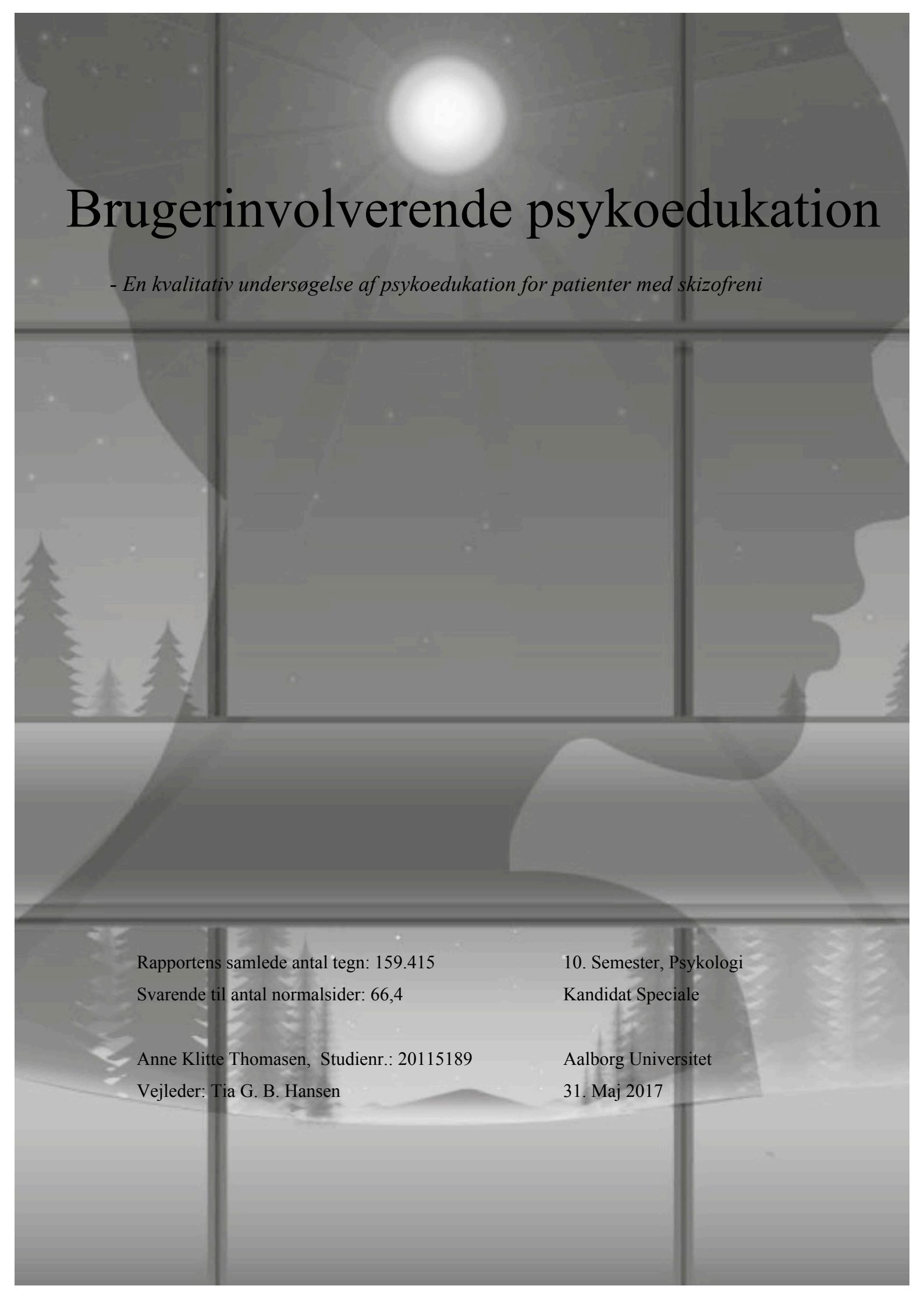




Brugerinvolverende psykoedukation

- En kvalitativ undersøgelse af psykoedukation for patienter med skizofreni

Rapportens samlede antal tegn: 159.415

Svarende til antal normalsider: 66,4

Anne Klitte Thomasen, Studienr.: 20115189

Vejleder: Tia G. B. Hansen

10. Semester, Psykologi

Kandidat Speciale

Aalborg Universitet

31. Maj 2017

Abstract

Psychoeducation is a part of the treatment recommendations for patients with schizophrenia in Denmark. This intervention seeks to provide illness-related information with the purpose of increasing the patients' knowledge in relations to illness and treatment thereof. The increase in knowlegde is intended to enable the patients to cope with their serve mental illness in a more effective way, and thereby improving prognosis. The aim of this study is to investigate psychoeducation for patients with scizophrenia, based on the notion of a possible conflict between the educational demands and the cognitive impairments associated with schizophrenia. It is an assumption that the cognitive impairments can affect possibilities of benefiting from the intervention. Therefore a further aim is to explore initiatives that can provide a better match between these factors.

To cover the aims I have chosen to make a theoretical comparison of the way of teaching in manual based psychoeducation and cognitive impairments that can be seen in patients with schizophrenia, on one hand. On the other hand the basis of this investigation is a qualitative case study, where a partially different approach to the psychoeducational intervention is examined. The data is collected through to interviews, one with a practitioner and one with to patients, and participant observation. To interpret this material I have chosen a thematic analysis where four arose. The study indicates that there seems to be a discrepancy between way of teaching and the cognitive impairments associated with schizophrenia. The manual based intervention teaching requiers sustained attention which is describe as a challenge. In relation this intervention is based on verbal material that also seems to complicated the learning profit as the patients verbal learning ability can be reduced. The psychoeducation in the case study has some adjustments that involve physical activity and "mentoring". In relation to the physical activity this seems rewarding on parameters such as concentration and social skills. Furthermore, this adjustment seems interesting as a way of activating patient motivation for participating actively during the session. In relation to the impaired verbal learning this practical aspect of the adjusted psychoeducation seems relevant. In relation to "mentoring" this study indicates that it can work as an effective tool to create frequent changes in focus when the patients interact in sharing knowledge and experience. Besides this the patients are involved in planning the content of the following session. This also seems relevant in relations to activating the motivation of the patient.

On the basis of the results of this research, it can be concluded that the comparison between manual based and user-adjusted psychoeducation does not differ greatly on purpose or structure. Therefore it seems that the overall difference lies in the means of teaching instead of in the purpose of the psychoeducational intervention

Indholdsfortegnelse

ABSTRACT	2
INDLEDNING	1
PROBLEMFORMULERING.....	2
<i>Afgrænsning</i>	2
DISPOSITION.....	3
TEORI	3
PSYKOEDUKATION	3
<i>Baggrund for psykoedukation</i>	4
<i>Manualbaseret psykoedukation</i>	5
SKIZOFRENI	7
<i>Kognitive vanskeligheder</i>	9
MANUALBASERET PSYKOEDUKATION TIL PATIENTER MED SKIZOFRENI.....	10
NYERE BEHANDLINGSTENDENSER	13
<i>Brugerinddragelse</i>	13
<i>Recovery-mentor</i>	15
METODE	16
FORSKNINGSSTRATEGI	16
<i>Adgang</i>	17
<i>Forskningsdesign</i>	18
Det empiriske materiale.....	18
Interview som metode	18
Det semistrukturerede interview	19
Gruppeinterview	19
Interviewguide.....	20
Respondenter.....	22
Setting	22
Observation	22
ANALYSEFREM GANGSMÅDE.....	23
ETISKE OVERVEJELSER	26
METODISKE REFLEKSIONER.....	27
<i>Reliabilitet</i>	27
<i>Validitet</i>	28
Triangulering	29
<i>Generaliserbarhed</i>	30
ANALYSE.....	31

