningstagning, og derudover fremkom nogle af studierne med forslag til interventioner i forhold til fælles beslutningstagning. I den systematiske søgning blev der fundet studier omhandlende forslag til interventioner, som kan fremme den fælles beslutningstagning. Udover fund fra vores analyse og litteraturstudie vil der også inddrages anden empiri, fremkommet gennem uformelle samtaler med patienter eller sundhedspersonale på afsnit N7.

Den tidligere nævnte definition af fælles beslutningstagning, fremført af Charles m.fl., danner grundlag for opbygning af forandringsforslagene.

10.1 Deltagelse af mindst to parter

For at der kan være tale om en fælles beslutningstagning, kræver det ifølge Charles en tilstedeværelse af mindst to parter (Charles et al., 1997).

I behandlingsmødet deltager to parter, som kan beskrives som patienten og dennes pårørende eller bisiddere som den ene part og psykiateren og de sundhedsprofessionelle som den anden part. Ifølge Charles vil dynamikken i en fælles beslutningstagning øges, hvis patienten har sine pårørende med (Ibid). Vi fandt ved vores observationer af møderne på afsnittet, at dette gjorde sig gældende. Således sås, at pårørende både underbyggede det, patienten sagde, og tilføjede aspekter, som ikke var blevet formuleret i forbindelse med patientens perspektiver og præferencer. Derudover oplevede vi, at pårørende under møder fik luftet deres bekymring for om patienten eksempelvis var klar til en udskrivelse, og om der var relevante tilbud efter udskrivelsen. Dette er ligeledes understøttet af et studie af (Hamann et al., 2009) Et andet studie har fundet, at

det kan være belastende og udfordrende at være pårørende i psykiatrien. Således angiver de pårørende, at de føler sig hjælpeløse, isolerede og har behov for at blive anerkendt og værdsat som pårørende. På det kliniske niveau i patientens behandling føler pårørende sig ofte ekskluderet (Wilkinson & McAndrew, 2008). Samme studie viser, at anerkendelse af den pårørende kan være i form af anderkendelse af deres egne følelsesmæssige behov grundet belastningen i forbindelse med deres pårørendes indlæggelse. Det kan også være en anerkendelse af deres betydning som en kilde til viden om patienten - de ved noget om mennesket bag den psykiske lidelse (ibid.).

Vi anbefaler, at pårørendeinddragelsen styrkes. Konkrete forslag i relation til ovenstående kunne være, at der ved mødet med den pårørende er opmærksomhed på at anerkende den svære situation, som pårørende kan befinde sig i. De pårørende bør desuden anerkendes for at bidrage med viden om patientens perspektiver og præferencer til behandlingsmøderne.

10.1.1 Facilitering af en styrket pårørendeinddragelse

I vores uformelle samtale med en tidligere patient fortalte hun, at under hendes indlæggelser blev møder ofte etableret med kort varsel. Det betød, at hendes mand havde vanskeligt ved at deltage, grundet sit arbejde. Det bør overvejes, om behandlingsmøderne bliver afholdt så det er praktisk muligt for pårørende at deltage, hvis de og patienten ønsker det. Vi anbefaler, at pårørende bliver adviseret i god tid, så det bliver muligt for dem at planlægge og koordinere og forberede sig til møder. Mødetidspunktet kan også have betydning for, om de pårørende har mulighed for at deltage. Ved at afholde møderne enten først- eller sidst på dagen vil flere måske have mulighed for at deltage, da afholdelse midt på dagen kan medføre, at den pårørende skal have fri fra sit arbejde hele dagen. Det optimale ville i den sammenhæng være, at møderne blev afholdt, når de pårørende havde mulighed for at deltage, vi er opmærksomme på at det vil være svært at udføre i praksis, da psykiateren, souschefen og kontaktpersoner, som skal deltage i møderne, er på job i dagtimerne. Dermed vil det for eksempel være vanskeligt at afholde møder om aftenen, hvis det ønskes af de pårørende.

Ud over deltagelse i behandlingsmøderne vil pårørende også kunne inddrages hvis patienterne anbefales at vise deres pårørende det udfyldte aftaleark. Ved at gøre det muligt for de pårørende at se det udfyldte aftaleark, vil de pårørende have en bedre føling med hvilke emner, der er ble-

vet berørt, og således er de bedre rustet til at kunne deltage på de efterfølgende behandlingsmøder.

For yderligere idéer til styrkelse af pårørendeinddragelsen, anbefales det at der tages kontakt til Nordjyllands Psykiatris Center for Pårørende (Center for pårørende). De arbejder netop med at udvikle støtten til og anerkendelsen af de pårørende, og de vil formentlig kunne være behjælpelig med at finde løsninger, som kan styrke pårørendeinddragelsen på afsnit N7.

Det bør imidlertid tages med i overvejelserne, at ikke alle pårørende har et ønske om at blive inddraget (Oute, Petersen & Huniche, 2015). Heller ikke alle patienter ønsker, at deres pårørende skal inddrages. Et alternativ eller supplement til pårørendeinddragelse kunne være anvendelsen af bruger til bruger-støtte (på engelsk peer support). Psykiatriplanen peger på denne mulighed for at bryde social isolation og styrke håbet om helbredelse (Psykiatrien Region Nordjylland, 2015).

10.2 At begge parter tager skridt til deltagelse i processen

Uanset hvor meget en patient måtte ønske at tage del i beslutninger omkring egen behandling, vil det kun være muligt, hvis psykiateren og de sundhedsprofessionelle er villige til at lade patienten deltage. Er det omvendt patienten, der ikke ønsker at deltage, kan fælles beslutningstagning heller ikke finde sted. Charles m.fl. mener, at der bør være en komplementær afklaring af de to parteres roller og adfærd (Charles et al., 1997).

10.2.1 Scenen sættes, herunder anvendelse af symboler.

Villighed til at lade patienten deltage i fælles beslutningstagning kan signaleres på mange måder. Det kan blandt andet indbefatte måden, patienten bliver mødt, når han entrer afsnittet, og de symboler, der bliver anvendt på afsnittet. På døren ind til det lokale, hvor behandlingsmøderne afholdes, hænger et vendbart skilt, hvorpå der står; *optaget*. For at styrke signalet om at den fælles beslutningstagning er i fokus og at patienten både ønskes og forventes at tage aktivt del i processen, anbefaler vi et nyt skilt med teksten *Patienten for bordenden*, som er det udtryk, der anvendes som metafor for Patientens team på afsnittet.

Ved mødets start sættes scenen, og som vist i analysen placerer flere symbolske handlinger de to parter i faste roller. Det sås eksempelvis, at der under behandlingsmødet var faste pladser for tre af de sundhedsprofessionelle. Argumentet for at stafetholder og psykiateren skal sidde ved siden

af hinanden, er tilsyneladende, at begge har behov for at kunne se i computeren. Man kan dog stille spørgsmålstejn ved, om man kan udføre en samtale med fokus på fælles beslutningstagning og det værdisæt, det indeholder, hvis computeren tager opmærksomheden. For at undgå denne positionering og i stedet signalere ligeværdighed, kan det tilstræbes, at alle indtager rummet på samme tid, og at der ikke er faste pladser.

Ved behandlingsmødet kan computeren som nævnt være en begrænsning for dialogen. Computeren indeholder data om patient og patientens medicinhistorik, og fungerer som et opslagsværk. Både fysisk og mentalt danner computeren en barriere imellem de to parter. Vi anbefaler derfor, at fokus forsøges fjernet fra computeren og hen mod en dialog og der kun ses på computerskærmen ved konkret behov.

10.2.2 Mødets formål

I analysen fandt vi, at patienterne ikke altid kendte formålet med behandlingsmødet, hvilket er essentielt, hvis patienten skal tage skridt til at deltage i processen. Under de uformelle samtaler angav patienterne ofte, at de oplevede mødet som enten godt eller dårligt, og mange havde ikke tænkt på, at mødet havde udgangspunkt i at træffe beslutninger i fællesskab. For at forbedre mulighederne for patienten for at patienten kan forberede sig til at deltage i processen, anbefaler vi, at patienterne altid oplyses om mødernes formål, både under de forberedende samtaler med kontaktpersonen og under behandlingsmøderne. Behandlingsmøderne kan med fordel indledes med, at mødets formål bliver italesat.

10.2.3 Formødet

Vores observationer viste, at formødet, som afholdes forud for behandlingsmøderne, er med til at styrke en faglig positionering og konsolidere en sundhedsprofessionel opfattelse af patienten. En konsensus om patienten er dannet, uden at patienten har deltaget. Der kan være en risiko for, at formålet ikke bliver at forstå patienten, men at kategorisere patienten, som det er fundet i analysen.

Hvis formålet med formødet er at de sundhedsprofessionelle skal gøres sig bekendt med patientens situation, kunne der afses tid til at personalet individuelt kan gennemgå notater i EPJ inden

mødet og efterfølgende lade patientens fortælling indgå i afklaringen på behandlingsmødet. For at sikre den mindst mulige asymmetriske relation mellem de to parter, anbefales at nødvendigheden af formøderne diskuteres og fordele og ulemper afvejes.

10.2.4 Aftalearkets udformning

Aftalearket for indlæggelse, status og udskrivelse bliver på afsnittet brugt som et fælles ark for de sundhedsprofessionelle og patienten. Se eksempel på aftalearkene i bilag 2-4. Det fortrykte aftaleark indeholder felter, som delvist udfyldes under samtale mellem kontaktpersonen og patienten, og resten udfyldes under behandlingsmødet. Den øverste bjælke på arket indeholder informationer om navn, adresse og Cpr-nr., hvilket team patienten har, indkaldelsesdato til behandlingsmøde og hvem der deltager i mødet. Dernæst følger en bjælke som giver plads til at skrive hvem patienten ønsker skal deltage i mødet udover det faste personale. Herudover er der plads til at skrive årsager til indlæggelse og forventninger til indlæggelsen. I næste bjælke på arket er der plads til at afsnittet sundhedspersonale kan skrive hvilken behandling, de kan tilbyde og en angivelse af blodprøvesvar. Der er afsat en halv linje til at skrive en konklusion og dermed de fælles beslutninger. Nederst på aftalearket er der plads til informationer om, hvem der skal orienteres i forbindelse med indlæggelsen, forventet indlæggelsestid, udskrivningsdato og opfølgning ved udskrivning. Aftalearket fungerer som et støtteredskab, når patienten i samvær med sin kontaktperson forbereder sig til behandlingsmødet. Sundhedspersonalet opbevarer papiret, og stafetholderen læser op fra det til behandlingsmødet. Aftalearket er således en blanding af information, refleksion og formelle data om patienten som eksempelvis Cprnr og bærer præg af at være de sundhedsprofessionelles informations- og spørgeskema til patienten. Aftalearket viser formelle data om patienten og har således ikke fokus på betingelserne for en fælles beslutningstagning mellem de to parter. Aftalearket kan dermed ses som de sundhedsprofessionelles redskab og patienten kan få en kopi hvis han ønsker det. Aftalearket er evalueret og tilpasset flere gange, og processen fortsætter. Vi vil derfor bidrage med forslag til næste tilpasningsrunde af aftalearket.

Vi anbefaler, at der udarbejdes et aftaleark, som tilhører patienten som kan udleveres ved ankomsten til afsnittet og hvor afsnittet kan få en kopi efter behandlingsmødet. Aftalearket skrives med anvendelse af patientens egne formuleringer og, hvis det er muligt, af patienten selv. Dermed gives et ejerskab over aftalearket som er med til at symbolisere at patienten indgår i fælles

beslutningstagning. Formelle data, som kun vedrører afsnittet kan i stedet skrives direkte i EPJ. Med fokus på ovenstående betragtninger, kan sundhedspersonalet udforme et aftaleark, som understøtter patienten i at kunne deltage i den fælles beslutning. Det kan derefter afprøves og tilpasses sammen med patienter for at sikre, at den endelige udformning er lavet i overensstemmelse med patienternes ønsker til en udformning af arket. Nedenstående er et forslag til aftaleark, der er udformet med baggrund i Charles kriterier for fælles beslutningstagning og beslutningsstøtteværktøjet Guidet Egen-Beslutning (GEB). Spørgsmålene er primært hentet fra Rikke Jørgensens tilpasset GEB-version til anvendelse i Psykiatrien (bilag 10) De øvrige spørgsmål omhandlende formelle data har vi som det eneste i aftalearket selv formuleret. Nedenstående udkast til aftaleark og det oprindelige aftaleark findes også i bilag 1-4.

<p>Aftaler om fælles beslutninger</p>	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Udfyldes sammen med (personale):</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">INDLÆGGELSE</td> </tr> <tr> <td>Stor label: Navn, CPR, adresse</td> <td>Team:</td> </tr> <tr> <td>Tværfagligt planlægningsmøde omkring din indlæggelse d.:</td> <td>kl.:</td> </tr> <tr> <td></td> <td>UGE:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Personaledeltagere fra N7 (navn/stillingsbetegnelse):</td> </tr> <tr> <td>Overlæge</td> <td>Socialrådgiver</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Øvrige deltagere:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Dine ønsker om øvrige deltagere:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Belastninger ved årsager til din indlæggelse:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Hvilke forventninger har du til din indlæggelse?:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Hvilken pleje- og behandling kan vi tilbyde:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Svar på blodprøver:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Behandlingsplan:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Hvem skal orienteres/inddrages i forbindelse med din indlæggelse?: (eks. Psyk. Amb., kommunal sagsbehandler, socialpsykiatri, hjemmepleje, arbejdsgiver, udd.sted, rusmiddelkonsulent)</td> </tr> <tr> <td>Forventet indlæggelsestid:</td> <td>Opfølgning ved udskrivning + udskr. dato:</td> </tr> </table>	Udfyldes sammen med (personale):		INDLÆGGELSE		Stor label: Navn, CPR, adresse	Team:	Tværfagligt planlægningsmøde omkring din indlæggelse d.:	kl.:		UGE:	Personaledeltagere fra N7 (navn/stillingsbetegnelse):		Overlæge	Socialrådgiver	Øvrige deltagere:		Dine ønsker om øvrige deltagere:		Belastninger ved årsager til din indlæggelse:		Hvilke forventninger har du til din indlæggelse?:		Hvilken pleje- og behandling kan vi tilbyde:		Svar på blodprøver:		Behandlingsplan:		Hvem skal orienteres/inddrages i forbindelse med din indlæggelse?: (eks. Psyk. Amb., kommunal sagsbehandler, socialpsykiatri, hjemmepleje, arbejdsgiver, udd.sted, rusmiddelkonsulent)		Forventet indlæggelsestid:	Opfølgning ved udskrivning + udskr. dato:
Udfyldes sammen med (personale):																																	
INDLÆGGELSE																																	
Stor label: Navn, CPR, adresse		Team:																															
Tværfagligt planlægningsmøde omkring din indlæggelse d.:		kl.:																															
		UGE:																															
Personaledeltagere fra N7 (navn/stillingsbetegnelse):																																	
Overlæge	Socialrådgiver																																
Øvrige deltagere:																																	
Dine ønsker om øvrige deltagere:																																	
Belastninger ved årsager til din indlæggelse:																																	
Hvilke forventninger har du til din indlæggelse?:																																	
Hvilken pleje- og behandling kan vi tilbyde:																																	
Svar på blodprøver:																																	
Behandlingsplan:																																	
Hvem skal orienteres/inddrages i forbindelse med din indlæggelse?: (eks. Psyk. Amb., kommunal sagsbehandler, socialpsykiatri, hjemmepleje, arbejdsgiver, udd.sted, rusmiddelkonsulent)																																	
Forventet indlæggelsestid:	Opfølgning ved udskrivning + udskr. dato:																																
<p>Deltagelse af mindst to parter</p> <p>Navn Kontaktperson Den... kl.... er der behandlingsmøde, hvor der i fælleskab træffes beslutninger Faste deltagere: Psykiater..., socialrådgiver..., sygeplejerske... Mine ønsker til øvrige deltagere:</p>																																	
<p>At begge parter tager skridt til deltagelse i processen</p> <p>Både din og min viden og erfaring er nødvendig Hvad finder jeg svært ved at skulle leve med for tiden: Hvad vil jeg gerne have, kunne være anderledes:</p>																																	
<p>At begge parter deler informationer</p> <p>Hvad er vigtigt for mig: Hvilket problem/udfordring skal der arbejdes videre med - min problemliste Hvilket problem/udfordring ser de sundhedsfaglige personer:</p>																																	
<p>At der træffes fælles beslutning, som der er opnået enighed om</p> <p>Hvordan kan vi i fællesskab løse problemet: Hvad kan jeg selv gøre: Hvem kan hjælpe mig: Hvad beslutter vi i fællesskab:</p>																																	
<p>Afrunding og evaluering af aftaler</p> <p>Hvem skal orienteres/inddrages i forbindelse med min indlæggelse: Hvornår er der opfølgning: Forventet indlæggelsestid:</p>																																	

Figur 5: Udkast til aftaleark (t.v.) og oprindeligt aftaleark (t.h.)