PRÆSENTATION AF INFORMANTER	31
BRUGERINVOLVERENDE PSYKOEDUKATION.....	32
<i>"Det her måtte kunne ændres"</i>	32
<i>Den tilpassede psykoedukation</i>	35
BRUGERINDDRAGENDE TILTAG	41
<i>"Jeg kunne bedst lide floorball"</i>	41
<i>"Vi er det samme sted."</i>	45
<i>"Man kan ligesom mærke dem på en anden måde"</i>	47
ROLLEN SOM FACILITATOR.....	50
UDGANGSPUNKT FOR FORSTÅELSE AF PSYKOEDUKATIONEN	53
OPSAMLING	55
DISKUSSION	57
TEORETISK DISKUSSION	57
<i>Brugerstyring</i>	57
<i>Fysisk aktivitet og kognitive vanskeligheder</i>	58
<i>Motiverende faktorer</i>	61
OPSAMLING	62
METODISK DISKUSSION	63
<i>Diskussion af undersøgelsens informationskilder</i>	63
VURDERING AF UNDERSØGELSENS EMPIRISKE GRUNDLAG.....	66
KONKLUSION	68
REFERENCELISTE.....	70
BILAGSMATERIALE (SAMTLIGE BILAG ER VEDLAGT PÅ USB).....	74

Indledning

I september 2015 blev der indført udredningsgaranti i psykiatrien i Danmark, hvilket indebærer, at patienter i psykiatrisk regi, har samme ret som patienter i somatisk regi, til at få stillet en diagnose inden for 30 dage (Psykiatrifonden, UD,1). 50 yngre læger og specialpsykologkandidater skriver i et åbent brev året efter, at udredningsgarantien i praksis sker på bekostning af kvaliteten andre steder, fordi der ikke er fulgt ekstra midler med den øgede mængde af arbejdsopgaver (Information, 2016). I brevet skrives det, at prioritering af ressourcer i nogle tilfælde fører til, at de kliniske retningslinjer, udstukket af Sundhedsstyrelsen, ikke følges i praksis (ibid.). Ligeledes er det en følgevirkning, at der ikke er ressourcer og råderum for realiseringen af nødvendige tiltag eller for tilpasninger og videreudvikling af andre områder (ibid.). Et område som psykoedukation, hvor der foreligger standardiserede manualer målrettet specifikke diagnoser, kan derfor antages at havne langt nede i prioriteringen af ressourcer (ibid.; Bauer et al., 2012, p.29). Det kan dermed antages, at en behandlingsindsats som denne ikke regelmæssigt opdateres.

Indeværende speciale beror på en undren, der er opstået i forbindelse med en studiepraktik i et psykiatrisk behandlingstilbud, hvor jeg blandet andet stiftede bekendtskab med psykoedukation for patienter med skizofreni. På daværende tidspunkt var psykoedukationsforløbet, som en del af det samlede behandlingsforløb, manualbaseret. I det Nationale indikator projekt for skizofreni (NIP, 2014) refereres der til en undersøgelse, som viser, at: *"Psykoedukation, der kun er rettet mod patienten, [ikke er] dokumenteret effektivt på samme måde som psykoedukation inddragende familien, selvom førstnævnte form for psykoedukation er den mest udbredte i klinisk praksis."* (ibid., p.21). Dette har for mig givet anledning til refleksioner i forhold til, at der ikke ses samme effekt ved psykoedukation uden inddragelse af pårørende. En forklaring kunne være, at pårørende spiller en vigtig rolle i forhold til at støtte patienten i behandling (Nordentoft et. al., 2002, p.102). En anden forklaring kan også ligge i selve udformningen og indholdet af psykoedukation til patienterne. Dette speciale tager, som nævnt, udgangspunkt i en opfattelsen, der er baseret på praksiserfaringer med et manualbaseret psykoedukationsforløb til patienter med skizofreni samt konkret erfaring med vanskeligheder, som kognitive evner og negativ symptomer, der kan præge patientgruppen. Opfattelsen vedrører således forholdet mellem den

manualbaserede undervisningsform og de kognitive vanskeligheder, som kan ses hos patienter med skizofreni, der ikke synes tilstrækkeligt overensstemmende. Med tanke på ovenstående udtalelse vedrørende ressourceprioriteringen i forhold til videreudviklingen af behandlingstiltag, fremstår det ikke plausibelt, at der i nærmeste fremtid fokuseres på psykoedukationen i psykiatrisk regi. Det anses derfor aktuelt, at jeg som studerende, kan bidrage til belysningen af en eventuelt kontrast mellem krav og forudsætninger i psykoedukativ sammenhæng med henblik på justeringer, der kan overkomme denne kontrast. Disse overvejelser har ført til følgende problemformulering.

Problemformulering

Det anbefales, at psykoedukation tilbydes, som en del af den samlede behandlingsindsats, til alle patienter med skizofreni. Spørgsmålet er, om der er et modsætningsforhold mellem at levere manualbaseret psykoedukation på den ene side, og på den anden side de kognitive vanskeligheder, der kan ses hos patienter med skizofreni og som kan komplicere patienternes mulighed for at profitere af den psykoedukation. Det er derfor interessant at undersøge:

- Hvilke kognitive forudsætninger kræver undervisningsformen i den manualbaserede psykoedukation, og hvordan matcher det, de kognitive vanskeligheder, der kan ses hos patienter med skizofreni?
- Hvordan kan psykoedukationen tilpasses, så der ses en større overensstemmelse mellem krav og forudsætninger i undervisningen?

Afgrænsning

Dette speciale afgrænser sig til at behandle psykoedukation i forhold til undervisning af patienter alene. Der tages udgangspunkt i NIP's definition af psykoedukation, og desuden kan der henvises til offentligt tilgængelige manualer for psykoedukation (Region Nordjylland, 2016; Region Sjælland, 2015).

I forhold til skizofreni anvendes diagnosekriterier fra ICD-10, der også er grundlaget for inkludering i den behandlingstilbud, hvor følgende undersøgelse tager sit afsæt. Herunder tages der udgangspunkt i kognitive vanskeligheder, der vurderes at have betydning for patientens mulighed for at profitere af psykoedukation. Desuden vil der være et, i mindre omfang, fokus på negative symptomer, der tillige

vurderes at påvirke patienternes mulighed for at deltage og gavne af interventionen.

Disposition

Følgende afsnit indeholder en kort beskrivelse af specialets opbygning. I teori-afsnittet fremlægges undersøgelsens teoretiske referenceramme, hvor den forforståelse, der danner udgangspunktet for at forstå og nuancere det empiriske materiale, præsenteres. Derefter følger en beskrivelse af de metodiske overvejelser og det arbejde, der ligger til grund for undersøgelsens fremgangsmåde i forhold til indsamling og bearbejdning af det empiriske materiale. Teoretiske og metodiske refleksioner skaber rammen for den efterfølgende analyse, der tager udgangspunkt i fire overordnede temaer. Derpå følger specialets diskussion, der udgøres af en teoretisk diskussion af punkter udsprunget af analysen, og en metodisk diskussion af datakilderne, herunder vurdering af reliabilitet, validitet og generaliserbarhed. Endeligt optræder specialets konklusion.