10.3 At begge parter deler informationer

Ved deling af information mener Charles, at patienten bidrager med sine perspektiver og præferencer, og psykiateren bidrager med viden om behandlingsmuligheder samt fordele og ulemper ved disse (Charles et al., 1997)

10.3.1 Patienten deler informationer

Som tidligere nævnt, er patienten ekspert på sine egne værdier, behandlingspræferencer og behandlingsmål (Deegan & Drake, 2006) Som analysen viser, kan det det være svært for nogle patienter at fremføre deres perspektiver og præferencer, blandt andet som følge af lav sundheds-

kompetence. I det ovenstående anbefaler vi, at pårørende i højere grad bør inddrages, så de kan støtte patienten i at fremkomme med perspektiver og præferencer. Derudover kan patientens evne til selv at formulere værdier og præferencer forbedres gennem forskellige redskaber.

Et studie fra USA, omhandlende psykisk syge unge voksnes aktive deltagelse i beslutninger om medicinsk behandling, konkluderer, at patientens deltagelse i beslutningstagning blandt andet er afhængig af patientens self-efficacy (Delman, 2014). Med self-efficacy forstås patientens viden og tillid til at kunne indgå som en aktiv deltager i fælles beslutningstagning (Ibid.). Denne kan blandt andet styrkes gennem anvendelse af beslutningsstøtteværktøjer eller ved anvendelse af App's eller hjemmesider (Schauer et al., 2007). I et amerikansk studie konkluderes der, at den fælles beslutningstagning vil fremmes, hvis patienten får hjælp til at tage større initiativ i samarbejdet med behandlere. Det anbefales at patienter uddannes i, hvad Shared decision-making betyder og hvordan det kan praktiseres (Matthias et al., 2012).

På afsnit N7 anvendes det beslutningsunderstøttende værktøj *GEB* i en form, der er tilpasset afsnittet N7s patienter. Ved feltsamtaler med en patient og med en sundhedsprofessionel blev det udtrykt, at det ikke var alle patienter som havde en forståelse for, hvilket formål det havde at udfylde arket. Nogle patienter gav således udtryk for, at det mindede om udfyldelse af en kriseplan. Beslutningsværktøjet *GEB* faciliterer til meningsfuld og effektiv problemløsning mellem patient og sundhedsprofessionel og guider begge parter til at fremme patienten livsdygtighed. (Zoffmann, 2005). Rikke Jørgensen, Postdoc, har tilpasset værktøjet til personer med psykiske lidelser (Jørgensen, 2015). Ved en uformel samtale med en sundhedsprofessionel, fik at vide, at afsnittet benytter en tilpasset version udvalgt af en nøgleperson på afsnittet. Det vides derfor ikke, om det tilpassede, forkortede værktøj har samme dokumenterede effekt som den version, der er udarbejdet af Rikke Jørgensen til anvendelse i Psykiatrien. Vi anbefaler, at sundhedspersonalet fortsat skal uddannes i brug af *GEB*, herunder spejling og aktiv lytning. Vi anbefaler at der fortsat arbejdes med implementering af værktøjet da det vil medvirke til at personale kan videreformidle værktøjet til patienterne.

Udover anvendelse af *GEB* vil udfyldelse af det reviderede aftaleark også kunne støtte patienten i at reflektere over egne perspektiver og præferencer, og ved at lade det udfyldte aftaleark være styrende for dialogen ved behandlingsmødet vil patienten bedre kunne dele informationer.

Det tidligere nævnte studie af Matthias mfl. anbefaler ydermere at sundhedspersonalet uddannes i Shared decision-making og hvordan det praktiseres.

10.3.2 De sundhedsprofessionelle deler informationer

Udover at patienten som beskrevet ovenfor skal bidrage med information i en fælles beslutningstagning, skal de sundhedsprofessionelle også dele information. Denne information omhandler behandlingsmuligheder, alternativer og fordele og ulemper ved de anbefalede behandlingsmuligheder (Charles et al., 1997).

Ifølge Charles mfl. er der ikke tale om fælles beslutningstagning, hvis psykiateren ikke som minimum informerer om behandlingsalternativer og deres potentielle konsekvenser (Ibid.). I vores analyse fandt vi, at der indimellem kun blev fremført tilbud om ét medicinsk præparat. Måske kendte patienten allerede til bivirkningerne, måske fandtes der ikke andre behandlingsmuligheder, men det blev ikke italesat. Italesættelsen af forskellige behandlingsmuligheder og deres fordele og ulemper er imidlertid afgørende for at patienten kan tage del i den fælles beslutningstagning og vælge det, der passer bedst til hans værdier og præferencer. Derfor anbefaler vi, at der informeres om alternative behandlingsmuligheder, hvis sådanne eksisterer, og at patienten altid informeres om virkning og eventuelle bivirkninger ved de forskellige behandlinger.

10.3.3 Patientinddragende kommunikation

Der er stigende krav til sundhedspersonalets kommunikation og en stigende tendens til klagesager over uforståelig, mangelfuld og utilstrækkelig information (Kim Jørgensen, kommunikation 2012). Fokus på kommunikation, herunder dialog og aktiv lytning, er vigtig for at imødekomme de stigende krav til kommunikationen i sundhedsvæsenet.

I analysen fandt vi situationer, hvor dialog, aktiv lytning og opmærksomhed kunne forbedre opbygning af konsensus. Således viser analysen, at der er fx behov for at rette opmærksomhed på anvendelsen af hverdagsprog fremfor fagsprog i dialogen med patienten. Vi anbefaler, at der fokuseres på anvendelse af hverdagsprog under behandlingsmøderne, så patienterne forstår, hvad der bliver sagt. Teksten på det reviderede aftaleark kan være guidende for dette, idet spørgsmålene er formuleret uden brug af fagsprog. Derudover er det vigtigt at patientens ord ikke bliver omformuleret ved udfyldelse af aftalearket.

Ifølge Charles m.fl. har konsultationerne mere haft en karakteristisk af personcentrering end af en fælles beslutningstagning. Hvis en beslutning blev initieret af patienten, fremkaldte det en større grad af diskussioner og resulterede ofte i, at patienternes præferencer blev de fremherskende

(Charles et al., 1997; Delman et al., 2014; Matthias et al., 2012). Det bør være et mål, at patientens præferencer har høj værdi i beslutningstagningen, jf. problemanalysen hvor studier angiver, at det både er billigere for sundhedsvæsenet og mere tilfredsstillende for patienten. Samtidig skal psykiateren naturligvis være garant for, at der ikke gennemføres en behandling, der er til skade for patienten.

Analysen af vores observationer viste, at den medicinske diskurs var dominerende under behandlingsmøderne, hvilket kunne hæmme patienten i at få udtrykke egne perspektiver og præferencer. Dette bekræftes blandt andet i studiet af Delman, hvori det fremgår at psykiatere har en modvilje mod at diskutere medicin fordi de er bange for at det medfører at patienten ikke ønsker at tage medicinen (Deegan & Drake, 2006; Delman et al., 2014). For at undgå at den medicinske diskurs fortsat bliver dominerende under behandlingsmøderne, anbefales det endvidere at lade de reviderede aftaleark være styrende for mødet. Derved fokuseres der i højere grad på en udforskning af patientens perspektiv fremfor på medicinske løsninger og årsagssammenhænge.

10.4 At der træffes en fælles beslutning, som der er opnået en enighed om

Det sidste punkt i forhold til fælles beslutningstagning er ifølge Charles m.fl. at der træffes en beslutning, som der er opnået enighed mellem parterne (Charles et al., 1997). I en situation, hvor de sundhedsprofessionelle ikke nødvendigvis synes, at den valgte behandling er den bedste, kan enigheden bestå i, at de accepterer, at det er den behandling, der passer bedst i forhold til patientens præferencer (Ibid.). For at tydeliggøre at der er tale om en fælles beslutning, anbefaler vi, at alle aftaler opsummeres på mødet. Der kan med brug af spørgsmål fra GEB, for eksempel spørges åbent: "*Hvordan kan vi løse det sammen?*" "*Hvordan vil du beskrive din situation?*" "*Hvad vil du gerne have skulle være anderledes?*" "*Hvad skal der til? Hvordan kan vi hjælpe dig med det?*" Derefter samles der op ved at spørge patienten; "*Hvad beslutter vi?*" "*Hvad skal vi skrive ned?*" (bilag10)

For at sikre at patienten har forstået det nedskrevne og er enig i det, der er besluttet, anbefaler vi, at det læses op, og bekræftes af begge parter. Dermed bliver det tydeligt, hvornår der bliver truffet beslutninger, og hvilke beslutninger der er truffet i fællesskab under mødet.

10.5 Opsamling på forandringsforslag

Nedenfor følger en opsummering af de nævnte forandringsforslag til inspiration for sundhedspersonalet på afsnit N7:

- Det anbefales, at pårørendeinddragelsen styrkes gennem anerkendelse af den pårørendes svære situation og gennem anerkendelse af pårørendes bidrag i form af vigtig viden. Derudover bør det overvejes, om mødetidspunkterne kan lægges om eftermiddagen. Det tilstræbes, at pårørende bliver informeret om behandlingsmøderne i god tid, så flest mulige pårørende får mulighed for deltagelse.
- Det anbefales, at Peer-Learning anvendes i tilfælde hvor pårørende ikke ønsker eller har mulighed for at deltage i behandlingsmøder, eller når patienter ikke ønsker pårørendes deltagelse.
- Det anbefales, at et skilt på døren til mødelokalet angiver, at her er *Patienten for bordenden*.
- Det anbefales, at behandlingsmødernes formål introduceres under den forberedende samtale mellem kontaktperson og patient samt ved behandlingsmødets start.
- Det anbefales, at behovet for afholdelse af formøder overvejes.
- Det anbefales at overveje om der er behov for faste pladser under møderne.
- Det anbefales at reducere brug af computer under møderne.
- Det anbefales, at aftalearket får en ny udformning, for eksempel med inspiration fra vores forslag.
- Det anbefales, at de sundhedsprofessionelle fortsat bliver uddannet i Guided Egen-Beslutning
- Vær opmærksom på at fremlægge alternative behandlingsmuligheder.
- Vær opmærksom på at få forklaret virkning og bivirkning ved behandling.
- Det anbefales, at der er opmærksomhed på dialogen med patienten, herunder aktiv lytning samt begrænset brug af faglige termer.
- Det anbefales, at patientens perspektiver og præferencer kommer i fokus ved behandlingsmøderne.
- Det anbefales, at stafetholderen er specifik når der træffes fælles beslutning og får en accept af det besluttede fra patienten.

10.6 Implementering af forandringsforslagene på N7

Som det ses af ovenstående, anbefaler gruppen, at der arbejdes med flere aspekter i forhold til forandring af Patientens team for at fremme den fælles beslutningstagning.

Som det tidligere er set, udtrykker Sundhedsloven en intention om, at patienten skal inddrages aktivt i sit eget forløb (Sundhedsministeriet, 2010). Dette er yderligere udfoldet i Psykiatriplan 2015-2020, hvor det som ét af tre overordnede strategiske mål står at *"patienten skal være i cen-*

trum". Konceptet Patientens team er en afledt konsekvens af denne målsætning. Det fremføres endvidere i Psykiatriplanen, at der er en stigende efterspørgsel på udredning og behandling, og at der skal ske en forbedring af kvaliteten af både udredning og behandling, samtidig med at der er knappe ressourcer. Bedre overordnet styring skal sikre borgerne hurtigere behandling til lavere omkostninger (Psykiatrien Region Nordjylland, 2015a).

Udformningen af Patientens team er som sagt en konsekvens af målsætningerne i både Sundhedsloven og Psykiatriplanen. Den overordnede strategiske beslutning om dannelsen af Patientens team kan dermed betragtes som et top-down koncept, som i sig har mange indlejrede og forskelligrettede målsætninger. Dette er muligvis rigtigt tænkt og vurderet, men der er overordnet set en risiko for, at de involverede parter i Patientens team ikke føler ejerskab for den grundlæggende ide eller helt er bekendt med tankesættet bag Patientens team. På afsnit N7 er dette søgt imødekommet ved at en nøgleperson på afsnittet har deltaget i temadage omkring Patientens team og efterfølgende påtaget sig at lede implementeringen af konceptet. Nøglepersonen er stafetholder i teamet og har dermed har en ledende rolle i afvikling af møder.

For at øge kendskabet til den bagvedliggende tankegang om fælles beslutningstagning jf. Charles' kriterier og for generelt at skabe en større bevidsthed om hvordan en fælles beslutningstagning kan praktiseres, anbefaler vi, at der afvikles temadage på afsnittet. Der kunne eksempelvis arbejdes med konstruerede patientcases omkring en fælles beslutningstagningsituation, som kan være med til at øge en bevidsthed om, hvor radikalt anderledes der til tider skal tænkes i forhold til patienten i forbindelse med at praktisere en fælles beslutningstagning. Netop anvendelsen af cases vil kunne bidrage til at belyse og arbejde med nogle af de oplevede barrierer for fælles beslutningstagning som er fremført i specialets problemanalyse. På temadage vil der endvidere kunne arbejdes med redigering af aftalearket, med en fælles definition af formålet med behandlingsmøderne samt med, hvorledes pårørendeinddragelsen kan styrkes.

Vi har en forventning om, at dette vil kunne iværksættes på afsnittet, idet personalets udvikling og læring prioriteres højt. På afsnittet er de i stand til at arbejde selvstændigt med udviklingstiltag som Patientens team, hvor de blandt andet har tilføjet formuleringen: *Patienten for bordenden*. Deres arbejde med patientinddragelse og patienten for bordenden har resulteret i en nylig tildelt borgerinddragelsespris som anerkendelse for deres indsats.

10.6.1 Tilsigtede og utilsigtede konsekvenser af forandringsforslagene

Når det skal vurderes hvilke tilsigtede og utilsigtede konsekvenser, der kan være i relation til vores forandringsforslag, fremkommer også en vurdering af konsekvenserne ved en fælles beslutningstagning. Indledende blev det fremført, at der er sket en bevægelse væk fra en paternalisme i Sundhedsvæsenet, både som en konsekvens af krav fra borgerne om inddragelse og som en del af en offentlig diskurs om, at borgere skal tage mere ansvar selv. Det blev ligeledes fremført, at der i det psykiatriske felt er flere særlige forhold, der gør sig gældende for psykiatriske patienters autonomi. Det knytter sig blandt andet til et dilemma mellem respekten for patienters autonomi og en faglig forpligtelse til at overtage ansvaret for den psykiske syge, der ikke kan tage vare på sig selv (Buus, 2009; Schauer et al., 2007). Dermed bliver en tilsigtet konsekvens af forandringsforslagene sandsynligvis også en forøgelse af dette faglige dilemma for personalet.

En tilsigtet konsekvens af forandringsforslagene er dermed, set fra et personaleperspektiv, at de måske oftere vil befinde sig i dilemmaet mellem respekten for patientens autonomi og den faglige forpligtelse til at anvende paternalisme. Det stiller dermed krav til personalet om etiske overvejelser i om, hvordan der kan praktiseres en fælles beslutningstagning under hensyntagen til både patientens autonomi og deres egen faglige forpligtelse. Forandringsforslaget om en italesættelse i det fortrykte skema af behandlingsmødets formål og forventninger til parterne (se bilag 1), er tænkt som et redskab, der guider personalet i dette vanskelige felt, hvor der balanceres mellem de forskellige typer af hensyn.

Skemaets begrænsning ligger i, at det ikke tager højde for patientens tilstand. I tilfælde, hvor patienten kun i ringe omfang formår at tage vare på sig selv og dermed er reduceret i sin selvbestemmelse kan anvendelsen af skemaet medvirke til, at illusionen om fælles beslutningstagning opretholdes for personalet men at det reelt ikke sker, ud fra Charles' kriterier.