Teori

I det følgende præsenteres afhandlingens teoretiske referenceramme, der danner grundlag for det perspektiv, som er lagt på problemstillingen. Det drejer sig om redegørelser for (1) manualbaseret psykoedukation af psykiatriske patienter som gruppeforløb og (2) for den skizofrene sindslidelse, med særligt fokus på kognitive vanskeligheder. Efter fremstillingen af disse følger et afsnit, hvor de krav som undervisningsformen i den manualbaserede psykoedukation stiller, sammenholdes med de kognitive vanskeligheder, der ses hos mange af patienterne. Afslutningsvis optræder en kort beskrivelse af Brugerinddragelse og Recovery-mentorer, som alternative/nye værktøjer i behandlingsindsatsen.

Psykoedukation

I Sundhedsstyrelsens Referenceprogram for skizofreni (2004) placeres psykoedukation under den psykosociale behandlingsindsats, der som paraplybegreb sigter mod: *"(...) at mindske antallet af psykotiske tilbagefald og bedre patientens sygdomsindsigt, kompliance med behandlingen og sociale funktion."* (ibid, p.28). Psykoedukation er ligeledes en af de indikatorer, der bruges til at måle kvaliteten af den psykiatriske

behandling af skizofreni i det Nationale indikator projekt (NIP) for skizofreni (NIP, 2014, p.8). Den psykoedukative intervention opfattes som en kognitiv metode, der i kombination med behandlingsformer som medicinsk behandling og sociale støtteforanstaltninger, kan influere positivt på sygdomsforløbet (Nordentoft et al. 2002, p.101; Hecksher & Skanning, 2005, p.296).

Sigtet med denne del af behandlingen er sekundær forebyggelse gennem formidling af viden om sygdommen og behandlingen heraf. I NIP (2014, p.21) defineres psykoedukation som: *"(...) en systematisk og struktureret information om sygdommen og dens behandling med henblik på opnåelse af bedre copingstrategier."* Skizofreni er ofte karakteriseret ved manglende sygdomserkendelse, og der bygges således på en opfattelse af, at viden om sygdommen og indsigt i behandlingen heraf, kan føre til en mere hensigtsmæssig mestrning af symptomer, og dermed skabe vejen for en bedre prognose (Nordentoft, 2014, p.9ff).

Baggrund for psykoedukation

Tidligere herskede en opfattelse af, at patienter med alvorlige lidelser som kræft og skizofreni skulle skånes for viden om diagnose, ætiologi, prognose og behandlingsmuligheder. I dag er opfattelsen en anden, og det er et ankerkendt behandlingstiltag, når patienter informeres om sygdommen og dennes facetter (Gouliav & Vind, 1998, 1998, p.248). Baseret på erfaring med undervisning af patientgrupper med kronisk somatiske sygdomme, som diabetes, begyndte man i 1970'erne, at anvende psykoedukation i behandlingen af patienter med skizofreni (Hecksher & Skanning, 2005, p.296). I psykiatrisk regi blev metoden udviklet med intentionen om at bedre samarbejdet omkring medicinindtagelse, og derved opretholde medicinsk kompliance ved bl.a. at undervise i medicinadministrering og effekt, herunder konsekvenser forbundet til uregelmæssig medicinering (Gouliav & Vind, 1998, 1998, p.249). Senere udviklede man interventionen, der i dag indeholder flere forskellige sygdomsaspekter, som kan influere på patientens daglige virke (Hecksher & Skanning, 2005, p.296/ Nordentoft et. al., 2002, p.102). Psykoedukation anvendes i dag også i behandlingen af lidelser som angst og depression (Hecksher & Skanning, 2005., p.297), samt til pårørende, hvor målet er at støtte patienten i behandling samt undgå, at pårørende forstærker uhensigtsmæssige handlemønstre (Nordentoft et. al., 2002, p.102). En stor del af det psykoedukative arbejde handler således også om, at *"(...) motivere patien-*

ten og pårørende til aktiv deltagelse i behandlingen af sygdommen og forebyggelse af tilbagefald.” (Hecksher & Skanning, 2005, p.297). Som en måde at håndtere de ændrede livsvilkår, der følger af en lidelse som skizofreni, vil mange søge efter forklaring og strategier til sygdommen, hvilket kan være en barriere for en effektiv behandling (Kjær, 2014, p.131; Hecksher & Skanning, 2005, p.297). På den baggrund er det relevant for den fagprofessionelle, i samarbejde med patienten at arbejde på forståelse, håndtering og accept af sygdommen, hvortil et middel kan være psykoedukation (Kjær, 2014, p.131).

Psykoedukation, som en integreret del af behandlingsindsatsen til patienter med skizofreni, har siden 2004 været en anbefaling i Sundhedsstyrelsen Referenceprogram for skizofreni (NIP, 2004, p.12). Anbefalingen baseres blandt andet på et Cochrane-review, der dokumenterer en god effekt ved manualbaseret psykoedukation som forebyggende, i forhold til tilbagefald, i op til 18 måneder efter påbegyndt behandling (Pekkala og Merinder, 2000). I NIP refereres der endvidere til en meta-analyse fra 2007, som slutter, at den største effekt ses ved psykoedukation, hvor pårørende inddrages frem for psykoedukation af patienterne alene (NIP, 2014, p.21). Derfor er det interessant, at psykoedukation af patienter er den mest udbredte metode i praksis (ibid.).

Manualbaseret psykoedukation

Fokus i indeværende speciale er, psykoedukation af patienter med skizofreni i grupper. De praktiske rammer for et manualbaseret gruppeforløb vil typisk indebære mellem 8-16 gange af 1-2 timers varighed, eventuelt med en pause undervejs (Hecksher & Skanning, 2005, p.303). Dette bør foregå i det samme lokale med faciliteter som fx tavle, mulighed for video m.m., i samme tidsrum og på samme ugedag hver gang, med det sigte, at patienternes fremmøde ikke påvirkes u hensigtsmæssigt af tvivl om praktiske forhold (Kjær, 2014, p.133f). Det fremhæves, at der bør være to undervisere til stede ved psykoedukationen, hvoraf den ene har en gennemgående rolle som underviser, mens den anden har fokus på elementer som gruppedynamik (ibid.). En anbefaling er, at der kan tages udgangspunkt i slides med centrale begreber eller vigtigt pointer, men med fokus på, at undervisningen ikke bliver kedelig. Det skriftlige materiale kan udleveres fra gang til gang, så patienterne kan kigge på det efter-

følgende (ibid., p.134f). Det beskrives som oplagt, at involvere eksterne undervisere, som kan inviteres ind og belyse emner ud fra specifik faglig viden (ibid.).

Undervisningsformen er kendetegnet ved en struktur med på forhånd fastlagte temaer (Nordentoft et. al., 2002, p.103). Det være sig temaer som diagnose, symptomatologi, prognose, behandling, medicin, tilbagefaldsforebyggelse, mestringsstrategier samt orientering om sociale og økonomiske forhold med relevans for sygdommen (Gouliav & Vind, 1998, p.250f; Nordentoft et. al., 2002, p.105; Hecksher & Skanning, 2005, p.297f). Desuden undervises der i konsekvenser forbundet til kognitive vanskeligheder, som besvær med vedvarende opmærksomhed, indlæringsvanskeligheder og hukommelsesbesvær, der er nogle af de udfordringer, som kan ses hos målgruppen (Lundbeck, UD, p.4.2).

Det beskrives, at psykoedukationen af patienter med skizofreni medfører særlige udfordringer, der blandt andet er forbundet til føromtalt kognitive vanskeligheder. Underviseren må derfor tage visse forholdsregler, som præcist og konkret sprogbrug, gentagelser, opfølgende spørgsmål og medfølgende skriftligt materiale. Desuden kan undervisningen kompliceres yderligere af manglende erkendelse af sygdommen og dermed behov for behandling, hvorfor indholdet i psykoedukation ikke opleves relevant. Det er derfor væsentligt, at undervisningsformen er interaktiv og forsøger at relatere undervisningsmaterialet til patienternes perspektiver (Gouliav & Vind, 1998, p.252f). Derudover bør et gennemgående fokus være, at underviseren søger at motivere patienterne til at indgå i en behandlingsalliance og derved tage aktiv del i egen behandling (Lundbeck, UD, p.2.2).

Som udgangspunkt bør den manualbaserede psykoedukative intervention tilbydes til alle patienter med skizofreni, hvad enten det er som individuelle samtaler eller i gruppeforløb (Gouliav & Vind, 1998, p.250). Hvornår dette tilbydes afhænger af patientens tilstand, og ifølge McGorry (1995) er der en sammenhæng mellem tilstand og modtagelighed i forbindelse med psykoedukationen (Gouliav & Vind, 1998, p.251). Det er således en del af behandlerens opgave at vurdere, hvornår patienten kan profitere ved at deltage i et psykoedukativt forløb. Dét ud fra en opfattelse af, at patienten er mest modtagelig i det, der betegnes *integrationsfasen*: ”(...) hvor patienten arbejder med at opbygge et nyt verdensbillede, der tager hensyn til sygdommen” (Nordentoft et. al., 2002, p.103). Integrationsfasen følger efter en mere akut fase med

sygdomsfor nægtelse og modtand med eksterne forklaringer, hvorfor den psykoedukative intervention ikke fremstår relevant på det tidspunkt. Patienter der af forskellige årsager (medicin, angst etc.) ikke er i stand til at indgå i et gruppeforløb, kan tilbydes individuel psykoedukation (ibid., p.103f). Det beskrives, at patienterne, ved at indgå i gruppeforløb, vil få mulighed for at drage nytte af de øvrige deltagers erfaringer, og at et gruppeforløbet er ressourcebesparende (Kjær, 2014, p.132).

Skizofreni

I dette afsnit redegøres for skizofreni med udgangspunkt i klassifikationssystemet ICD-10. Skizofreni betragtes som en af de mest invaliderende psykiatriske diagnoser, hvis symptomer kan have store funktionelle konsekvenser for patientens daglige virke (Nordentoft et. al., 2002, p.15). Tillige er diagnosen forbundet med stigmatiserende fordomme i forhold til den syge. Det være sig fordomme som, at de er farlig for deres omgivelser eller at lidelsen forveksles med personlighedsspaltning eller at diagnosen opfattes som kronisk (ibid.). I dag ved man, at diagnosen kun er kronisk for et mindretal, og at sygdomsforløb og prognose kan påvirkes betydeligt ved en tidlig behandlingsindsats. I Referenceprogram for skizofreni (2004) fremgår det, at *"I tidligere opfølgningsundersøgelser af debuterende skizofreni har man fundet at 25-30% har et godt forløb med næsten komplet remission, 50% har et moderat forløb med intermitterende symptomer, og 20-25% har kroniske symptomer."* (ibid, p.13). Der er således kun tale om et kronisk forløb for en mindre del af patientgruppen, mens en større del har behov for en langvarig behandlingsindsats (ibid.) Skizofreni, som diagnose, stilles ved opfyldelse af bestemte kriterier i klassifikationssystemet ICD-10 (Gouliav & Vind, 1998, 1998, p.9). For at skizofreni kan diagnosticeres i henhold til disse kriterier, må symptomerne have været tilstede i et tidsperspektiv på minimum 4 uger, ligesom organiske lidelser og primær affektiv sindslidelse må udelukkes som årsagsforklaring (NIP, 2014, p.8).

I Mindst ét førsterangssymptom eller vedvarende bizarre vrangforestillinger eller II Mindst to af følgende: • Vedvarende hallucinationer med vrangforestillinger uden affektivt indhold. • Sproglige tankeforstyrrelser. • Kataton adfærd. • Negative symptomer. III Varighed: mindst én måned. IV Udelukkes: • Primær affektiv sindslidelse (stemnings sygdom). • Organisk ætiologi (kendt hjernetraume/hjernelidelse eller fysisk sygdom, der påvirker hjernefunktionerne).	Førsterangssymptomer • Tankepåvirkningsoplevelser: · Tankefradrag · Tankeudspredning · Tankepåføring · Tankehørighed • Tredjepersons hørelses-hallucinationer: · Kommenterende stemmer · Diskuterende stemmer • Styringsoplevelser · Påførte handlinger · Påførte viljesimpulser · Påførte følelser · Legemlige påvirkningsoplevelser • Vrangagtige sansningsoplevelser	Bizarre vrangforestillinger Vrangforestillingens indhold er åbenlyst absurd, fuldstændig umuligt eller højst usandsynligt og kulturelt uacceptabelt. Negative symptomer • Træghed • Sløvhed • Affektaffladning • Initiativløshed • Passivitet • Sprogfattigdom • Kontaktføringelse • Manglende fremdrift • Tom eller formålsløs adfærd • Indsynken i sig selv • Social tilbagetrækning
---	--	--

Nordentoft et al., 2002, p.15

En høj intern divergens i symptomprofil, forløb og prognose vanskeliggør forståelsen af skizofreni som en homogen lidelse (Gurd et al., 2010, p.682; Gouliav & Vind, 1998, 1998, p.15). Der er dog en erkendelse af, at mange patienter oplever et fald i det kognitive funktionsniveau i forbindelse med sygdomsdebut, der går på tværs af øvrige symptomer og sygdomsforløb (NIP, 2014, p.13; Gurd et al., 2010, p.705). I mange tilfælde har patienter med diagnosen også været påvirket af de kognitive vanskeligheder præmorbid (Nordentoft, 2014, p.14), og undersøgelser viser ifølge Referenceprogrammet for skizofreni (2004), at der kan ses kognitive forstyrrelser i op til fem år for psykoseudbrud (ibid., p.20). Sammenholdt med, at det typisk er sygdomsdebut i de tidlige voksne år, er blandt årsagerne til at skizofreni oprindeligt blev kaldt ungdomssløvsind (Gouliav & Vind, 1998, p.9).

Kognitive vanskeligheder

I forbindelse med etableringen af NIP i 2003 kom der fokus på det kognitive aspekt af sygdommen. I dag anbefales det, at det kognitive funktionsniveau udredes i forbindelse med sygdomsdebut, idet konsekvenser af kognitive vanskeligheder kan have afgørende betydning for patientens prognose og muligheder for at profitere af psykosociale behandlingstiltag, som psykoedukation (Christensen & Wiwe, 2004p.18). (Christensen et al., 2014, p.242). Det estimeres, at: *”Mellem 75-80 % af patienterne har betydelige kognitive forstyrrelser inden for flere domæner, mens ca. 90 % har forstyrrelser indenfor mindst et domæne.”* (NIP, 2014). De kognitive vanskeligheder kan ikke forbindes til ét specifikt domæne, men i særlig grad til tre områder, der gennemgående er afficeret: Opmærksomhed, eksekutive funktioner og hukommelse (Gurd et al., 2000, p.704f).