Set fra et patientperspektiv kan forandringsforslagene og målet om en fælles beslutningstagning efterlade patienten uden støtte, hvis personalet ikke formår at navigere mellem disse to poler af respekt for patientens autonomi og faglige forpligtelse til at tage vare på patienten, som ikke formår at kunne det selv. Hvis personalet ikke formår at navigere mellem de to poler, så kan det muligvis medføre, at patienter i endnu højere grad søger at spille roller i forhold til personalet, som det tidligere er vist (Ringer, 2013). Dermed kan deltagelse i fælles beslutningstagning måske medvirke til at distancere patienten i at få sine ønsker og præferencer opfyldt, idet patienten er nødt til at spille en rolle for at være i situationen. Intentionen om fælles beslutningstagning

bliver reduceret til et skuespil ud fra en offentlig diskurs om patientinddragelse, som personalet finder det vanskeligt at deltage i og patienterne ikke formår at være i, og som blot bliver endnu en rolle, de spiller på en scene, der nu hedder *fælles beslutningstagning*.

På den anden side kan partnerskabstankegangen i den fælles beslutningstagning med værdierne om ligestilling og dialog og muligheden for en empowerment af patienten udgøre et grundlag for rehabilitering af patienten og af patientens sindslidelse. Anvendelsen af peers i Psykiatrien som brobyggere mellem patienten og det psykiatriske behandlingssystem kan herfor udgøre et væsentligt potentiale for at patienten rehabiliteres. En peer's tilstedeværelse på møder vil kunne medvirke til at personalets tidligere anførte dilemmaer reduceres. På den anden side kan anføres, at dilemmaet blot flyttes fra personalet til peers, som dermed bliver bærere af dilemmaet mellem respekten for et individs autonomi og en moralsk gyldige principper om at hjælpe et andet menneske, hvis personalets hjælp kan være betydningsfuld.

Af ovenstående ses, at fælles beslutningstagning kan betragtes med mange iboende dilemmaer. Det kan betragtes som en kulturændring i Psykiatrien, hvor modsætninger spiller en væsentlig rolle for, hvordan beslutninger praktiseres ud fra Charles' fire kriterier om fælles beslutningstagning. Det kan også ses, at der er iboende dilemmaer ved anvendelse af peers til behandlingsmøder inden for feltet af en fælles beslutningstagning.

10.6.2 Forandringsforslagenes overførbarehed

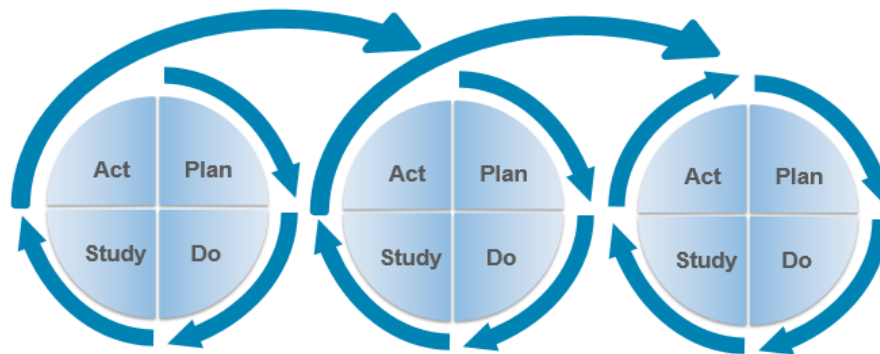
Som det ses af det ovenstående, er afsnit N7 langt i processen med at implementere Patientens team. En direkte overførbarehed til andre psykiatriske afsnit er derfor formentlig ikke mulig. Derimod er netop afsnittets erfaringer og eksempelvis deres korrektioner af de anvendte aftaleark en vigtig viden, der med fordel bør deles med andre afsnit, så der kan drages nytte af afsnittets erfaringer.

10.6.3. Evaluering af tiltag

Der findes flere evalueringsmodeller som kan benyttes, afhængig af hvad der skal evalueres på (Krogstrup, 2006). Derfor er det vigtigt allerførst at formulere formålet med indsatsen, for at vide hvad der skal måles på.

Afsnit N7 kan fastsætte mål i forhold til samarbejds- og organiseringsformen Patientens team og aftale hvornår og hvordan disse mål skal evalueres. Der kan på afsnittet sættes mål om eksempelvis at alt personale skal deltage på kursus i Guidet Egen-Beslutning. Dette tiltag ville så kunne evalueres alene ved at registrere at det er gennemført inden for en angiven tid.

I Psykiatrien arbejdes der med anvendelsen af *Forbedringsmodellen* til at sikre forandrings- og forbedringsresultater (Psykiatrien Region Nordjylland, 2015a). Modellen indeholder fire trin: *plan, do, study, act*, også kaldet *PDSA cirklen*. Modellen tager udgangspunkt i, at en aktivitet planlægges, udføres og studeres, hvorefter der igen handles på baggrund af den tilegnede erfaring og viden, en proces, der i princippet kan gentages i en uendelighed (Ravn, Britta; Rhode, Peter; Bek, 2011) Anvendelsen af PDSA redskabet kan dermed betragtes som en evaluering af en aktivitet.



Figur 6: illustration af PDSA er hentet fra "implementation fpg.unc.edu"

For at evaluere om der arbejdes med en fælles beslutningstagning kan Afsnit N7 sætte som mål at gennemføre behandlingsmøder ud fra Charles fire kriterier for fælles beslutningstagning, blandt andet ved hjælp af det reviderede aftaleark. Efterfølgende kan der måle på, om dette er lykket ved at gennemgå aftalearkene, og ud fra det skrevne analysere på om der er truffet fælles beslutninger. Her kan forbedringsmodellen PDSA benyttes til at videreudvikle aftalearket i samarbejde med patienten, som beskrevet tidligere i dette afsnit.

På afsnit N7 har afsnittets nøgleperson for implementering af patientens team, foretaget en kvalitativ undersøgelse for at få svar på patienternes oplevelse af Patientens team og om de har følt sig inddraget. Denne evaluering har blandt andet medført korrektion af aftalearket, hvorfor vores forslag til en ny udformning af aftalearket ikke vil være den første ændring. Således vil PDSA

være en måde at evaluere aftalearket på. En mangel ved PDSA er at denne model ikke umiddelbart indeholder værktøj til, hvordan en indsats kan evalueres.

Den landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser (LUP) benyttes som kvalitetssikring på de danske sygehuse og Psykiatrien har gennemført undersøgelsen de sidste 4 år. LUP i Psykiatrien bruger følgende spørgsmål, som relaterer til patientinddragelse i psykiatrien:

- Kender du din behandlingsplan?
- I hvilket omfang har/havde du indflydelse på din behandling?
- Hvor meget bliver du inddraget i den udredning og behandling, du får i afsnittet?
- I hvilket omfang bliver dine pårørende inddraget i din behandling?
(Psykiatri, 2016)

Resultaterne fra denne undersøgelse, som udføres over 10 uger hvert år, bliver efter databearbejdning offentliggjort i undersøgelsen.

I følge Erik Riiskjær har patienttilfredshedsundersøgelser, som eksempelvis LUP, fået opmærksomhed som et selvstændigt kvalitetsmål i sundhedsvæsenet, på lige fod med faglig kvalitet (Riiskjær, 2014). Dog fremhæver Riiskjær, at der er forskellige faktorer forbundet med undersøgelse af patientinddragelse, og at det derfor er problematisk at forsøge at rubricere patienter som enten tilfredse eller utilfredse. Derfor bør resultaterne af undersøgelser læses med forbehold (Ibid.) Riiskjær mener således at det er ideelt at spørge patienterne om, hvad der skete, i stedet for at spørge dem om, hvor tilfredse de er. Dermed belyses de eksisterende problemer ved indsatsen (Riiskjær, 2014).

Med afsæt i Riiskjærs argumenter og i forhold til de forandringsforslag vi er fremkommet med, anbefaler vi at der evalueres mere specifikt i forhold til fælles beslutningstagning. Her vil det være mere relevant at evaluere på effekten af indsatsen ved at benytte spørgeskemaet *9-item Shared Decision Making Questionnaire* (SDM-Q-9). Spørgeskemaet er valideret og indeholder ni spørgsmål, som stemmer overens med fire trin for fælles beslutningstagning fremført af Charles (Scholl, Kriston, Dirmaier, & Härter, 2015). For eksempel er et af spørgsmålene, om psykiateren spurgte ind til hvordan patientens kunne inddrages i beslutninger. Derudover spørges der blandt andet om psykiateren fremkom med behandlingsalternativer, informerede om bivirkninger og så videre (Se bilag 11) . Ved at benytte spørgeskemaet SDM-Q-9 bliver det eksplicit, hvorvidt beslutninger træffes som fælles beslutningstagning.

Spørgeskemaet er desværre ikke oversat til dansk, men idet Psykiatrien i Nordjylland vil kunne anvende den på alle psykiatriske afsnit, vil de måske være interesserede i at bruge ressourcer på at få den oversat og valideret i Danmark.

Kapitel 11

Diskussion

11 Diskussion

Dette kapitel danner rammet om specialets diskussion af casestudie som design, deltagerobservation som metode, Goffman som anvendt teori, diskussion af analysens resultater samt af udført litteraturstudie og resultater af dette.

11.1 Diskussion af casestudie

Case studie benyttes til at studere et fænomen, og hvor forskningsspørgsmålet er *hvorfor* eller *hvordan* (Yin, 1994). I dette speciale er der søgt at undersøge, *hvordan* fælles beslutning foregår i interaktionen mellem de sundhedsprofessionelle og patienten, og *hvorfor* der er barrierer i forhold til fælles beslutningstagning. Dette udmøntes i problemformuleringen om hvilke barrierer, der er i forhold til fælles beslutningstagning i Patientens team. Et kvalitativt casestudium anvendes, når der sættes fokus på et givet fænomen og dets kontekst og har ofte karakter af et in-dept studium (Antoft & Salomoonsen, 2007)

Fænomenet fælles beslutningstagning vil være vanskeligt at undersøge ved hjælp af for eksempel et surveystudie, da det fordrer en indsigt i, hvad en fælles beslutning er. I problemanalysen ses således, at patienter og sundhedsprofessionelle har forskellige forståelse af dette begreb. Et casestudie benytter en mere åben forskningsstrategi for at besvare problemstillingen.

Der er i dette speciale valgt en ekstrem case, nemlig en best case. Der kunne også være valgt en worst case eller en case, der er repræsentativ i forhold til den generelle sammenhæng i fælles beslutningstagen. Forudsætningen for at skulle vælge en repræsentativ case er, at det tager afsæt i et etableret teoretisk univers (Ibid.). Patientens team er et forholdsvis nyt begreb, og det kunne derfor være interessant at vurdere nyetableret teoretisk sammenhænges robusthed (Ibid.). Men da patientens team stadig er i implementeringsfasen, vil det ikke give et pålideligt svar at undersøge en repræsentativ case eller en worst case. Best case kan derimod give inspiration til en fortsat udvikling af teorien omkring Patientens team.

Der kan findes mange barrierer i forhold til at patientinddragelse og fælles beslutningstagning. Casestudiets problemstilling og genstandsfelt kan således bevæge sig på et mikro-, meso- og makroniveau (Antoft & Salomoonsen, 2007). Vi har valgt at fokusere på mikroniveau – interaktionen mellem patient og sundhedsprofessionelle. Dette trækker midlertidig tråde op til meso- og makroniveau, hvorfor det kunne være interessant at undersøge, hvor i sundhedsvæsenet, der

findes barrierer for fælles beslutningstagen. Ved anvendelse af det kvalitative casestudie på mikroniveau kan det diskuteres, om der indfanges alle aspekter ved de fundne barrierer, idet der er en sammenhæng mellem de forskellige niveauer i sundhedsvæsenet. Organisatoriske og institutionelle barrierer for fælles beslutningstagen er yderst relevant at forholde sig til, da det er medvirkende faktorer til fælles beslutningstagen på mikroniveau (Riiskjær, 2014). Vi valgte imidlertid at undersøge problemstillingen på mikroniveau, fordi mange sundhedsprofessionelle, som beskrevet i problemanalysen, mener, de allerede laver fælles beslutning med patienten. Derudover er der også mangel på studier, hvor der observeres på interaktionen mellem den psykiatriske patient og de sundhedsprofessionelle i forhold til, hvordan beslutninger træffes (Matthias et al., 2012).

11.2 Diskussion af deltagerobservation

Ved at benytte deltagerobservation er det observatørens iagttagelser, der er nedfældet. Det er ikke objektivt, og det er heller ikke efterstræbt at søge det objektive. Det har været en ustruktureret tilgang, hvor gruppen ikke søger noget bestemt, men mere generelt observerer mødet. (Kristiansen, S. Kroghstrup, 1999)

I kvalitativ forskning er forskerens refleksivitet et vigtigt element (Tanggaard & Brinkmann, 2015). Vi har undervejs i hele forskningsprocessen forsøgt at reflektere over egne værdier, antagelser og forforståelser, samt hvordan disse elementer har påvirket vores metodologiske valg og den rolle vi spiller på samtlige trin i forskningsprocessen.

Idet vi har haft en induktiv og eksplorativ tilgang, har vi mødt feltet uden at vide, hvad der var specielt vigtigt at iagttage, og dermed haft en åbenhed for situationen. Vi er dog alligevel blevet opmærksomme på i analysen, at vores egen faglige identitet har givet os et vist kikkertsyn ved eksempelvis at fokusere på livsperspektiv, når man er ergoterapeut, en god pleje, når man er sygeplejerske, og bevægelse ud fra tanken om sund sjæl i et sundt legeme som fysioterapeut. Faglig viden om feltet kan på den ene side medføre en bedre forståelse af konteksten i samtalerne, på den anden side er der bedre mulighed for at observere med "friske øjne", for den som ikke har forudgående kendskab til feltet (Kristiansen, S. Kroghstrup, 1999).

Antropologisk forskning står generelt stærkt i forhold til intern validitet (Tjørnhøj-Thomsen & Whyte Reynolds, 2013) Validitetskriteriet beskæftiger sig med, hvorvidt forskningens konklusioner rent faktisk er baseret på den empiriske virkelighed og kortlægger det fænomen, man satte

sig for at udforske. Observatøren kan påvirke mødet således, at aktørerne handler med en bevidsthed om, at observatøren er til stede, og derfor begynder at ændre adfærd (Kristiansen, S. Kroghstrup, 1999). Den sundhedsprofessionelle kan være påvirket af observatørens tilstedeværelse og derved eksempelvis fokusere mere på at inddrage patienten, fordi det var vores fokusområde i observationerne. Patienten kan ligeledes være påvirket af vores tilstedeværelse og dermed måske være hæmmet i forhold til at udtrykke sine meninger og behov eller ændre adfærd på anden måde. Under vores feltobservationer virkede Patienterne dog ikke umiddelbart påvirket af, at vi sad i rummet, vurderet ud fra at de havde fokus på dem, der sad rundt om bordet, og deltog aktivt i behandlingsmøderne. Dog er vi bevidste om, at rollen hvor observatøren er deltager (Ibid), kan have påvirket vores empiri, hvilket også er i overensstemmelse med Charmaz' Grounded theory tilgang. Der kan opstå bias som følge af den sporadiske feltrelation. Der er en åbenlys risiko for, at forskeren misforstår sine informanter, og informanterne misforstår forskeren (Ibid.). Blandt andet i et forsøg på at imødekomme, at patienterne kunne have følt sig hæmmet af vores tilstedeværelse under behandlingsmøderne, valgte vi at afholde uformelle med dem efter møderne. Her fandt vi, at flere patienter var ganske tilfredse med mødet, selv om vi havde observeret et mindre omfang af fælles beslutningstagning. Dette gav anledning til en overvejelse om fordele og ulemper ved fælles beslutning i den enkelte situation, og om fokus på fælles beslutning har fjernet fokus på andre forhold i interaktionen. Ved at benytte interview som metode, ville patienternes og de sundhedsprofessionelles oplevelse af patientinddragelse og fælles beslutningstagen være fremkommet, men da tidligere undersøgelser anfører, som beskrevet i problemanalysen, at hverken patienter eller sundhedsprofessionelle altid ved, hvad fælles beslutningstagning er, kan der opstå misforståelser i at lave interview om et fænomen, som der ikke er en fælles forståelse af. Det synes derfor relevant at benytte deltagerobservation frem for interview.