Afficeret opmærksomhedsfunktionen betyder, at patientgruppen oplever vanskeligheder ved opgaver, der fordrer vedvarende opmærksomhed (Christensen, 2006, p.78). Studier, hvor patienter med skizofreni sammenlignes med raske testpersoner på reaktionstid ved Continuous Performance Test (CPT), viser en generel længere reaktionstid (ibid.). I hverdagssammenhænge har det den betydning, at det for patienterne fx kan være svært at følge med i samtaler, fordi forstyrrelser i opmærksomheden fører til, at patienten distraheres og optages af andre ting eller egne tanker (Christensen et al., 2014, p.243ff). Opmærksomhed er en basal kognitiv funktion, hvilket betyder at forstyrrelser på dette område indvirker på de øvrige kognitive funktioner, som indlæringssevnen (Christensen et al., 2014, p.243ff).

Eksekutive funktioner indebærer forskellige, men relaterede kognitive funktioner, der vedrører evnen at planlægge og strukturere, initiativtagning og udførelse af handling (Nordentoft, 2014, p.243). Studier, hvor patienter med skizofreni testes med Wisconsin Card Sorting Test (WCST), viser, at de, sammenlignet med raske kontrolpersoner, klarer sig markant dårligere (Christensen, 2006, p.82f) Vanskeligheder på dette område kommer til udtryk ved en svækket evne at løse dagligdagsudfordring eller tilpasse sig/adfærd til skiftende omstændigheder (Gurd et al., 2010, p.708f).

En meta-analyse af 70 undersøgelser viser, at hukommelsesfunktionen også er et af de kognitive områder, der er mest markant afficeret hos patienter med skizofreni (Christensen, 2006, p.79). Her påvises det, blandt andet, at der i forhold til

langtidshukommelsen ses en mindre, men statistisksignifikant, reduktion i genkaldeshukommelsen hos patienter med skizofreni sammenlignet med raske kontrolpersoner. I forhold til genkaldeshukommelsen ses der en markant reduktion hos patienterne med skizofreni sammenlignet med de raske kontrolpersoner (ibid.). Studiet viser desuden, at arbejdshukommelsen¹ tillige er lavere fungerende, vil kan komme til udtryk ved besvær med at fastholde og bearbejde informationer. Samlet indikerer dette, at der hos patientgruppen ses markante vanskeligheder med indkodning og genfinding, der kan være relateret til vanskeligheder med organisering af information, som er involveret i indlærings- og genkaldelsesevnen (ibid.). Derudover viser studier, at patientgruppen er afficeret på den verbale hukommelse (Christensen & Wiwe, 2004, p. 18).

Sværhedsgraden af kognitive vanskeligheder hos patienter med skizofreni varierer i omfang og betydning (Gurd et al., 2010, p.704.). Det er først indenfor de sidste 15 år, at skizofrenilidelse systematisk udredes for kognitive dysfunktioner (Christensen, 2006, p.1), og der er endnu ikke etableret nogen systematisk behandling af disse i psykiatrisk regi i Danmark (Christensen et al., 2014, p.242).

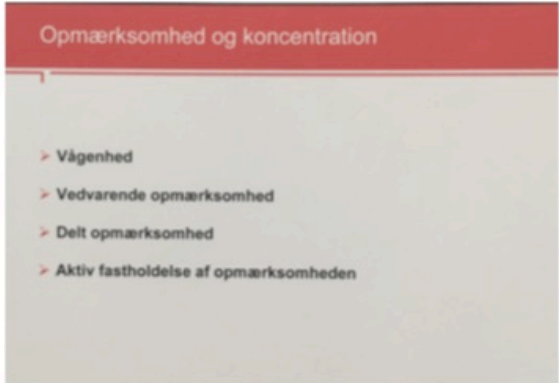
Manualbaseret psykoedukation til patienter med skizofreni

Ovenfor er undervisningsformen og de praktiske rammer for manualbaseret psykoedukation beskrevet, ligesom der har været en gennemgang af skizofreni diagnosen I ICD-10, med fokus på afficerede kognitive funktioner, der kan relateres til sygdommen. I følgende afsnit sammenholdes disse med henblik på at anskueliggøre, hvilket forhold der kan ses mellem de kognitive vanskeligheder, som associeres med patientgruppen, og de kognitive evner, der fordres i forhold til at profitere af undervisningsformen i det manualbaserede forløb.

Det overordnede mål med psykoedukation, hvor patienter gennem viden om sygdommen og sygdomsrelaterede aspekter opnår et kvalificeret grundlag for udvikling af hensigtsmæssige copingstrategier, som en del af behandlingsforløbet/ behandlings-

¹ I meta-analysen kun undersøgt ved talspændvidde test (Christensen, 2006, p.79)

tilbuddet, fremstår yderst relevant. Hensigten i denne afhandling er således ikke, at rejse spørgsmålstegn ved psykoedukation, som en del af behandlingsindsatsen, men derimod at have en undersøgende tilgang til undervisningen af patienter med skizofreni, der er påvirket på specifikke områder, som kan komplicere læringsudbyttet af undervisningsformen i den manualbaserede psykoedukation. Ud fra fremlagte forskningsbaserede betragtninger om skizofreni, fremstår det fx som et paradoks, at gruppen undervises i kognitive vanskeligheder forbundet til sygdommen, ud fra rammer og teknikker, der fordrer selvsamme kognitive funktioner. Følgende illustration er eksempler fra manualen *Psykoedukation om kognitive forstyrrelser – til patienter med skizofreni og deres pårørende* (Lundbeck, UD):

I beskrivelsen af de kognitive vanskeligheder til behandleren, skrives der i manualen om opmærksomhedsfunktionen, at: <i>"Koncentrationsvanskeligheder kan bevirke, at udbyttet af samtaleterapi bliver mindre, fordi patienten ikke kan bearbejde den information han får, og ikke kan fastholde opmærksomheden i den tid, samtalen varer."</i> (Lundbeck, UD, p.4.3)	 (Slides fra Lundbeck, UD)
I beskrivelsen af de kognitive vanskeligheder til behandleren skrives der endvidere også i manualen vedrørende indlæring og hukommelse, at: <i>"En reduceret evne til at indlære og huske verbal information har afgørende betydning for, hvordan man fungerer på arbejdsmarkedet. For eksempel er det vanskeligt at fastholde et arbejde, hvis man ikke kan lære kollegernes navne og ikke kan huske, hvordan computere og andre maskiner skal betjenes, selvom man har læst manualen flere gange."</i> (Lundbeck, UD, p.4.3)	 (Slides fra Lundbeck, UD)

Som eksemplet viser bliver modsætningsforholdet iøjnefaldende, når der undervises med udgangspunkt i metoder, der fordrer nogle af de vanskeligheder, der undervises i. I eksemplet bindes de kognitive vanskeligheder op på udfordringer relateret til hverdagsaktivitet, men i følgende vil vanskelighederne også knyttes til udfordringer i

traditionelle undervisningssammenhæng.

I praksis foregår den manualbaserede psykoedukation ved 1-2 timers undervisning med en pause cirka halvvejs, hvilket antageligt ikke harmonerer så godt med en svækket evne til at fastholde opmærksomheden. For patienter med sådanne udfordringer kan 1 time, der fordrer fokus på det samme, være lang tid, og den kan antages at have stor betydning for læringsudbyttet, hvis patienterne ikke er i stand til at holde vedvarende opmærksomhed på undervisningen. Det er især problematisk, idet sigtet med psykoedukationen er, at patienterne opnår øget viden på en række sygdomsrelaterede områder. I den manualbaserede tilgang efterstræbes det dog, at der tages hensyn til vanskeligheder med opmærksomhedsfunktionen gennem gentagelser, opfølgende spørgsmål samt efterfølgende udlevering af skriftligt materiale, indeholdende sessionens hovedpointer. Det kan betragtes som et relevant hensyn til de kognitive udfordringer, idet patienterne således gives flere muligheder for at opfange centrale pointer i undervisningen.