11.3 Diskussion af Goffmans begreber

Ved at benytte Goffmans begreber til at analysere og fortolke interaktionen som værende et skuespil, belyses hvorledes deltagerne til mødet handler ud fra en samhandling. Anvendelsen af Goffmans begreber synes at harmonere godt i et casestudie, hvor problemstillingen udspiller sig på mikroniveau i samspillet mellem individer på behandlingsmøderne. Goffmans begreber belyser således ikke de makro- og mesostrukturer, som er fundet at have indflydelse på fælles beslutningstagning.

Det kunne derfor være relevant at supplere med anden teori, som kan belyse på meso- og makroniveau, eksempelvis teori, der belyser den indflydelse, kulturen på afsnittet har på mødeafholdelse. Da kulturen på en arbejdsplads er underliggende i alle handlinger i løbet af en dag, vil observation af et enkelt møde, hvor fælles beslutningstagning er omdrejningspunkt, kun give enkelte elementer af det samlede billede af en arbejdspladskultur (Jacobsen & Thorsvik, 2013) Dette ville have givet et fokus på de sundhedsprofessionelles arbejdskultur og i mindre omfang på patienten som del af en interaktion.

Ved anvendelse af for eksempel teori om kommunikation, kunne sproget på møderne have været analyseret, hvilket ikke ville have afdækket de bagvedliggende bevægegrunde for interaktionen og dermed ikke bidrage til en besvarelse af *hvorfor*, men i et vist omfang af *hvordan*.

Ved brug af for eksempel Pierre Bourdieus teori og begrebet om kapitaler, kunne der findes bevægegrunde for patientens kommunikationsevne og sundhedskompetence og dermed nogle af de bagvedliggende årsager, men det ville ikke have bidraget til at belyse selve interaktionen mellem parterne. Erwin Goffmans mikrosociologiske begreber vurderes således relevant til en tolkning af interaktionen mellem de to parter i forbindelse med skabelse af konsensus og en fælles beslutningstagning.

11.4 Diskussion af analysens resultater

Som nævnt er resultaterne af den indsamlede empiri påvirket af vores tilstedeværelse som deltagende observatører, idet de sundhedsprofessionelle kan have haft en øget fokus på inddragelse af patienten, og patienten kan have været hæmmet og måske derfor i mindre grad tilbøjelig til at give udtryk for sine perspektiver og præferencer. Da fælles beslutningstagning netop handler om interaktionen mellem de to parter og om deling af information, kan resultaterne være påvirket af vores tilstedeværelse og vores tolkning. Det kan således forekomme at patienten er grundigt informeret gentagne gange om hvilken type behandlingsmøde der er tale om, eksempelvis udskrivelse, men at patienten ikke havde forstået dette eller hørt dette, netop på grund af sin psykiatriske sygdom, men at vi tolker det som sammenbrug i samhandlingen. Vi kan således have analyseret en samhandling på en forkert baggrund. I den forbindelse skal dog nævnes, at flere af resultaterne blev bekræftet af fundene fra den systematiske litteratursøgning. Blandt andet viser resultaterne fra studiet af Matthias mfl. (2012), at behandlerne initierede de fleste beslutninger,

og at der reelt ikke var tale om, at beslutningerne blev truffet som fælles beslutningstagning (Matthias et al., 2012).

Som nævnt var det ikke muligt for os at observere samtaler mellem patient og kontaktperson som har til formål at forberede parterne til behandlingsmødet og hvor dele af aftalearket udfyldes. Ydermere var det heller ikke muligt for os at observere alle møderne som forekommer under en patients indlæggelse. Det være sig formøde, indlæggelsesmøde, statusmøder og udskrivningsmøde. Dermed er undersøgelsens resultater forbundet med bias, idet vi ikke kan vide, om beslutninger reelt bliver truffet som fælles beslutningstagning under de møder vi ikke har overværet.

Et kvalitetskriterie ved kvalitative studier er overførbarhed, som betyder hvorvidt undersøgelsens resultater er relevante i andre sammenhænge og kan overføres til disse (Tanggaard & Brinkmann, 2015). Vi har efterstræbt at studiets resultater og de forandringsforslag vi fremkommer med, kan anvendes på andre afsnit i Psykiatrien i Region Nordjylland således at patientinddragelsen og den fælles beslutningstagning styrkes for målgruppen af psykiatiske patienter. For at muliggøre dette har vi efterstræbt transparens (Tanggaard & Brinkmann, 2015). Dette indbefatter at vi har gjort vores metodologiske overvejelser eksplicitte, og blandt andet fremkommet med eksempler på, hvordan vi har foretaget kodning og kategorisering af den indsamlede empiri fra feltstudiet. En direkte reproducerbarhed efterstræbes dog ikke i kvalitative studier, da viden er fremkommet situeret, positioneret og partiel (Tjørnhøj-Thomsen & Whyte Reynolds, 2013).

Ved at metodetriangulere kan forskeren øge gyldigheden ved studiets fund (Tanggaard & Brinkmann, 2015). Gyldighed omhandler, hvorvidt metoden er velvalgt til at beskrive det der ønskes beskrevet, og undgå ensidige fortolkninger (Tjørnhøj-Thomsen & Whyte Reynolds, 2013). I dette speciale har vi udført deltagerobservationer, feltsamtaler, uformelle samtaler og litteraturstudie. Denne triangulering har medført at problemstillingen er blevet belyst nuanceret og dermed har fundene opnået en højere gyldighed. Ydermere kan gyldigheden øges ved at et studiets fund underbygges af andre studiers fund (Tjørnhøj-Thomsen & Whyte Reynolds, 2013). Dette har vi ligeledes tilstræbt i dette speciale.

11.5 Diskussion af litteraturstudie

Som nævnt blev der hovedsagelig udført kædesøgning i forbindelse med specialets indledende søgning. En ulempe ved kædesøgning er, at denne søgemetode kan give huller. Det vil sige, at kædesøgningen kan give mangler i forhold til andre forståelser eller uenigheder, da metoden ofte kun belyser det synspunkt, der tages udgangspunkt (Buus et al., 2008). For at få viden omkring andre forståelser af og undersøgelser om emnet blev der imidlertid foretaget en systematisk litteratursøgning, idet en kædesøgning ikke kan stå alene i en akademisk opgave (Buus et al., 2008). Der er et krav om reproducerbarhed i forhold til udførelsen af studier i akademiske opgaver, selvom denne reproduktion sjældent lader sig gøre i praksis (Buus et al., 2008). Vi valgte dog, at føre søgeprotokol over vores systematiske litteratursøgning, således at søgningen blev beskrevet og derved dokumenteret.

I forbindelse med den systematiske søgning fandt vi imidlertid kun 3 studier, som vi vurderede relevante og gyldige. Dette kan måske være et tegn på, at der fortsat eksisterer et behov for belysning af problemfeltet. Især oplevede vi en mangel på studier, der undersøger udvikling og anvendelse af beslutningsunderstøttende værktøjer til fælles beslutningstagning i Psykiatrien. Formålet med den strukturerede søgning var netop, at de fundne studier skulle bidrage med forslag til interventioner til fremme af den fælles beslutningstagning. Dette formål blev imidlertid kun nået i ringe grad som følge af det sparsomme antal hits som vurderes relevant og gyldigt.

Vi valgte at fokusere på det psykiatriske felt i litteratursøgningen idet studier viser at resultater fra studier omhandlende fælles beslutningstagning i det somatiske felt ikke overføres til det psykiatriske felt (Schauer et al., 2007). Denne beslutning har imidlertid begrænset vores søgning. Vi kunne vælge at anvende søgeord omhandlende fælles beslutningstagning (Shared decision-making) og intervention og dermed brede søgningen ud til at finde studier, hvor det var underordnet, hvilket diagnosegruppe patienterne tilhørte. Der ville dog komme mange hits, som ikke var relevante i vores kontekst, da vi har fokus på patienter med lav sundhedskompetence. Vi kunne også vælge at søge på sundhedskompetence, som findes i flere diagnosegrupper, men som tidligere er fundet højt repræsenteret i psykiatrien. Vi kunne i den systematiske søgning således vælge at søge på *Shared decision-making AND health literacy AND intervention* for at få flere hits. Vi har i stedet valgt at trække studier ind, som vi fandt ved den indledende søgning i forbindelse med problemanalysen, og som også omhandlede intervention.

Kapitel 12

Konklusion

12 Konklusion

Med udgangspunkt i udvalgte begreber fra Ervin Goffman begrebsapparat, Charles kriterier for fælles beslutningstagning og den indledende litteratursøgning er der undersøgt hvilke barrierer, der kunne identificeres ved behandlingsmøderne på afsnit N7. Der blev fremført en todelt problemformulering. Første del søgte en besvarelse af:

Hvilke barrierer er der for fælles beslutningstagning på møder relateret til Patientens team på afsnit N7?

Anden del af problemformuleringen søgte at besvare:

Hvilke elementer i Patientens team på N7 kan forandres, så beslutninger om behandling foregår som en fælles beslutningstagning.

Anden del af problemformuleringen blev søgt besvaret på baggrund af en systematisk litteratursøgning. I det følgende vil der blive konkluderet på begge dele af problemformuleringen med inddragelse af den fundne empiri fra analysen, det systematiske litteraturstudie samt forandringsforslagene.

De pårørende spiller en central rolle for fælles beslutningstagning, ved at kunne oversætte fagsprog og støtte patienten i at fremkomme med perspektiver og præferencer. På baggrund af den fundne litteratur anbefales, at de pårørende får anerkendelse, både for den svære situation, de befinder sig i, og for deres vigtige rolle som kilde til viden om patienten. Det kan tydeliggøres ved, at deres tilstedeværelse verbalt anerkendes som betydningsfuld for mødet.

Det kan endvidere anbefales at stræbe efter en tilstrækkelig tidlig advisering om mødet, dets indhold og tidspunkt, samt at mødet tilrettelægges under hensyntagen til den pårørendes tid til og mulighed for at kunne deltage. I tilfælde hvor patienten ikke kan eller ønsker at have pårørende med, kan der med fordel anvendes peers til en styrkelse af patientens perspektiv.

Det er i empirien fundet, at personalets anvendelse af fagsprog kan udgøre en barriere i udveksling af information mellem de to parter.

Det er endvidere i empirien fundet, at der kan forskelle mellem parternes dagsordener som vanskeliggør, at information deles på behandlingsmøderne. Hvis patienten ikke kender dagsorden

for møderne og dermed mødets formål som enten et indlæggelses-, status-, eller udskrivningsmøde, vil det være vanskeligt for patienten at forberede sig til mødet med kontaktpersonen på afsnittet og de pårørende.

På baggrund af litteraturstudiets fund anbefales det, at der udvises en åbenhed og empati over for patienten. Dette kan blandt andet gøres ved at patienten inviteres til at dele sit perspektiv.

Da forskellige opfattelser af mødets formål ikke er faciliterende for en fælles beslutningstagning, anbefales det, at formålet introduceres ved mødets start, og at det registreres om deltagerne har forskellige opfattelser af mødets formål.

Det blev endvidere i empirien fundet, at afholdelsen af formøder forud for behandlingsmøderne kan medvirke til, at der er truffet beslutninger som kan være vanskelige for personalet at revurdere under mødet med patienten. For patienten kan det betyde, at det kan være vanskeligt at fremkomme med nye ønsker, da personalet allerede har konsensus omkring patientens ønsker, som de er nedskrevet på aftalearket. Formøder kan dermed udgøre en barriere for en fælles beslutningstagning, og mødet kan komme til at fremstå som en pseudoversion af et møde, baseret på fælles beslutningstagning. Det anbefales derfor, at formålet med formødet overvejes.

Det kan ligeledes overvejes, hvorvidt det at personalet som er til stede ved behandlingsmøderne, indtager faste pladser, kan medvirke til at øge det i forvejen asymmetriske forhold mellem patienten og det sundhedsprofessionelle personale.

Det er i litteraturen fundet, at en empatisk indstilling er befordrende for, at der kan skabes en fælles beslutningstagning. Derfor kan anbefales, at der skal være en reduceret brug af en PC under møderne, idet redskabet kan medvirke til en dårlig kontakt og skaber en distance mellem parterne. En mangelfuld kommunikation mellem parterne udgør en barriere omkring udveksling af information og svækker grundlaget for at skabe en fælles beslutningstagning.

Det anbefales derfor, at der arbejdes med aktiv lytning og en begrænsning af faglige termer på møder med patienten. For at en fælles beslutningstagning kan finde sted, skal de sundhedsprofessionelle være opmærksomme på, at patientens perspektiver og præferencer kommer frem ved mødet.

Hertil er fundet i litteraturen, at patientens self-efficacy har en betydning for at patienten kan indgå i en fælles beslutningstagning. Det kan derfor anbefales, at der foregår en fortsat anvendelse af *Meningsfuld forandring* med beslutningsstøtteværktøjet *Guidet Egen-Beslutning*, idet det vil

medvirke, til at patientens self-efficacy styrkes. Det anbefales derfor, at der sker en fortsat undervisning af personalet i anvendelse af beslutningsstøtteværktøjet, så patienten får øget sine sundhedskompetencer og dermed styrkes i at kunne indgå i en fælles beslutningstagning.

For at skærpe bevidstheden om, at der sker en fælles beslutningstagning på møderne, anbefales det, at der arbejdes med symbolerne omkring mødet. Det anbefales derfor, at der skiltes på en ny måde, så der i stedet for et skilt hvor der står "optaget" laves et skilt hvorpå det står "Patienten for bordenden", som er afsnittets ordvalg for en fælles beslutningstagning.

Endelig kan en ny udformning af aftalearket (se bilag 1) medvirke til, at parterne ved behandlingsmødet bliver bevidste om informationsdelingen i fælles beslutningstagning jf. Charles. Det foreslåede aftaleark skal således tydeliggøre, at der fremkommer flere alternativer fra sundhedsprofessionel side til eksempelvis den medicinske behandling. Aftalearket tydeliggør endvidere, at der ikke kun tages én, men mange beslutninger i løbet af et møde med patienten.

13 Referencer

- Antoft, R., & Salomoonsen, H. H. (2007). Det kvalitative casestudium - introduktion til en forskningsstrategi. In R. Antoft, M. H. Jacobsen, A. Jørgensen, & S. Kristiansen (Eds.), *Håndværk og Horisonter* (pp. 29–57). Odense.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism*. London: University of California Press, Ltd.
- Boolsen Watt, M. (2015). Grounded Theory. In L. Brinkmann, Svend; Tanggaard (Ed.), *Kvalitative metoder - en grundbog* (1. udg., pp. 241–273). Hans Reitzels Forlag.
- Brinkmann, S. (2010). Patologiseringstesten. In *Det diagnosticerede liv* (1. udgave ed., pp. 15–32). Aarhus: Klim.
- Brinkmann, S. (2015). Etik i en kvalitativ verden. In S. Brinkmann & L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative metoder. En grundbog* (2nd ed., pp. 463–479). København: Hans Reitzels Forlag.
- Buus, N. (2006). Gode organisatoriske grunde til dårligt samarbejde under tværfaglige konferencer i hospitalspsykiatrien. *Tidsskrift for Forskning I Sygdom Og Samfund*, 33–45.
- Buus, N. (2009). Forord. In N. Buus (Ed.), *Psykiatrisk sygepleje* (1. udgave ed., pp. 13–16). Kbh.: Nyt Nordisk forlag Arnold Busck.
- Buus, N., Tingleff, B. E., B.C., R., & M.H.N., K. (2008). Litteratursøgning i praksis- begreber, strategier og modeller. *Sygeplejersken, Dansk Sygeplejeråd*.
- Campbell, S., Stowe, K., & Ozanne, E. M. (2011). Interprofessional practice and decision support: An organizational framework applied to a mental health setting. *Journal of Interprofessional Care*, 25(6), 423–427.
- Charles, C., Charles, C., Gafni, a, Gafni, a, Whelan, T., & 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.*, 44(5), 681–692.
- Charmaz, K. (2012). Qualitative interviewing and grounded theory analysis. In J. F. Gubrium & J. A. Holstein (Eds.), *Handbook of Interview Research* (pp. 675–694). Sage Publications.
- Charmaz, K. (2014). *Constructing Grounded Theory* (pp. 1–21). SAGE Publications.
- Chong, W. W., Aslani, P., & Chen, T. F. (2013). Shared decision-making and interprofessional collaboration in mental healthcare: a qualitative study exploring perceptions of barriers and facilitators. *Journal of Interprofessional Care*, 27(5), 373–9.
- Christensen, Ulla; Nielsen, Annemette; Schmidt, L. (2015). Det kvalitative forskningsinterview. In *Forskningsmetoder i Folkesundhedsvidenskab* (4. udg.). Viborg.
- Christensen, R. C., & Grace, G. D. (1999). The prevalence of low literacy in an indigent psychiatric population. *Psychiatric Services*, 50(2), 262–3.
- Coulter, A., & Ellins, J. (2007). Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 335(7609), 24–7.
- Cresswell, J. W. (2013). *Qualitative Inquiry & Research Design. Choosing Among Five Approaches* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA.
- Danske Regioner. (2009a). *en psykiatri i verdensklasse*.

- Danske Regioner. (2009b). Vidste du, at...Fakta om psykiatrien.
- de Haes, H. (2006). Dilemmas in patient centeredness and shared decision making: A case for vulnerability. *Patient Education and Counseling*, 62(3), 291–298.
- Deegan, P. E., & Drake, R. E. (2006). Shared decision making and medication management in the recovery process. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 57(11), 1636–1639.
- Delman, J., Clark, J. A., Eisen, S. V., & Parker, V. A. (2014). Facilitators and Barriers to the Active Participation of Clients with Serious Mental Illnesses in Medication Decision Making: the Perceptions of Young Adult Clients. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, (April), 238–253.
- Deloitte. (2012). Analyse af kapaciteten i psykiatrien, (december).
- En af os. (n.d.). Retrieved from <http://www.en-af-os.dk/>
- Esmark, A., Laustsen, C., & Andersen, N. Å. (2005). *Socialkonstruktivistiske analysestrategier*. Roskilde Universitets Forlag (Vol. 67174).
- Fangen, K. (2004). *Deltagende Observasjon*. Bergen: Fagboklaget.
- Flyvbjerg, B. (2015). Fem misforståelser om casestudiet. In S. Brinkmann & L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative metoder. En grundbog* (2nd, 1st ed., pp. 497–520). København.
- Folkesundhedsvidenskab. (n.d.). Folkesundhedsvidenskab AAU. <http://www.aau.dk/uddannelser/kandidat/folkesundhedsvidenskab>
- Friis, K., & Jensen, M. L. (2015). Sundhedskompetence blandt personer med kronisk sygdom, 2.
- Giandinoto, J., & Edward, K. (2014). with co-morbid mental illness, 23(13), 728–733.
- Goffman, E. (1959). *Hverdagslivets rollespil* (1. udg.). Kbh.: Samfundslitteratur.
- Goffman, E. (1961). *Anstalt og menneske*. Kbh.: Jørgen Paludans Forlag.
- Gulløv, E. Højlund, S. (2003). *Konteksten. Feltens sammenhæng*. (K. Hastrup, Ed.). København: Hans Reitzels Forlag.
- Hamann, J., & Heres, S. (2014). Adapting shared decision making for individuals with severe mental illness. *Psychiatr Serv*, 65(12), 1483–1486.
- Hamann, J., Mendel, R., Cohen, R., Heres, S., Ziegler, M., Bühner, M., & Kissling, W. (2009). Psychiatrists' use of shared decision making in the treatment of schizophrenia: Patient characteristics and decision topics. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 60(8), 1107–12.
- Hammersley, M., & Atkinson, P. (1987). *Feltmetodik. Grunnlaget for feltarbeid og feltforskning*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Jacobsen, C., Pedersen, V., Albeck, K., V, P., Albeck, K., Teknologivurdering, M edicinsk Teknologivurdering, (2008). *Patientinddragelse mellem ideal og virkelighed. Sundhedsstyrelsen*. (Vol. 8).
- Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisationer fungerer, en indføring i organisation og ledelse* (3rd ed.). København: Hans Reitzels Forlag.
- Jønsson, A. R., Baker, V. H., & Bredahl, C. (2015). Brugerinddragelse: Forhandlinger af autoritet , relation og viden, 5–17.
- Jørgensen, P. S., Rienecker, L., & Skov, S. (2011). *Specielt om specialer. En aktivitetsbog* (4th, 2nd ed.).

Frederiksberg: Samfundslitteratur.

- Jørgensen, R. (2015). GEB - sindslidelse revideret december 2015. Region Nordjylland.
- Krause-Jensen, Niels, M. fl. (2009). Lovgivning, etik og moralsk beslutningstagning i psykiatrien. In N. Buus (Ed.), *Psykiatrisk sygepleje* (1. udg., pp. 95–122). Kbh.: Nyt Nordisk forlag Arnold Busck.
- Kristiansen, S. Kroghstrup, H. (1999). *Deltagende Observation*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Kristiansen, Søren; Krogstrup, H. K. (1999). Introduktion. In *Deltagende observation* (3. oplag, pp. 7–22). Kbh.
- Kristiansen, S. (2007). Etik og feltarbejde -Udfordringer og dilemmaer i sociologisk praksis. In R. Antoft, M. H. Jacobsen, A. Jørgensen, & S. Kristiansen (Eds.), *Håndværk og Horisonter* (pp. 226–248). Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- Krogstrup, H. K. (2006). *Evalueringdmodeller* (2. udg.). Viborg: Hans Reitzels Forlag.
- Launsø, L., Olsen, L., & Rieper, O. (2011). *Forskning om og med mennesker. Forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning* (6th, 2nd ed.). København: Nyt Nordisk forlag Arnold Busck.
- Loem, G. F., & Bakken, K. (2007). Bruken av compliancebegrepet innen psykiatrien, (3), 48–51.
- Mainz, J., & Jensen, J. W. (2015). Patientens team og den behandlingsansvarlige læge kan optimere patientforløb. *Ugeskriftet.dk*, 3–6.
- Matthias, M., Salyers, M., Rollins, A., & Frankel, R. (2012). Decision Making in Recovery-Oriented Mental Health Care. *Psychiatr Rehabil J*, 35(4), 305–314.
- Mik-Meyer, N. J. M. (2005). kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. In N. Jærvinen, Margaretha; Mik-Meyer (Ed.), *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv* (1. udg., pp. 9–27). Kbh.: Hans Reitzels Forlag.
- Ministeriet for sundhed og forebyggelse. (2010). Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien. *Petersen, Susanne Bech, 2010(1729)*, 1–11.
- Ministeriet for sundhed og forebyggelse. (2014a). Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed LBK nr. 877 af 04/08/2011, 2011(877), 1–21.
- Ministeriet for sundhed og forebyggelse. (2014b). *Indhold*.
- Mulley, A., Trimble, C., & Elwyn, G. (2012). Stop the silent misdiagnosis: patients' preferences matter. *The King's Fund*, 345(November) National Health Service; Capita Group. (2012). Measuring Shared Decision Making: A Review of Research Evidence. *A Report for the Shared Decision Making Programme*, 0–26.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072–2078.
- Olesen, G. S. (2013). Hvad er meningen med pædagogik. *Håndbog Til Pædagoguddannelsen*, 19–23.
- Olsen, P. B., & Pedersen, K. (1997). *Problemorienteret projektarbejde* (2nd ed.). Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Pedersen, Martin; Klitmøller, Jacob; Nielsen, K. (2012). En rehabilitering af deltagerobservation i psykologien. In *Deltagerobservation - En metode til undersøgelse af psykologiske fænomener* (1. udg., pp. 12–29). Kbh.: Hans Reitzels Forlag.
- Phelan, Michael; Stradins, Linda; Morrison, S. (2001). Physical health of people with severe mental illness: Can be improved if primary care and mental health professionals pay attention to it. *British Medical Journal*,

322(7284), 443–444.

- Prieur, A. (2002). At sætte sig selv i en andens sted. In M. H. Jacobsen, S. Kristiansen, & A. Prieur (Eds.), *Liv, fortælling, tekst. Stejftog i kvalitativ sociologi* (pp. 135–155). Aalborg: Aalborg universitetsforlag.
- Psykiatri, L. U. P. (2016). *LUP Psykiatri 2015 Regional rapport Indlagte patienter Region Nordjylland*.
- Psykiatrien Region Nordjylland. (2015a). Psykiatriplan 2015-2020. Retrieved from <http://www.rn.dk/Sundhed/Til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/Planer-paa-sundhedsomraadet/Psykiatriplan-2015-2020>
- Psykiatrien Region Nordjylland. (2015b). Referat afsluttende møde fase 2 Patientens team Nord.
- Quirk, A., Chaplin, R., Lelliott, P., & Seale, C. (2012). How pressure is applied in shared decisions about antipsychotic medication: A conversation analytic study of psychiatric outpatient consultations. *Sociology of Health and Illness*, 34(1), 95–113.
- Rappaport, J. (1981). In praise of paradox: A social Policy of Empowerment Over Prevention, 1.
- Rasborg, K. (2014). Socialkonstruktivisme. In K. Fuglsang, Lars; Bitsch Olsen, Poul; Rasborg (Ed.), *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne* (3.udg. ed., pp. 403–439). Kbh.: Samfundslitteratur.
- Ravn, Britta; Rhode, Peter; Bek, T. (2011). Implementering, spredning og fastholdelse-en introduktion til gennembrudsmodellen. In T. Mainz, Jan; Bartels, Paul; Bek (Ed.), *Kvalitetsudvikling i praksis* (1.udg. ed., pp. 333–343). kbh: Munksgaard Danmark.
- Riiskjær, E. (2014). *Patienten som partner. En nødvendig idé med ringe plads*. Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- Ringer, A. (2013). *Listening to Patients A Study of Illness Discourses , Patient Identities , and User Involvement in Contemporary Psychiatric Practice*.
- Ringer, A., & Holen, M. (2015). “Hell no, they’ll think you’re mad as a hatter”: Illness discourses and their implications for patients in mental health practice. *Health (Available Online ahead of Public)*.
- Rubow, C. (2000). *Hverdagens teologi. Folkereligiøsitet i danske verdener*. København: Forlaget Anis.
- Rusell, H., B. (2006). Qualitative and Quantitative Approaches. In *Research Methods in Anthropology* (pp. 387–413). Altamira Press.
- Schauer, C., Everett, A., del Vecchio, P., & Anderson, L. (2007). Promoting the value and practice of shared decision-making in mental health care. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(1), 54–61.
- Scholl, I., Kriston, L., Dirmaier, J., & Härter, M. (2015). Comparing the nine-item Shared Decision-Making Questionnaire to the OPTION Scale - an attempt to establish convergent validity. *Health Expectations*, 18(1), 137–150.
- Sheridan, S. L., Harris, R. P., & Woolf, S. H. (2004). Shared decision making about screening and chemoprevention: A suggested approach from the U.S. Preventive Services Task Force. *American Journal of Preventive Medicine*, 26(1), 56–66.
- Smith, S. K., Dixon, A., Trevena, L., Nutbeam, D., & McCaffery, K. J. (2009). Exploring patient involvement in healthcare decision making across different education and functional health literacy groups. *Social Science and Medicine*, 69(12), 1805–1812.
- Spradley, P., J. (2012). Deltagerobservation. In J. N. K. Pedersen, Martin; Klitmøller (Ed.), *Deltagerobservation - En metode til undersøgelse af psykologiske fænomener* (1. udg., pp. 39–61). Kbh.: Hans Reitzels Forlag.

- Sundhedsaftalen, I. (2015). Handleplan for borger- / patientinddragelse December 2015, (December), 1–11.
- Sundhedsministeriet. (2010). *Bekendtgørelse af sundhedsloven. § 2.2* (Vol. 2010).
- Svensson, I. F. B. (2015). Reading level and the prevalence of a dyslexic profile among patients in a forensic psychiatric clinic. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 26(4), 532–550. Szulevicz, T. (2010). Der findes læring sted. Nordiske Udkast (pp. 17–30).
- Tanggaard, L., & Brinkmann, S. (2015). Kvalitet i kvalitative studier. In L. Tanggaard & S. Brinkmann (Eds.), *Kvalitative metoder. En grundbog* (2nd ed., pp. 521–531). København: Hans Reitzels Forlag.
- Tjørnhøj-Thomsen, & Whyte Reynolds, S. (2013). Feltarbejde og deltagerobservation. In *Forskningsmetoder i Folkesundhedsvidenskab* (4. udg., pp. 90–119). Kbh.: Munksgaard.
- Wilkinson, C., & McAndrew, S. (2008). "I'm not an outsider, I'm his mother!" A phenomenological enquiry into carer experiences of exclusion from acute psychiatric settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(6), 392–401.
- Yin, R. K. (1994). *Case Study Research- Design and Methods*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Zoffmann, V. (2005). Guidet Egen-Beslutning, (August).

14 Bilagsfortegnelse

1. Udkast til nyt aftaleark
2. Aftaleark ved indlæggelse
3. Aftaleark ved status
4. Aftaleark ved udskrivelse
5. Samarbejdsaftale med Afsnit N7
6. Søgeprotokol med kritisk litteraturvurdering
7. CASP vurderingsskema
8. Guidet Egen-Beslutning
9. Nine items

Aftaler om fælles beslutninger

Deltagelse af mindst to parter

Navn

Kontaktperson

Den.....kl..... er der behandlingsmøde, hvor der i fælleskab træffes beslutninger

Faste deltagere: Psykiater....., socialrådgiver..... sygeplejerske...

Mine ønsker til øvrige deltagere:

At begge parter tager skridt til deltagelse i processen

Både din og min viden og erfaring er nødvendig

Hvad finder jeg svært ved at skulle leve med for tiden:

Hvad vil jeg gerne have, kunne være anderledes:

At begge parter deler informationer

Hvad er vigtigt for mig:

Hvilket problem/udfordring skal der arbejdes videre med - min problemliste

Hvilket problem/udfordring ser de sundhedsfaglige personer:

At der træffes fælles beslutning, som der er opnået enighed om

Hvordan kan vi i fællesskab løse problemet:

Hvad kan jeg selv gøre:

Hvem kan hjælpe mig:

Hvad beslutter vi i fællesskab:

Afrunding og evaluering af aftaler

Hvem skal orienteres/inddrages i forbindelse med min indlæggelse:

Hvornår er der opfølgning:

Forventet indlæggelsestid:

Udfyldes sammen med (personale):	
INDLÆGGELSE	
Stor label: Navn, CPR, adresse	Team:
Tværfagligt planlægningsmøde omkring din indlæggelse d.:	kl.:
	UGE:
Personaledeltagere fra N7 (navn/stillingsbetegnelse):	
Overlæge	Socialrådgiver spl.
Øvrige deltagere:	
Dine ønsker om øvrige deltagere:	
Belastninger ved /årsager til din indlæggelse:	
Hvilke forventninger har du til din indlæggelse?:	
Hvilken pleje- og behandling kan vi tilbyde:	
Svar på blodprøver:	
Behandlingsplan:	
Hvem skal orienteres/inddrages i forbindelse med din indlæggelse?: (eks. Psyk. Amb., kommunal sagsbehandler, socialpsykiatri, hjemmepleje, arbejdsgiver, udd.sted, rusmiddelkonsulent)	
Forventet indlæggelsestid:	Opfølgning ved udskrivning + udskr. dato:

Udfyldes sammen med (personale):	
UDSKRIVELSE	
Stor label: Navn, CPR, adresse	Team:
Tværfagligt planlægningsmøde omkring din udskrivelse d.:	kl.:
	UGE:
Personaledeltagere fra N7 (Navn/Stillingsbetegnelse):	
Overlæge	Socialrådgiver spl.
Øvrige deltagere:	
Dine ønsker om øvrige deltagere:	
Hvordan har din pleje- og behandling påvirket de belastninger/ årsager der var medvirkende til din indlæggelse?:	
Svar på blodprøver:	
Er dine forventninger til indlæggelsen indfriet?:	
Hvem skal orienteres/inddrages i forbindelse med din udskrivelse: (eks. Psyk. Amb., kommunal sagsbehandler, socialpsykiatri, hjemmepleje, arbejdsgiver, udd.sted, rusmiddelkonsulent)	
Opfølgning ved udskrivning + udskr. dato:	
Ambulant Akut Team:	
Psykoedukation:	

Samarbejdsaftale

Mellem: Aalborg Universitet
Institut for Medicin og Sundhedsteknologi
Faggruppen for Folkesundhed og Epidemiologi
Niels Jernesvej 14
9220 Aalborg

Og Psykiatrien Region Nordjylland
Klinik Psykiatri Nord
N7
Rebslugerstien 2
9900 Frederikshavn

Ovennævnte parter har indgået følgende aftale i forbindelse med et afgangspjunkt på 10. sem. Folkesundhedsvidenskab, AAU. Projektet er gennemført af: Agnes Klit Engeman, Bettina Ellen Grønbech og Gitte Lopdrup Jensen

1. Projektets titel:

Patienten for bordenden

2. Projektets formål:

Projektets overordnede formål er, at undersøge patientinddragelse i Psykiatrien, herunder fælles beslutningstagning som den praktiseres i Patientens Team, for at kunne identificere mulige forbedringer i forhold til patientinddragelse og fælles beslutningstagning .