I forhold til selve undervisningsformen, der ofte tager afsæt i slides med centrale begreber, kan der se ud til at være flere problematikker i forhold til målgruppen. Som tidligere beskrevet ses der en reduceret evne til at indlære og huske verbal information, hvorfor det virker paradoksalt, at psykoedukationen udgøres hovedsagligt af verbale informationer. Ligeledes kan skizofreni diagnosen være forbundet med nedsat arbejdshukommelse, samt markant afficeret genkaldelsesevne, hvilket også kan komplicere indlæringen betydeligt. Igen kan gentagelser både mundtligt og skriftligt være en kompensationsstrategi, men det kan virke påfaldende, at der ikke anvendes mindre traditionelle undervisningsmetoder, der på anden vis kan tage højde for omtalte vanskeligheder.

Udover kognitive vanskeligheder kan også negative symptomer, der kendetegner sygdommen, have konsekvenser for patienternes muligheder for at profitere af psykoedukationen. Det drejer sig om symptomer som initiativløshed, passivitet og sprogfattigdom, der manifesterer sig ved manglende samtaleformåen, som følge af stærkt reduceret tale og ordstrøm ved samtale (Nordentoft et al., 2002, p.14f). Ligeledes i forhold til social tilbagetrækning, der resulterer i mindsket interesse og initiativ ved sociale sammenhænge. Dette udfordrer således den intenderede interaktive

undervisningsform, der kan lide voldsomt under patienternes manglende sociale formåen og ringe sociale færdigheder.

Opsummerende kan det siges, at det, som nævnt, ikke er selve *målet* med den psykoedukative intervention, men derimod *midlet* til at nå dette mål, der i følgende case-studie er genstand for undersøgelse.

Nyere behandlingstendenser

For belysning af casen, og den psykoedukation, der udspiller sig her, har det vist sig relevant at inddrage perspektiver som *Brugerinddragelse* og *Recovery-mentor*, der vil blive gennemgået i følgende afsnit. Begge kan beskrives som forholdsvis nye behandlingstiltag, der indfanger nogle af de udfordringer, som man står overfor i psykiatrisk regi i dag.

Brugerinddragelse

Brugerinddragelse er en af de store tendenser, der lige nu præger og breder sig i store dele af sundhedssektoren (Videnscenter for brugerinddragelse i sundhedsvæsenet, UD, p.2). En grundlæggende holdning i Psykiatriplanen (2015-2020) er, at behandlingen i psykiatrien skal tilrettelægges som et samarbejde mellem bruger, der er ekspert i eget liv, og det sundhedsfaglige personale, som fageksperter (ibid., p.44). *Bruger* henviser til patienter og pårørende, der fx benytter sig af – eller er pårørende til patienter i behandling - et behandlingstilbud i psykiatrisk regi (Socialministeriet & Finansministeriet, 2002, p.5). Brugerinddragelse handler, som antydning, om at inddrage patienternes viden og behov for at skabe det mest optimale behandlingstilbud (VIBIS, 2015). Der lægges således op til en ændring i relationen mellem borgeren og den offentlige instans, som fordres af ændringer i de krav, der stilles til det offentlige system, hvor borgeren vil have en stemme (ibid., p.7). I Psykiatriplanen peges der på, at brugerinddragelse kan influere positivt på patientens motivation, hvilket således kan føre til øget behandlingsudbytte (Psykiatriplan, 2015-2020, p.44f). Dette gennem et øget indblik i brugerens liv, behov og ønsker samt ved det engagement, der kan genereres, når patienten inddrages mere aktivt i egen behandling (Socialministeriet & Finansministeriet, 2002, p.8).

Der findes forskellige definitioner af brugerinddragelse. Af VIBIS defineres brugerinddragelse på flere niveauer, herunder som individuel, organisatorisk- eller pårørende brugerinddragelse, der alle kan ske ved forskellige metoder (VIBIS, 2015). Brugere kan inddrages i spørgsmål, der umiddelbart vedrører dem selv eller i mere generelt, som en del af planlægningen eller evalueringen af serviceydelser (Socialministeriet & Finansministeriet, 2002, p.7). Pårørende kan ligeledes inddrages mere specifikt i brugerens behandlingsforløb eller som en del af den organisatoriske kvalitetsudvikling (VIBIS, 2015). Den individuelle brugerinddragelse, der vedrører inddragelse af patienten i eget forløb i samarbejdet med behandleren, kan styrkes ved brug af forskellige metoder. Det drejer sig om *fælles beslutningstagen*, hvor behandleren og patienten gennem åben dialog udveksler viden, hvorudfra der i fællesskab træffes beslutninger om det videre forløb (VIBIS, 2015). En anden metode er *brugerstyret behandling*, hvor der i samarbejdet træffes aftaler fx om tidspunkter for kontroller og indlæggelser (ibid.). Den organisatoriske brugerinddragelse, som indebærer, at patienterne inddrages i kvalitetsudviklingen af sundhedsvæsenet, fx ved at inddrage brugere i udvikling og evalueringer af behandlingstiltag. Herved kan brugernes behov og ønsker inddrages i nye initiativer (ibid.).

I Social- og Finansministeriets *Web-håndbog om brugerinddragelse* (2002) skelnes der mellem; *Brugerdeltagelse*, hvor brugeren giver viden til benyttelse for det offentlige. *Brugerinddragelse*, der betyder, at brugeren involveres i forhold til at finde frem til problemstillinger, udvikling af nye initiativer eller indgå i evalueringen af forskellige behandlingsindsatser. *Brugerindflydelse*, hvor brugeren er medbestemmende i forhold til kvalitetsudviklingen af forløb og mål. Sidst er *Brugerstyring*, der indebærer, at brugeren har en ledende rolle i forhold til rammesætning af behandlingsforløbet (ibid., p.9). I samme håndbog beskrives det desuden, at der foreligger en intention om, at brugerinddragelse på sigt involveres yderligere på et organisatorisk niveau i udviklingen og tilrettelæggelsen af fremtidige serviceydelser (ibid., p.8.).

Som det fremgår er der små differencer i definitionerne. VIBIS's organisatoriske brugerinddragelse indeholde elementer fra både brugerinddragelse og brugerindflydelse ud fra *Web-håndbog om brugerinddragelse's* definitioner (VIBIS; Socialministeriet & Finansministeriet, 2002, p.8). Også i forhold til brugerstyring, gælder det, at der ses en forskel, idet begrebet ifølge VIBIS's definition involverer et samarbejde,

mens patienten i *Web-håndbog om brugerinddragelse*'s definition har en selvbestemmende rolle.²

Recovery-mentor

En anden af de tendenser, der lige nu præger sundhedsvæsenet er Recovery-mentor. Dette projekt er en del af en lang række peerstøtte-projekter, der alle arbejder ud fra en antagelse om, at tidligere brugere af psykiatrien kan tilføre relevante kompetencer til behandlingspsykiatrien baseret på egne erfaringer og oplevelser i samme regi (Johansen, 2016, p1.). En antagelse er således, at nogle af de væsentligste indsigter i forhold til, hvad der kan flytte psykiatriske patienter i en positiv retning, kommer fra ligesindede. Tiltaget responderer på flere af sundhedssektorens udfordringer, både på et politisk plan, men det beskrives også som et tiltag, der appellerer til tidligere brugere (ibid, p.2).