3. Aftalegrundlaget

3.1. Den viden, som de studerende erhverver om interne forhold, herunder drift, anlæg, metoder og speciel knowhow vedrørende projektets faglige område, og som er markeret som fortrolige, må ikke udnyttes eller videregives til tredje person- vejleder og censor undtaget.

3.2. De bearbejdede data er anonymiseret, så ingen konkrete personer kan identificeres. Anonymiseringen er foretaget således, at data kan anvendes som udgangspunkt for forskellige analyser. Nærværende aftale forpligter undertegnede studerende at sikre, at uvedkommende ikke får adgang til data. Person-identificerbare data må opbevares på undertegnede studerendes egne pc i forbindelse med det konkrete projektforløb. Efter afslutningen af projektet er alle undertegnede studerende forpligtet til at slette samtlige person-identificerbare data. Undertegnede studerende er selv ansvarlige for forsvarlig sletning af data. Afdeling N7 kan ikke gøres ansvarlig for materiale og konklusioner udarbejdet på baggrund af udleverede data.

3.3. De indsamlede data vil danne grundlag for en specialerapport til Skolen for Medicin og Sundhedsteknologi til brug for bedømmelse til eksamen. Denne rapport vil indgå i universitetets arkiv. Herudover kan data danne grundlag for conferencebidrag og artikler i relevante tidsskrifter. Afdeling

N7 er berettiget til at modtage en kopi af såvel artikler og specialerapport, hvis det ønskes.
3.4. Der modtages ikke honorar fra Psykiatrien i Region Nordjylland i anledning af samarbejdet.

AAU:

Dato Navn

31/3-15 Bodina Ellen Grønbech

Dato Navn

31.03.16 Gitte L. Jensen

Dato Navn

31.3.16 Åsne Kløt Engem

Psykiatrien i Nordjylland, Klinik Psykiatri Nord, afdeling N7

19/4-16 Katrine Lyng

Dato Navn

Søgeprotokol

Denne søgeprotokol er inspireret af Buus mfl. (2008) og illustrerer specialets systematiske søgning.

Baggrund

Med baggrund i de afsøgte barrierer for fælles beslutningstagning i Psykiatrien, med Afsnit N7 og Patientens team som case, er formålet med den systematiske litteratursøgning at afsøge viden om interventioner der kan fremme delt beslutningstagning i Psykiatrien.

Problemstilling

Viden tilegnet gennem den systematiske litteratursøgning skal, sammen med empirien indsamlet via casestudiet, føre til besvarelse af problemformuleringens 2. del:

Hvilke elementer i Patientens team på N7 kan forandres, så beslutninger om behandling foregår som en fælles beslutningstagning.

Informationskilder

Problemfeltet lægger op til en søgninger i databaser i krydsfeltet mellem sundhedsvidenskab og socialvidenskab. Derfor er følgende databaser anvendt til afsøgning af litteratur til besvarelse af problemformuleringens 2. del: *PubMed*, *Sociological Abstracts*, *Psych Info* og *Cinahl*. Her følger en beskrivelse af de anvendte databaser:

PubMed: PubMed er valgt fordi det er den database som indeholder mest international litteratur indenfor det medicinske område, og den dækker derved også det sundhedsvidenskabelige område (www.aaubib.databases.dk)

Sociological Abstracts: Sociological Abstracts er valgt da den omfatter international litteratur indenfor sociologisk og humanistisk forskning (www.aaubib.databases.dk)

PsycInfo: Databasen PsycInfo er valgt da den omfatter publikationer indenfor sociologi, psykologi og humanistisk sundhedsforskning (www.aaubib.databases.dk)

Cinahl: Er oprindeligt udviklet til indeksering af sygeplejefaglig litteratur, men dækker nu også ergoterapi, fysioterapi m.m. CINAHL betegnes som den vigtigste elektroniske database indenfor sygepleje (www.aaubib.databases.dk)

Søgestrategier

I alle de nævnte databaser foretages en bloksøgning indenfor følgende 3 blokke; *Shared decision making, psychiatry og Intervention*. Hvor det er muligt anvendes Mesh termer, og alternativt foretages fritekstsøgning med trunkering (*) efter ordstammen. Først søges der på de enkelte blokke individuelt, hvorefter blokkene kombineres. Den boolske operator AND anvendes mellem blokkene og i de enkelte blokke anvendes OR. I nedenstående skema fremgår de søgetermer der er brugt i de anvendte databaser.

		AND			
		Fælles beslutningstagning	Psykiatriske patienter	Intervention	Limits
O R	Cinahl	M Decision Making	M Psychiatry Mental health	F Facilit* Intervent* Implement* Mediat*	
	PsycInfo	M Decision Making	M Psychiatry Mental disorders	F Facilit* Intervent* Implement* Mediat*	Adulthood, 18 years+
	Sociological Abstracts	M Decision Making	M Psychiatry Mental illness	F Implement* Facilit* Intervent* Mediat*	
	Pubmed	M Descision Making	M Psychiatry Mental Disorders	M Decision support techniques	

M= MeSH termer

F= Fritekstsøgning

*=Trunkering

Kriterier for udvælgelse af relevante artikler.

Relevans

I henhold til problemstillingen skal studierne omhandle voksne over 18 år for at være relevante i forhold til fremme af fælles beslutningstagning på afsnit N7, som er et almenpsykiatrisk afsnit for voksne.

Gyldighed

For at vurdere studierne gyldighed anvendes tjeklisten CASP som guideline til vurdering af studierne. Ydermere udføres kritisk læsning, især med fokus på studiets anvendte metode, hvormed det vurderes om der er eventuelle bias eller confoundere, som forringer kvaliteten af studiet og dets konklusion.

Anvendelighed

Studier som har fundet sted i lande med overvejende ikke-vestlig kultur findes ikke anvendelige, idet det psykiatriske system i disse lande formodes at være så forskelligt fra den danske psykiatri, at overførbareheden ikke er tilstrækkeligt. Derudover vurderes anvendeligheden på baggrund af det enkelte studiers relevans for det problemfelt specialet omhandler.

Dato og identifikation

Søgningerne er foretaget d. 13.05.16 af Agnes Engemann, Bettina Grønbech og Gitte Jensen.

Kritisk vurdering af studier

Til vurdering af studier gyldighed anvendes tjeklisten CASP til vurdering af kvalitative studier (www.ouh.dk/wm440061). Nedenfor ses en oversigt over de udvalgte artiklers formål, metode, resultater, relevans ift. fremme af fælles beslutningstagning samt samt en vurdering af gyldighed.

Titel, forfatter og årstal	Formål og metode	Resultater	Vurdering	Særligt relevant ift. fremme af fælles beslutningstagning/udvikling af værktøjer
<p>Decision Making in Recovery-Oriented Mental Health Care.</p> <p>Marianne S. Matthias, Michelle P. Salyers, Angela L. Rollins, Richard M. Frankel</p> <p>2012</p>	<p>Studiet undersøger hvordan patienten og psykiatere/sygeplejersker) træffer beslutninger i konsultationer omhandlende medicinsk behandling.</p> <p>Observation af 40 konsultationer mellem udbydere (3 psykiatere og 1 sygeplejerske og 40 patienter (10 patienter pr. behandler.)</p> <p>Studiet inddeler konsultationerne i 3 domæner: <i>et medicinsk, næste aftale og andet.</i></p>	<p>Beslutningstagning blev generelt observeret som forskellig afhængig af hvem der initierede processen. Når den sundhedsprofessionelle bragte et emne op, opstod sjældent uenigheder, hvorimod at, hvis patienten tog et emne op var der uenighed i en tredjedel af alle tilfældene. Hvis det var patienten der startede beslutningstagningsprocessen skete det oftere, at patientens præferencer kunne ses afspejlet i de beslutninger der blev truffet. Patienten tog oftest initiativet i domænet hvor der ikke indgik medicinske emner.</p> <p>Hvis patienten initierede en diskussion om medicin blev det ofte fremført som en forespørgsel som så mødte modstand fra den sundhedsprofessionelle, hvorefter patienten fremlagde rationalet og psykiateren lyttede.</p> <p>Konsultationerne havde mere en karakteristisk af patientcentrering end af SDM.</p> <p>Konklusion: Der var ikke tale om SDM men der foregik en kommunikation i form af en invitation til at udtrykke sin mening som kan være til et trin mod SDM.</p>	<p>Formål, metode og resultater fremgår tydeligt og der ses en stringens i dataanalysen. Ethiske overvejelser fremgår. Forfatterne forholder sig til studiets begrænsninger herunder bias.</p> <p>Bias: at konsultationerne er baseret på 1 konsultation pr. patient. Derfor kan være fremkommet beslutninger både før og efter den observerede konsultation. Det kan derfor heller ikke vurderes om beslutninger reelt blev ført ud i livet. Endvidere udgjorde patientgruppen primært mennesker med skizofreni. Bias kan være at det er en tværsnitsundersøgelse.</p>	<p>Se resultater.</p> <p>Fund fra andre studier: psykiatere gør minimale forsøg på at inddrage patienter i beslutninger (Goss mfl., 2008).</p> <p>Det tager ikke længere tid (Legare 2010) og der er modstand fra sundhedsprofessionelle (Hamann 2005)</p>

<p>Promoting the Value and Practice of Shared Decision-Making in Mental Health Care</p> <p>Carole Schauer, Anita Everett, Paolo del Vecchio, Leigh Anderson</p> <p>2007</p>	<p>En oversigtsartikel som gør status, finder fordele og ulemper ved SDM samt angiver de næste skridt mod SDM i Psykiatrisk regi.</p>	<p>Konkluderer mest på fordelene ved SDM og hvorfor denne metode er relevant i Psykiatrisk regi. Derudover kommer den med forslag til fremme af SDM.</p> <p>Der er problemer i forhold til autonomi grundet patientens afhængighedssituation og den sundhedsprofessionelles autoritet (Beauchamp and Childress, 2001)</p> <p>Beslutningsstøtteredskeer medvirker til at patienter har realistiske forventninger, får mere afklaring, er mere tilpasse med deres valg, færre har usikkerhed og de er mere aktive og mindre prægede af uro og angst (Edwards og Elwyn, 2001)</p> <p>Patienttilfredshed er knyttet til tilfredshed med sundhedsprofessionellesevne til at vise omsorg, varme og interesse (Adams og Drake, 2006) Personalets brug af SDM påvirket af patientens sygdom men studier viser at patienter kan deltage, desuden tror både personale og pårørende på en form for tvang. Vigtigt at kende patienten som et menneske (Appelbaum og Redlich, 2006)</p> <p>Psykiatere anvender i højere grad deres autoritet end sygeplejersker og socialarbejdere som ønsker et samarbejde (Hammond; Bandak og Williams, 1999).</p>	<p>Metode og konklusion fremgår ikke i Abstracts idet det er en oversigtsartikel</p> <p>Mange relevante studier er inddraget, heriblandt Deegan, Charles og Hamman.</p> <p>Indeholder en overskuelig tabel over fordele og ulemper ved SDM</p>	<p>Se resultater.</p> <p>Derudover bygger den på Charles og Deegans definitioner af SDM.</p> <p>Beslutnings redskaber kan være patient- eller behandler administreret og kan fx inkludere "decision-boards", patient-computere, lydbånd, video, projektmapper, informationsbrochurer, hjemmesider og beslutningsstøtteværktøjer.</p> <p>Resultater ved SDM: patienten får reduceret stress og øget sin funktion. Professionelles adfærd skal være at stille flere spørgsmål for at forstå patientens situation, forventninger og perspektiver og at de giver klar information, udviser støtte, empati og opfordrer patienten til at stille flere spørgsmål og tillader at dele deres beslutninger er associeret med bedre resultater.</p>
---	---	--	--	---

<p>Facilitators and Barriers to the Active Participation of Clients with Serious Mental Illnesses in Medication Decision Making: the Perceptions of Young Adult Clients</p> <p>Jonathan Delman, Jack A. Clark, Susan V. Eisen, Victoria A. Parker,</p> <p>2015</p>	<p>Unge voksne med alvorlig psykiatrisk lidelse mellem 18 og 26 år er blevet interviewet om deres deltagelse i beslutninger om medicinsk behandling</p> <p>24 unge deltog i studiet og gennemsnitsalderen var 24 år.</p>	<p>Fund: de unges deltagelse som aktive var betinget af at der var en gensidig tillid mellem psykiateren hvis denne var vidende, omsorgsfuld og respektfuld. De mest aktive unge rapporterede om at psykiateren opfordrede til deltagelse og var tilgængelig for den unge.</p> <p>Barrierer for aktiv deltagelse fra de unge var psykiaterens attitude, den unges self-efficacy og organisatoriske eller strukturelle faktorer.</p>	<p>Studiet har detaljerede metodologiske Beskrivelser.</p> <p>Formål, metode og resultater fremgår tydeligt og der ses en stringens i dataanalysen. Ethiske overvejelser fremgår og forfatterne forholder sig til studiets begrænsninger. Deltagerantal udgjorde 24 unge hvilket kan betegnes som en mindre gruppe</p>	<p>Se resultater.</p> <p>Andre studiers fund:</p> <p>Psykiaterens fokus på stabilisering, manglende kontinuitet i behandlingen og medicinalindustriens indflydelse medvirker til at fokus er på stabilisering istedet for recovery (Henriksen og Hansen samt Cosgrove og Bursztajn, 2010)</p> <p>Herudover viser studier at psykiateres modvilje mod at diskutere med deres patienter (Adams og Drake) samt at</p> <ul style="list-style-type: none"> -patienter finder bivirkninger vigtige, psykiatere gør ikke i samme omfang -der gives ikke information om medicin af angst for at patienten ikke tager deres medicin.
---	--	--	--	--

Kritisk læsning af kvalitative studier
Oversat fra: Critical Appraisal Skills Programme (CASP)
Making sense of evidence

© Public Health Resource Unit 2002

http://www.phru.nhs.uk/casp/critical_appraisal_tools.htm

Overvej følgende spørgsmål:

- Er undersøgelsen valid?
- Hvad siger resultaterne?
- Kan resultaterne overføres til din egen praksis?

*Til vurdering heraf kan nedenstående spørgsmål være retningsanvisende.
De første 2 spørgsmål er overordnede. Hvis svaret til begge er ja, gå videre.
Hvis nej, er der ingen grund til at fortsætte.*

Forfatter: Titel: Tidsskrift:	Nøgleord:
Overordnede spørgsmål	
1) Har studiet en klar fremstilling af sit formål? <input type="checkbox"/> fremgår det hvad der er målet med undersøgelsen? <input type="checkbox"/> fremgår det hvorfor undersøgelsen er vigtig og relevant?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke <input type="checkbox"/>
2) Er det valgt at undersøge problemstillingen med en kvalitativ metode? <input type="checkbox"/> tilstræber studiet at fortolke eller belyse handlinger og subjektive oplevelser hos de personer, der indgår?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke <input type="checkbox"/>

Detaljerede spørgsmål (hvis svaret til de overordnede spørgsmål er ja)

3) Er studiedesignet hensigtsmæssig i forhold til formålet med studiet?

Ja Nej Ved ikke

- har forfatteren begrundet valg af studiedesign?

4) Er udvælgelsesstrategien hensigtsmæssig i forhold til formålet med studiet?

Ja Nej Ved ikke

Overvej:

- har forfatteren beskrevet, hvordan studiepersonerne blev udvalgt?
- har forfatteren forklaret, hvorfor de blev udvalgt i forhold til den type viden, studiet skal afdække?
- er der nogen diskussion af rekrutteringsforhold (fx hvorfor nogle valgte ikke at deltage)?

5) Blev data indsamlet, så de omhandlede forskningsfeltet?

Ja Nej Ved ikke

- er rammerne for dataindsamlingen begrundet?
- er det klart, hvordan data blev indsamlet (fx fokusgruppe, semistruktureret interview)?
- har forfatteren begrundet den valgte metode?
- har forfatteren tydeliggjort metoden (er det beskrevet, hvordan interviews blev udført? Var der en interviewguide)?
- blev metoderne ændret i løbet af studiet? Har forfatteren forklaret hvordan og hvorfor?
- er datatype tydelig (fx båndoptager, video, noter)?
- har forfatteren diskuteret mætning af data?

6) Er forholdet mellem forfatter/forsker og deltager overvejet?

Ja Nej Ved ikke

- har forfatteren undersøgt sin egen rolle, potentielle bias og indflydelse under:

<ul style="list-style-type: none"> ○ formulering af spørgsmål? ○ ved dataindsamlingen, rekrutteringen og valg af sted? <p><input type="checkbox"/> står det klart hvordan forfatteren forholdt sig til begivenheder i forløbet og om man overvejede ændringers eventuelle indflydelse på studiedesignet?</p>	
<p>7) Er etiske spørgsmål blevet overvejet?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> er der detaljer om hvordan studiet blev forklaret til studiepersonerne, så det kan vurderes om etiske standarder er overholdt? <input type="checkbox"/> har forfatteren diskuteret spørgsmål, der udsprang af studiet (fx informeret samtykke og hvordan man håndterer den effekt studiet kan have på studiepersonerne under og efter studiet)? <input type="checkbox"/> er der søgt om godkendelse af den etiske komité? 	<p>Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke <input type="checkbox"/></p>
<p>8) Er dataanalysen tilstrækkelig stringent?</p> <p>Overvej:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> er der en dybdegående beskrivelse af analyseprocessen? <input type="checkbox"/> bruges der tematisk analyse? Står det da klart, hvordan temaerne blev udledt af data? <input type="checkbox"/> beskriver forfatteren, hvordan de præsenterede data blev valgt ud fra den oprindelige mængde for at demonstrere analyseprocessen? <input type="checkbox"/> er der præsenteret nok data til at underbygge resultatet? <input type="checkbox"/> i hvilken udstrækning tages modstridende data i betragtning? <input type="checkbox"/> undersøger forfatteren kritisk sin egen rolle, potentielle bias og indflydelse under analyse og udvælgelse af data til præsentation? 	<p>Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke <input type="checkbox"/></p>
<p>9) Er der en klar fremstilling af resultatet?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> fremgår det tydeligt, hvad resultaterne er? <input type="checkbox"/> er der tilstrækkelig diskussion af evidensen for og imod forfatterens argumenter? <input type="checkbox"/> har forfatteren diskuteret troværdigheden af resultaterne (fx triangulering, validering af respondenter, mere end én analytiker)? <input type="checkbox"/> er resultaterne diskuteret i forhold til de oprindelige spørgsmål? 	<p>Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke <input type="checkbox"/></p>

10) Hvor værdifuld er studiet?

- diskuterer forfatteren hvad studiet bidrager med i forhold til eksisterende viden?
- sættes resultaterne i forhold til gældende praksis og politik eller i forhold til relevant litteratur?
- identificerer forfatteren nye områder hvor forskning er nødvendig?
- har forfatteren diskuteret, om og hvordan resultaterne kan overføres til andre populationer eller overvejet om resultaterne kan bruges på anden måde?

Kommentarer

Meningsfuld forandring med metoden Guidet Egen-Beslutning



Arbejds- og refleksionsark

Tilpasset fra: Vibeke Zoffmann: Guidet Egen-Beslutning, 2004.

Arbejdspapirer, der er udfyldt og drøftet

1. Samarbejdsaftale		Markér
1a.	Invitation til samarbejde	<input type="checkbox"/>

2. Dit liv med en sindslidelse		Markér
2a.	Vigtige begivenheder og perioder i dit liv	<input type="checkbox"/>
2b.	Hvad finder du svært ved at skulle leve med for tiden?	<input type="checkbox"/>
2c.	Ufuldendte sætninger – dine behov, værdier, vaner og muligheder	<input type="checkbox"/>
2d.	Billede, metafor eller talemåde for dit liv med en sindslidelse	<input type="checkbox"/>
2e.	Plads til sindslidelsen i dit liv	<input type="checkbox"/>

3. Imellem ideal og virkelighed		Markér
3a.	Dine erfaringer med anbefalede leveregler	<input type="checkbox"/>
3b.	Dine planer for ændring af levevis	<input type="checkbox"/>
3c.	Egne erfaringer med forskellige typer behandling	<input type="checkbox"/>
3d.	Din virkelighed med en sindslidelse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

4. Forandringsarbejde		Markér
4	Patientens og professionelles problemliste	
4a.	Problemløsning hidtil	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4b.	Dynamisk problemløsning	<input type="checkbox"/>
4c.	For og imod	<input type="checkbox"/>
4d.	Mere af	<input type="checkbox"/>
4e.	Mindre af	<input type="checkbox"/>
4f.	Kortlægning af adfærd	<input type="checkbox"/>

Invitation til samarbejde

En - til - en regi.

Hvad skal vi samarbejde om?

- Vi vil udvælge noget, som for tiden volder dig problemer eller udfordringer i hverdagen med en sindslidelse. Eller noget som du synes er en udfordring i din hverdag.

Hvad er din rolle og min rolle?

- Både din og min viden og erfaring er nødvendig
- Vi skal begge være aktive og bruge vores tid bedst muligt på noget, vi finder vigtigt
- Noget af tiden vil vi arbejde hver for sig – og noget af tiden vil vi arbejde sammen

Hvordan skal samarbejdet være?

- Det er OK, at du og jeg ser forskelligt på din situation
- Det er OK, at du og jeg er uenige
- Det er OK, at vi har og viser vores følelser
- Det er nødvendigt, at vi kender hinandens opfattelser

Vi vil bruge arbejdspapirer – men hvad kan de bruges til?

- Du kan bruge dem til i fred og ro at tænke over og blive klogere på din situation
- Vi kan bruge dem til at få overblik over, hvad der er vigtigt i din situation
- De kan gøre det lettere at snakke om det, der ellers kan være svært at snakke om
- De kan hjælpe dig til at tage beslutninger, der passer til dig og derfor holder
- De kan hjælpe os til at holde kursen undervejs

Hilsen

Vigtige begivenheder og perioder i dit liv med en sindslidelse på livslinien.

Angiv det årstal, hvor **du** mener at opleve de første symptomer på at du havde det svært psykisk
Angiv årstal eller perioder som har haft stor betydning for **dig**.



Angiv det, du selv mener har påvirket din sindslidelse positivt eller negativt:
Begivenheder, oplevelser, leve- og arbejdsforhold, medicinpræparater el. lign.

2b. Hvad finder du svært ved at skulle leve med for tiden?

Hvad finder du svært ved at skulle leve med for tiden og hvilke udfordringer fylder i din hverdag?

Skriv nogle stikord:

Ufuldendte sætninger – dine behov, værdier, vaner og muligheder

De, som kender min måde at leve på, synes at jeg ... _____

Den lykkeligste dag i mit liv var, da ... _____

Den mest triste dag i mit liv var, da ... _____

Det, jeg er bedst til angående min sindslidelse, er ... _____

Det værste ved at have en sindslidelse er ... _____

Det, jeg er dårligst til, er ... _____

Min sindslidelse har forhindret mig i ... _____

Den må ikke forhindre mig i ... _____

Om et år vil jeg... _____

Jeg bør ikke give min sindslidelse skylden for ... _____

Når jeg er indlagt på psykiatrisk sygehus, tænker jeg ... _____

Jeg vil gerne lære noget mere om ... _____

2c. Ufuldendte sætninger – dine behov, værdier,
vaner og muligheder

Noget, der kan give problemer derhjemme, er ... _____

Jeg synes, at mine venner/kolleger ... _____

Jeg oplever, at min familie ... _____

Noget, jeg forsøger at forandre ved mig selv, er ... _____

En vane, jeg har svært ved at blive af med, er ... _____

Jeg har svært ved at modstå pres fra ... _____

Jeg får en god støtte af ... _____

Jeg får for lidt støtte af ... _____

Trods min sindslidelse kan jeg ... _____

Det, jeg ønsker mig allermest, er ... _____

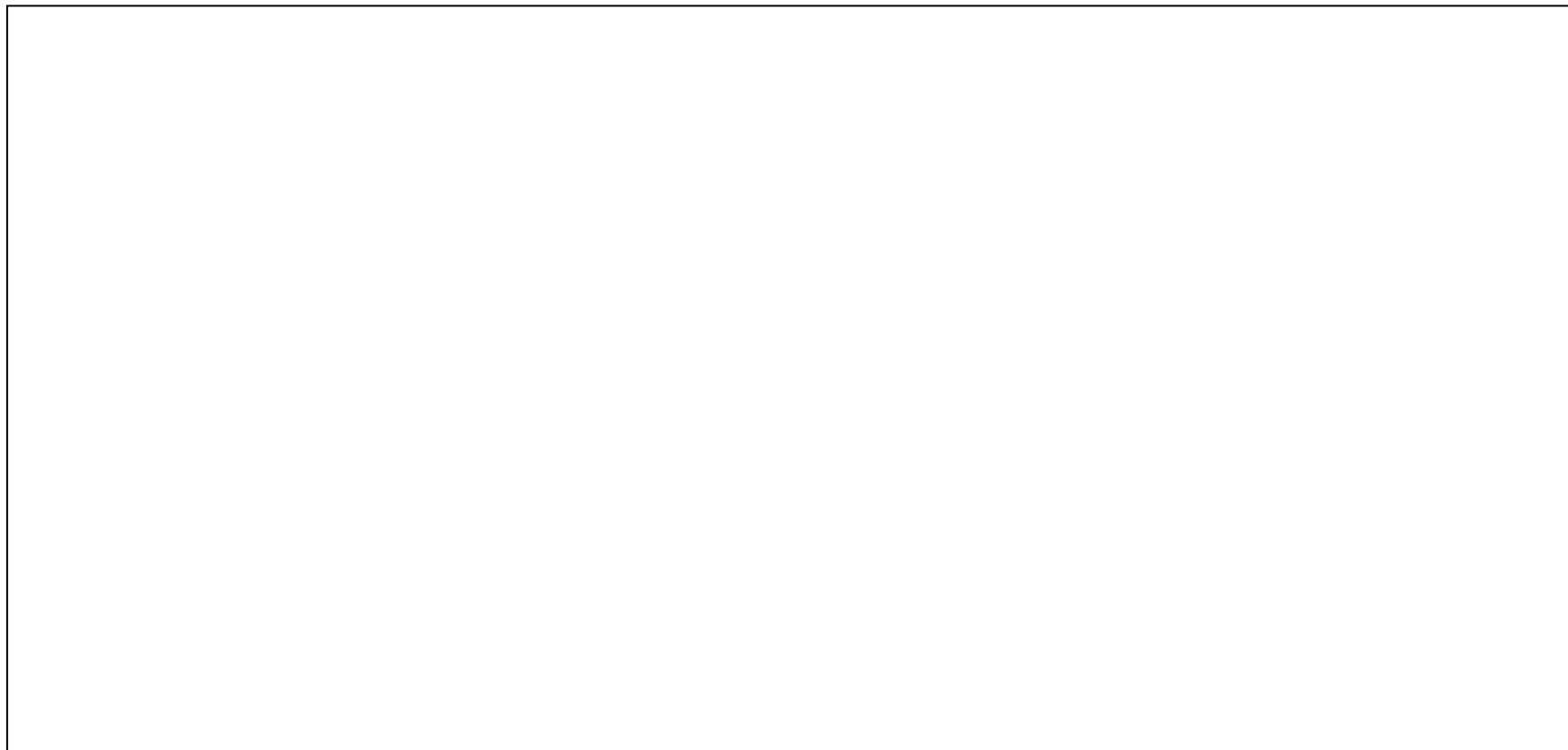
Når jeg står ved afslutningen af mit liv, vil jeg gerne se tilbage på, at jeg har ... _____

2d. Billede, metafor eller talemåde for dit liv
med en sindslidelse

Billede, metafor eller talemåde for dit liv med en sindslidelse

Hvilket billede forbinder du med det at skulle leve med en sindslidelse?

- Lav en tegning, skriv en historie, nævn en metafor, vælg et eventyr eller noget helt andet du synes beskriver dit liv med en sindslidelse.

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for a drawing or written response. It occupies the central portion of the page.

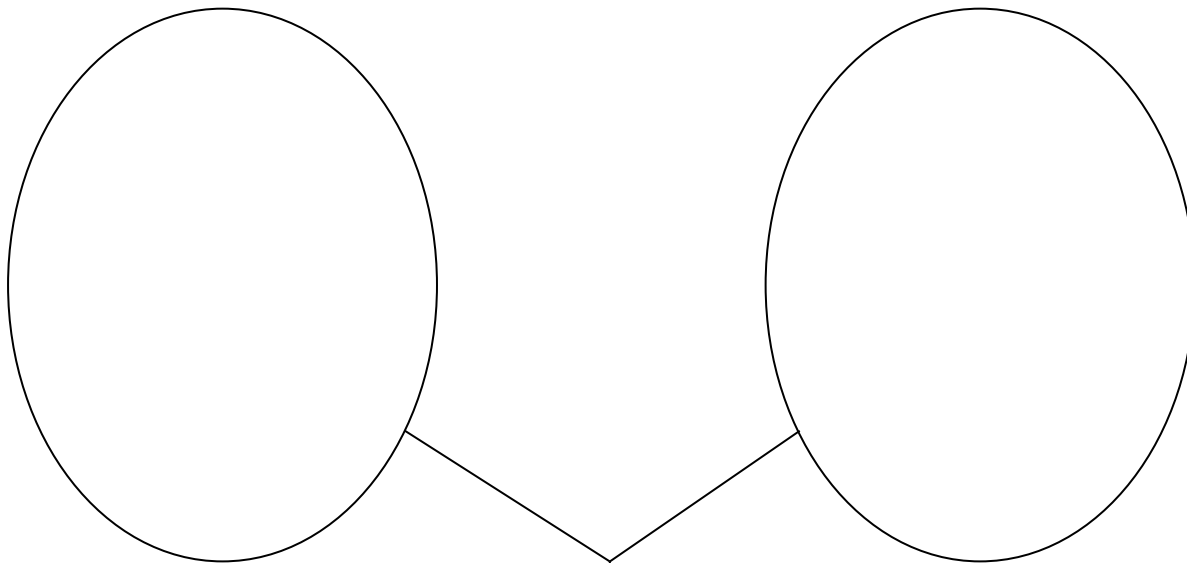
Plads til en sindslidelse i dit liv

**Så meget har min
sindslidelse fyldt indtil nu**

**Så meget skal min
sindslidelse fylde fremover**

(skraver det felt, som sindslidelsen fylder)

(skraver det felt, som sindslidelsen skal fylde)



Hvad består forskellen i?

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to write their response to the question 'Hvad består forskellen i?'. The box is positioned directly below the question text.

Dine erfaringer med anbefalede leveregler

Mange af de leveregler, man får anbefalet, når man skal leve med en sindslidelse, er svære at indpasse i en hverdag. Hvordan er følgende leveregler indpasset i din hverdag?

Sæt ét kryds på hver linie!

Min hverdag er kendetegnet ved, at jeg:	Det har jeg gjort stabilt i:			Nej - jeg har forsøgt, men uden held	Nej - jeg har ikke forsøgt
	mere end 5 år	mere end ½ år og mindre end 5 år	Mindre end ½ år		
... dagligt tager den medicin, jeg har fået ordineret for min sindslidelse					
... har struktureret min dagligdag					
... bevidst prøver at lade være med at isolere mig					
... har en normal døgnrytme, hvor jeg står op om morgenen og sover om natten					
... kommer af sted til aktiviteter, som foregår væk fra hjemmet					
... dyrker en interesse eller hobby					
... undgår at blive udsat for skadeligt stress					
... jævnligt træner øgning af selvtillid og selvværd					
... udfordrer/afprøver det jeg har svært ved at tro på, at jeg kan					
... ugentligt mødes med venner og/eller familie					
... spiser til alle måltiderne og spiser sundt og varieret					
... er opmærksom på min vægt og passer på, at jeg ikke vejer for meget					
... dyrker den anbefalede motion					
... har nedsat mit tobaksforbrug *					
... er ophørt med at ryge *					
... anvender eller har trang til euforiserende stoffer eller/og alkohol*					
... fast tager anden medicin, jeg har fået ordineret*					

* Sæt kryds her, hvis følgende gælder for dig:

- Rygning er ikke aktuelt for mig, da jeg aldrig har været ryger
- Jeg har aldrig anvendt eller haft trang til euforiserende stoffer eller alkohol
- Jeg får ikke anden medicin end den for min sindslidelse

Dine planer for ændring af levevis

Sæt kryds i venstre kolonne ud for alle de sætninger, du synes passer på din hverdag. Markér med kryds i kolonnerne til højre, om det er noget, du vil ændre eller fortsætte med.