En Recovery-mentor er en tidligere patient, der ansættes i en lønnet stilling i psykiatrien, og som arbejder en-til-en med i patienten i en periode. Projektet er etableret af en tidligere bruger, der beskriver motivationen bag projektet, som et resultat af en opfattelse om: *”At personer, der selv har gennemgået forskellige former for psykisk lidelse, sidder inde med en viden om sygdom og recovery, som er uvurderlig både for den, der selv er indlagt, og for den, der er ansat til at behandle vedkommende.”* (ibid.). Som det fremgår af citatet, og betegnelsen, er recovery, en betydende del af tiltaget. Der arbejdes ud fra en betragtning om, at det er mentorens livserfaringer under sygdom og recovery, der er i centrum. Fokus er på de forhold, som har ført til bedring og ikke på spørgsmålet om at være syg eller rask, der ikke betragtes som et mål i sig selv (ibid.). Recovery sidestilles i stedet med det at komme sig, og opfattes som en fortløbende proces, der tegner: *”(...) billedet af dig i dit liv, og ikke af dig med din sygdom.”* (ibid.). Målet, og tanken bag recovery-mentor projektet, er således, at patienten i relationen til en tidligere patient – eller en patient, der er nået længere i processen med recovery – bliver klogere på sin sygdom, og de kon-

² Her finder jeg det relevant at nævne, at der naturligvis altid er tale om selvbestemmelse i forhold til patienter, der ikke er indlagt ved tvang. Her skal det således forstås i forhold til det udgangspunkt, der ligger i forhold til behandlingen, der altid skal foregå med patientens samtykke.

(<http://www.sum.dk/Sundhed/Psykiatri/Psykiatriloven.aspx>)

sekvenser, som følger af denne. Herved får patienten et andet udgangspunkt for at mestre sygdom og symptomer i dagligdagen (ibid.).

Metode

Følgende afsnit indeholder en gennemgang af afhandlingens metodologiske fremgangsmåde. Afsnittet er struktureret ud fra metodiske delelementer, herunder forskningsstrategi, design, analysefremgangsmåde samt overvejelser vedrørende etik. Afslutningsvis gennemgås overvejelser vedrørende reliabilitet, validitet og generaliserbarhed.

Forskningsstrategi

Indeværende speciale er baseret på en forskningsstrategi, hvor foregående teoriafsnit danner afsættet for en empirisk undersøgelse, i form af et casestudie af psykoedukation for patienter med skizofreni. Som disciplin beskæftiger casestudiet sig med konkrete og praktiske aspekter af et givet fænomen, og som forskningsstrategi indebærer det studiet af et udvalgt fænomen i sin naturlige kontekst, belyst ved flere datakilder (Ramian, 2010, p.15f). Denne afhandling placerer sig som et enkeltstående singlescascasestudie, idet undersøgelsen beskæftiger sig med et, efter min overbevisning, enestående behandlingsforløb. Datakilderne udgøres af et semistruktureret interview, et gruppeinterview samt deltagerobservation, og kan således bidrage til belysning af fænomenet fra forskellige perspektiver (Ramian, 2010, p.82).

Med casestudiet som forskningsstrategi følger en fleksibel tilgang, der muliggør, at undersøgelsen justeres som konsekvens af de indsigter og forståelser, der opnås undervejs (Ramian, 2010, pp.23;26). For indeværende speciale har det medført, at opgavens form er tilpasset undervejs, da det, i forbindelse med det interviewet med behandleren, som fremadrettet kaldes Lone, blev klart for mig, at *casen* i casestudiet var anderledes end først antaget. Med det menes, at det oprindeligt var hensigten at casestudiet, i forlængelse af det teoretiske afsnit, ville udfolde den beskrevne, mere klassiske, måde at lave psykoedukation på. I stedet blev mit casestudie en undersøgelse af en psykoedukativ intervention, hvis praksis viste sig at være anderledes end, jeg havde antaget. Min antagelse var baseret på erfaringer med psykoedukationen i det samme behandlingstilbud to år tidligere, hvor jeg var praktikant.

Psykoedukationen viste sig således, at adskille sig fra den manualbaserede forløb på flere fronter, hvilket gjorde det endnu mere interessant at uddrage erfaringer og oplevelser fra forløbet, så både involverede samt udenforstående kan få mulighed for at drage nytte heraf. Sigtet med indeværende casestudie er således, at producere input: ”(...) *til den løbende sociale dialog og praksis i et samfund snarere end at generere endelig utvetydig viden.*” (Kvale & Brinkmann, 2009, p.284).

Med udgangspunkt i disse refleksioner er det min hensigt følgende at udlægge metodologiske overvejelser, der løbende har været fremtrædende i arbejdet med udformningen af forskningsdesignet samt ved indsamlingen og bearbejdningen af det empiriske materiale. Centralt for disse overvejelser er først og fremmest spørgsmålet om adgang til fænomenet (Ramian, 2010, p.22).

Adgang

I følgende afsnit tages der udgangspunkt i en forståelse af adgang til fænomenet, som vedvarende sociale forhandlinger af omskiftelige positioner, og hvor man som forsker er medskaber af den virkelighed, man indtræder i (Matthiesen, 2014, p.170ff; Kragelund, 2007, p.72). Dette er i opposition til en betragtning, hvor adgang opfattes som statisk, afhængende af en gatekeeper, der én kan formidle adgang til et givet undersøgelsesområde (Feldman et al.p.56). Dermed ikke sagt, at brugen af en gatekeeper ikke er forenelig med en opfattelse af adgang, som dynamisk og vedvarende forhandling. For denne afhandling gælder det fx, at kontakten til en gatekeeper – i dette tilfælde Lone - antageligt har givet mig et betydeligt forspring i processen om adgang til et felt, der involverer svært syge psykiatriske patienter, men at forhandlingen om adgang er fortsat længe efter første kontakt. Et eksempel herpå er, at gruppeinterviewet blev udsat gentagende gange af forskellige årsager, herunder patient(er) med akut sygdomsforværring eller tid i Lones kalender.

I forbindelse med den fortløbende refleksion over de positioner, jeg har fundet mig selv i undervejs i processen, har jeg valgt at drage nytte af begrebet *forskerposition*. Som begrebet indikerer, handler det om forskerens position i forhold til såvel respondenterne som konteksten for casestudiet. Forskerpositionen vil påvirkes af en række faktorer, som forskerens kendskab til området samt involverede personligheder, og med begrebet arbejdes der i et spektrum fra ukendt (outsider) til en inte-

greret del af sammenhængen (insider) (Kragelund, 2007, p.72).). Der har for mig, som forsker, været fortløbende refleksioner over de forskellige faktorer, som har influeret på den viden, jeg har fået adgang til. Det er min overbevisning, at de kontinuerlige forhandlinger om adgang til feltet gennem forskellige positioner - i mødet med feltet, samtaler med behandler og patienter - giver mulighed for kontekstualisering af det indsamlede empiriske materiale (Kragelund, 2007).

Forskningsdesign

Det metodologiske udgangspunkt i nærværende speciale er kvalitativt. Ifølge Brinkmann & Tanggaard (2010, p.17f) er kvalitativ forskning blandt andet karakteriseret ved en interesse for at forstå et givet fænomen gennem menneskelige erfaringsprocesser og oplevelsesverden. Beslutningen om metode tager udgangspunkt i case-studiet som forskningsstrategi (Ramian, 2010, p.23). For at opnå indblik i, hvad der er karakteriserende for den unikke case, udgøres det empiriske materiale blandt andet af et interview med en behandler, med det sigte, at undersøge tilrettelæggelsen af psykoedukationen samt hvilke tanker, der ligger til grund herfor. Dertil er der lavet et gruppeinterview med 2 patienter, hvor også Lone er præsent ud fra en tanke om tillid ift. patientgruppen. Her er målet at undersøge, hvordan patienterne oplever psykoedukationen. Supplerende har jeg lavet observation i forbindelse med 1 session, med henblik på at understøtte en kontekstuel forståelse af de subjektive udsagn.