Følgende kendetegner min hverdag (sæt x)		Jeg vil lave om på det: (sæt kryds)			Jeg har ikke planer om at lave det om (sæt kryds)
		Inden for den første måned	Inden for det første ½ år	Efter det første ½ år	
	Jeg tager ikke den medicin, jeg har fået ordineret for min sindslidelse regelmæssigt				
	Jeg får ikke struktureret min dagligdag				
	Jeg isolerer mig derhjemme og under indlæggelse på sygehuset				
	Jeg har en døgnrytme, hvor jeg sover om dagen og er vågen om natten				
	Jeg tager ikke af sted til aktiviteter uden for hjemmet				
	Jeg dyrker ingen interesse eller hobby				
	Jeg udsætter af og til mig selv for skadeligt stress				
	Jeg træner ikke min selvtillid eller selvværd				
	Jeg undlader at udfordre/afprøve det, jeg har svært ved at tro på, at jeg kan				
	Jeg mødes ikke ugentligt med venner eller familie				
	Jeg spiser usundt og springer måltider over				
	Jeg dyrker ikke den anbefalede motion				
	Jeg er overvægtig				
	Jeg ryger				
	Jeg anvender eller har trang til euforiserende stoffer eller/og alkohol				
	Jeg lader af og til være med at tage andet ordineret medicin				
Antal områder:					

Egne erfaringer med forskellige typer behandling

Behandlingstype:	Periode:	Fordele:	Ulemper:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Forslag og idéer: _____

Din virkelighed med en sindslidelse

Symptomer

Symptomerne nævnes i rækkefølge, hvor den mest generende står først.

Hvor ofte er symptomerne til stede? (sæt kryds)

Konstant Flere gange dagligt Én gang dagligt Et par gange om ugen Én gang ugentligt

Er symptomerne til stede i bestemte situationer?

Nej Ja Nævn hvilke

1) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Din virkelighed med en sindslidelse (fortsat...)

Hvad tror du er årsagen til, at du har fået en sindslidelse?

Din egen forklaring på, at du har fået en sindslidelse er?

Hvor alvorligt oplever du det, at du har en sindslidelse?

Hvad bekymrer dig mest ved at have en sindslidelse?

Hvilke navne anvender du for din sindslidelse?

Din egen forklaring på, hvordan din sindslidelse kommer til udtryk hos dig:

(Kilde: inspireret af
Arthur Kleinman, Explanatory Models.)

Hvilket problem / udfordring skal der arbejdes videre med?

Før dette arbejdsark udfyldes, så nedskriver kontaktperson og patient på hvert deres stykke papir, hvad de mener, er patientens væsentligste udfordringer / problematikker lige nu.

Når dette er nedskrevet, så viser i det til hinanden, hvorefter i drøfter i dialog, hvilken problematik / udfordring patienten skal arbejde videre med på de kommende arbejdsark med dynamisk problemløsning, og hvordan i vil benævne denne problematik / udfordring.

Til sidst overføres det hele på dette arbejdsark.

Patientens problemliste	Kontaktpersonens problemliste

Fælles benævnelse for problem/udfordring, som arbejdes videre med:	

Problemløsning hidtil

Hvad skal vi kalde det, der volder dig problemer?

Dine iagttagelser

Hvor længe har du oplevet det?

Hvor tit oplever du det?

Er det blevet større eller mindre med tiden?

Hvornår mærker du det mest?

Hvornår mærker du det mindst?

Problemløsning hidtil (fortsat...)

Dine tanker og følelser

Hvad mener du problemet hænger sammen med?

Hvad gør det værre?	Hvad gør det bedre?
Hvad forhindrer det dig i?	Hvad opnår du ved det?
Hvor meget påvirker det dig?	

Problemløsning hidtil (fortsat...)

Dine mål og intentioner

Hvad er vigtigt for dig? – Hvad stiler du efter?

Hvad kan du/andre vinde ved, at problemet løses?	Hvad kan du/andre tabe ved, at problemet løses?
På kort sigt?	På kort sigt?
På lang sigt?	På lang sigt?

Har du sat dig for at løse problemet helt eller delvist?

Hvis delvist – hvilke dele?

Problemløsning hidtil (fortsat...)

Dine handlinger

Hvad har du hidtil gjort med nogen held for at løse problemet?

Hvornår?

Hvor tit?

Hvad har du gjort uden held?

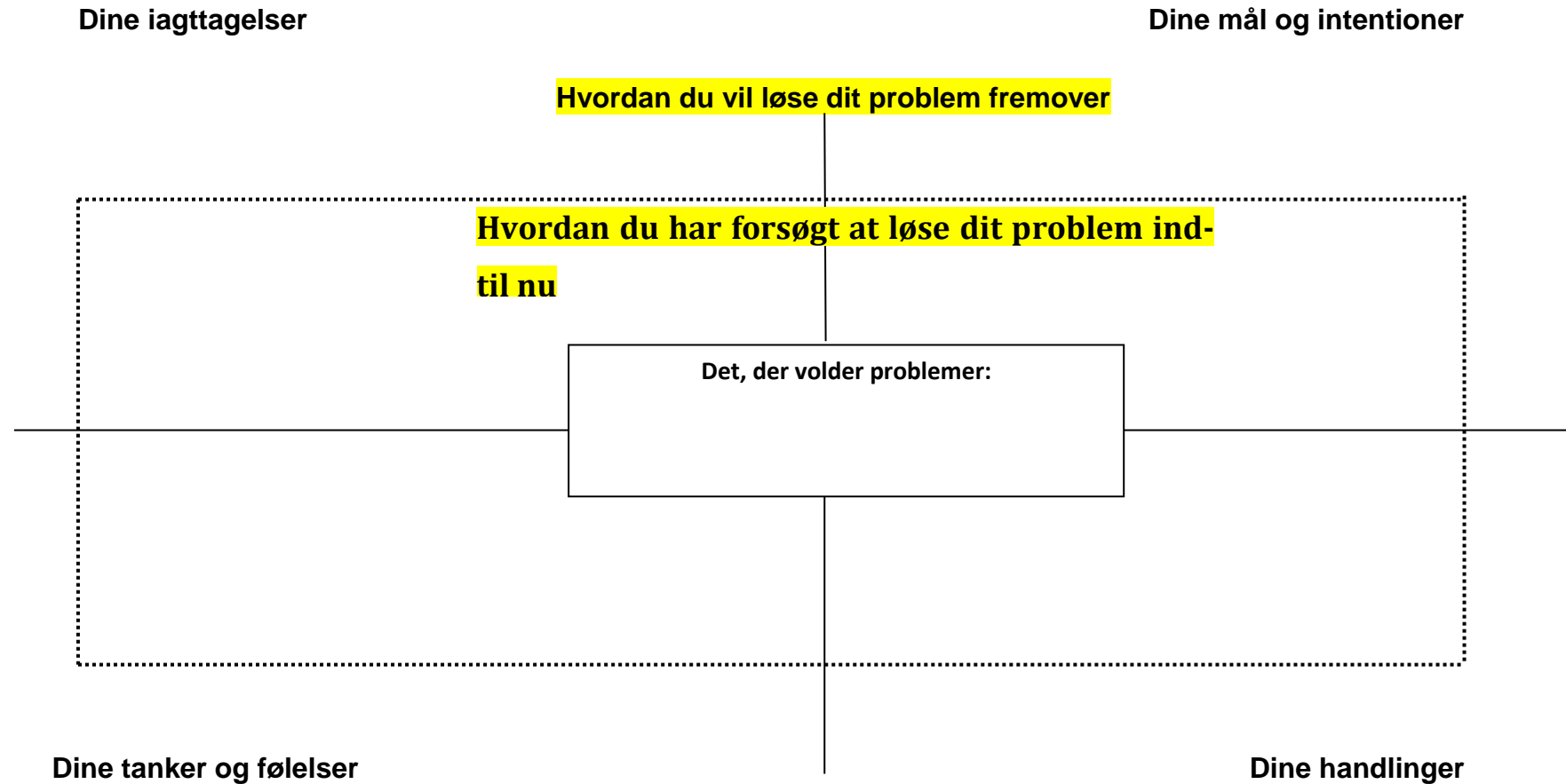
Hvem har du fået hjælp af?

Hvem har du bedt om hjælp?

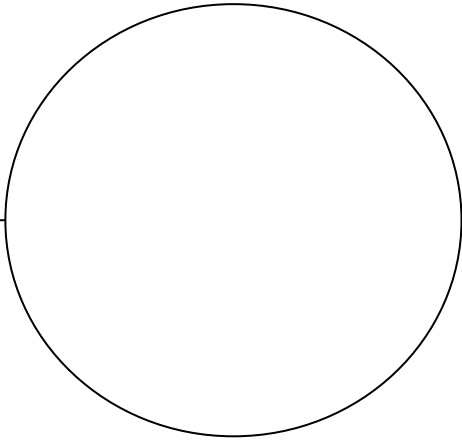
Hvem har du savnet hjælp fra?

Hvem ville du gerne have bedt om hjælp?

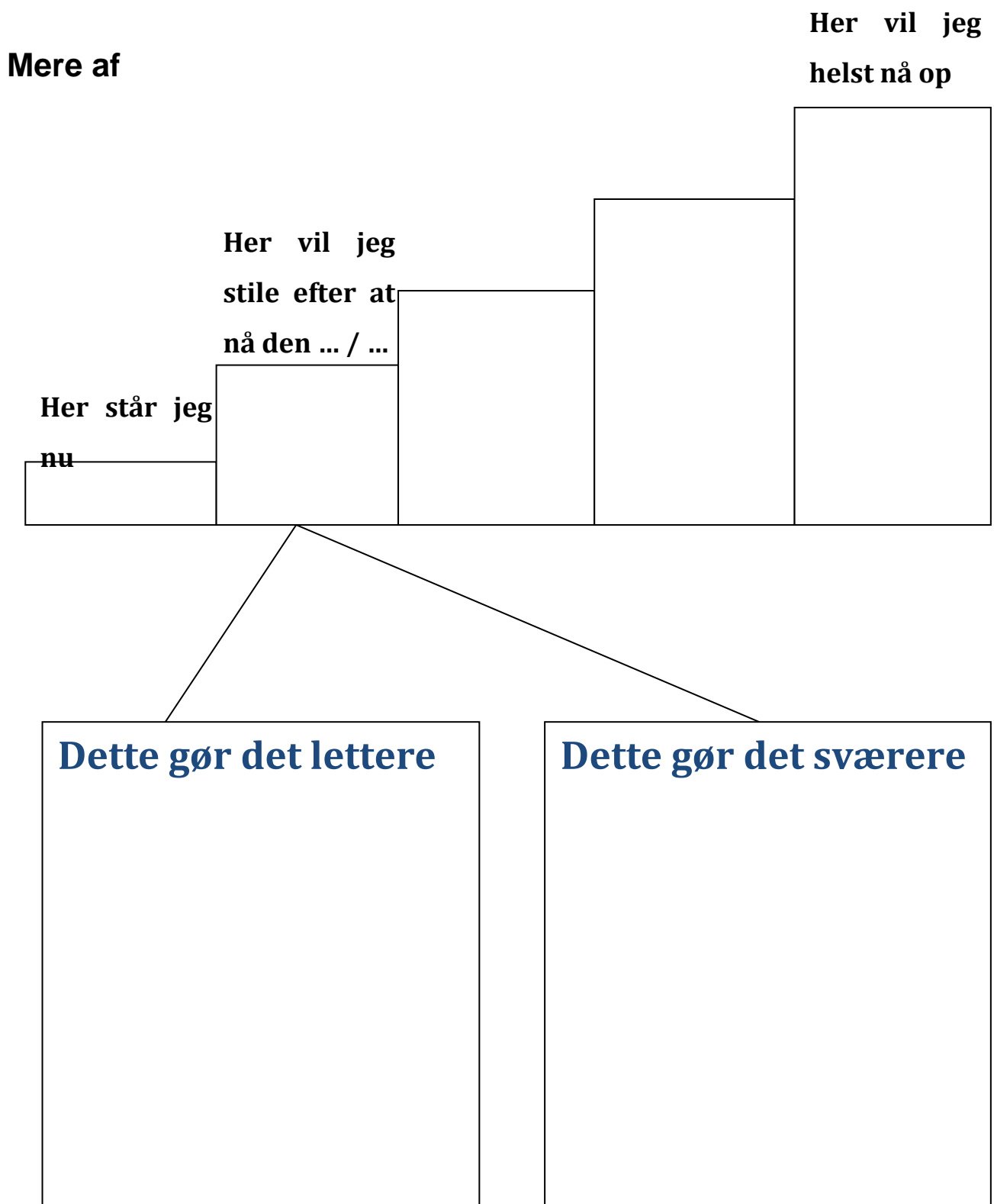
Dynamisk Problemløsning



For og imod

Meget godt	
Godt	
Mindre godt	
Dårligt	

(Kilde: Arborelius)

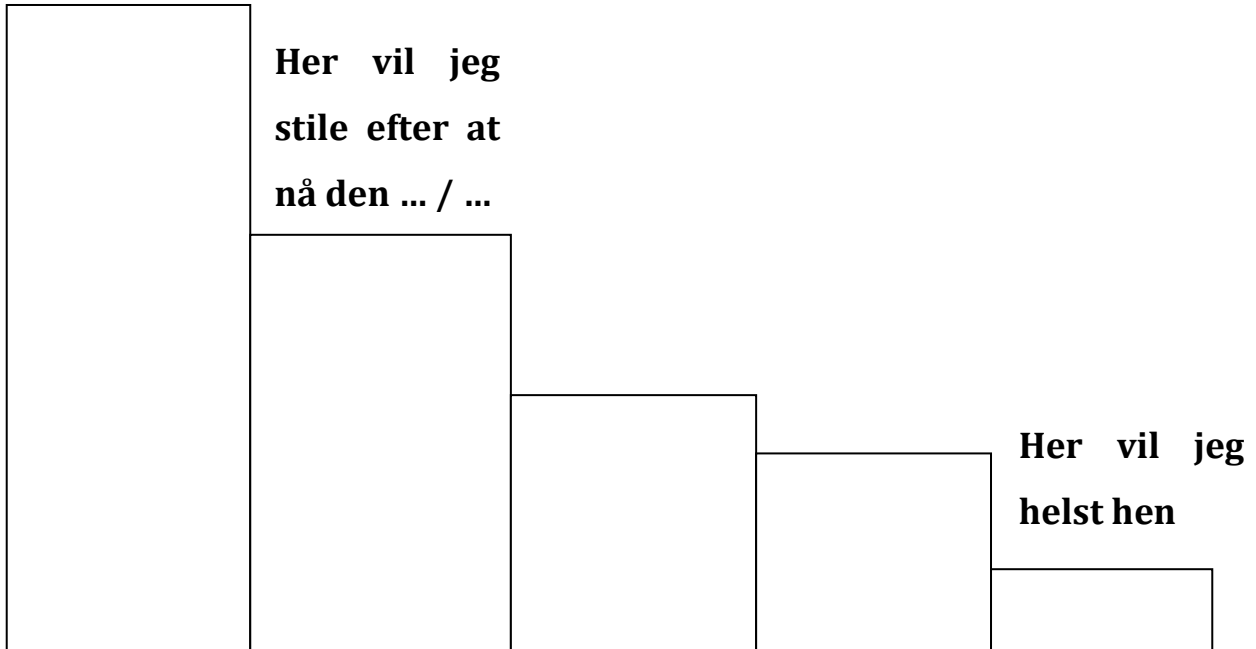


(Kilde: Arborelius)

Mindre af

Her står jeg

nu



Dette gør det lettere

Dette gør det sværere

(Kilde: Arborelius)

Kortlægning af adfærd