Det empiriske materiale

For denne afhandling udgøres det kvalitative forskningsdesign af en kombination af forskellige datakilder, hvilket giver mulighed for at undersøge casen fra flere perspektiver, og sigtet er således, at: *"(...) de forskellige datakilder kan underbygge de samme konklusioner."* (Ramian, 2010, p.26). Det har af samme årsag været et ønske, at samtlige undersøgelser af aspekter vedrørende psykoedukationen skulle gennemføres i de rammer, hvor den også afvikles, ud fra en betragtning om, at studiet af fænomenet *også* er studiet af den kontekst, hvori fænomenet eksisterer (ibid., p.25).

Interview som metode

Interviewet betragtes som en subjektiv teknik, hvis sociale praksis influeres af kontekstuelle forhold, som interaktionen mellem interviewer og interviewpersoner, men

også som historisk og kulturelt afhængigt (Brinkmann & Tanggaard, 2010, p.30). I indeværende undersøgelse er det opfattelsen, at interviewet ikke fører til upåvirkede svar fra informanten, men at bestemte spørgsmål medkonstruerer bestemte svar, og at interaktionen er altafgørende for den viden, der opnås adgang til (ibid.). Det er altså et vilkår, at: *”Den viden, der produceres i et forskningsinterview, konstitueres af selve samspillet i den særlige situation, der er skabt mellem en interviewer og en interviewperson. Med en anden interviewer kan der skabes en anden interaktion og produceres en anden viden.”* (Kvale & Brinkmann, 2009, p.50). På den baggrund er det relevant at reflektere over relationerne til informanterne, og hvad disse kan have betydet for udfaldet (Brinkmann & Tanggaard, 2010, p.33). Det vil blive diskuteret i specialets metodiske diskussion.

Ifølge Kvale og Brinkmann (2009, p.100) kan det kvalitative forskningsinterview betragtes som et håndværk, hvor kvaliteten af det empiriske materiale kan ses som funktion af forskerens færdigheder som interviewer. Færdigheder, der rækker ud over metodologisk kendskab, som teoretisk viden om fænomenet, i forhold til den løbende opfølgning på informantens svar (ibid.), evnen til at lytte og holde pauser eller som personlige færdigheder, eksempelvis evnen til at etablere en god kontakt (ibid, p.102). Færdigheder der erhverves ved praksis erfaring, og som med tiden udvikler sig til en evne til at praktisere det kvalitative forskningsinterview, som et håndværk (ibid.). Følgende afsnit har til formål at beskrive de anvendte metoder mere indgående.

Det semistrukturerede interview

Interview som metode opererer i et spektrum fra strukturerede interview, med foruddefinerede spørgsmål, til (relativt) ustrukturerede interview, hvor der på forhånd er få planlagte spørgsmål, men hvor intervieweren i stedet lader sig styre af samtalen (Brinkmann & Tanggaard, 2010, p.34). Det semistrukturerede interview, som er anvendt i indeværende case, placerer sig et sted her imellem, og er således kendetegnet ved en vekselvirkning mellem foruddefinerede spørgsmål og det fleksible interviewdesign. Interviewet er med den behandler, der har stået for tilrettelæggelsen af psykoedukationsforløbet, og som også har ageret facilitator for det forløb, der er genstand for casestudiet.

Gruppeinterview

Gruppeinterviewet i denne undersøgelse placerer sig ligeledes i det semistrukturerede del af spektret (Tong et al., 2007, p.351). Det er interviewerens, der indleder gruppeinterviewet ved at præsentere det emne, der skal undersøges, og som ligeledes har ansvaret for at etablere en permissiv atmosfære for den løbende interaktion (Kvale & Brinkmann, 2009, p.17f). (Fokus)grupperinterview som metode: *"(...) is built on the notion that a group interaction encourages respondents to explore and clarify individual and shared perspectives."* (Tong et al., 2007, p.35). Det er således ikke gruppens opgave, at nå til en fælles overbevisning eller at fremlægge eventuelle løsninger på de foreliggende problemstillinger (Kvale & Brinkmann, 2009, p.170). Denne interviewform ses ofte i forbindelse med eksplorative undersøgelser af nye områder eller evalueringer af fx behandlingsforløb (ibid., :Tong et al., 2007, p.351). For indværende afhandling fungerer gruppeinterviewet som en evaluering af det (netop afsluttede) psykoedukationsforløb, og gruppen er således bestående af patienter i behandlingsforløb samt førertalte behandlere. Valget af gruppeinterview, som grundlag for patient-perspektivet, er baseret på antagelsen om, at metodens styrker ligger i interaktionen med flere ligesindede, hvilket kan agere motivator til spontan deling af meninger i gruppen (Kvale & Brinkmann, 2009, p. 108). Dertil var det mit håb, at en gruppe, hvor personerne i forvejen kendte hinanden, ville medføre, at der fra start var en vis form for ro og tryghed i situationen. Modsat kan det være interessant, at reflektere over mulige ulemper ved denne metode. En kendt risiko er fx, at de deltagende tilbageholder tilkendegivelser vedrørende deres oplevelser og meninger, af frygt for hvordan disse modtages eller opfattes af de øvrige deltagere (Kvale & Brinkmann, 2009, p.108). Lones tilstedeværelse kan ligeledes have ført til tilbageholdelse af eventuel kritik af frygt for eventuelt at skuffe hende.

Interviewguide

Begge interview er udført med udgangspunkt i en interviewguide, der er formet ud fra min praktiske og teoretiske forforståelse. Forskerens forforståelse kan betragtes som et uundgåeligt vilkår i arbejdet med det empiriske materiale. Forforståelsen er den viden, jeg som forsker allerede har, og som vil påvirke, og påvirkes af, den sammenhæng, jeg agerer i (Kvale & Brinkmann, 2009, p.66f). Jeg har løbende forsøgt, at gøre mig selv opmærksom på min forforståelse, for at undgå, at denne lægges ned over materialet og derved at tilgå interviewet, og den viden, der generes, åbent og undersøgende (Kvale & Brinkmann, 2009, p.48).

En åben tilgang kan således ikke partout sidestilles med en uvidende tilgang, i stedet kan forforståelsen bruges aktivt i forhold til at fokusere interviewet på det, der opfattes som væsentligt i henhold til belysning af problemformuleringen ved fx at danne grundlag for interviewguiden. (Brinkmann & Tanggaard, 2010 p.30) Foruddefinerede spørgsmål gav mig således mulighed for at opfordre respondenterne til at tale om emner, med relevans for det relativt afgrænsede område, som jeg ønskede adgang til. På samme tid gav det fleksible design plads til at have en åben og nysgerrig tilgang til deltagerens oplevelser og den mening disse tillægges (Tong et al., 2007, p.351). Interviewguiden er derfor, som nævnt, baseret på viden om, og interessen for, feltet, men med plads til at forfølge interessante beretninger (Brinkmann & Tanggaard, 2010, p.38).

I arbejdet med udfærdigelsen af begge interviewguides brugte jeg tid på at konkretisere, de områder jeg gerne ville undersøge. Spørgsmålene i guiden til Lone vedrørte således den konkrete og praktiske del af, hvordan psykoedukationen i aktuelle case er tilrettelagt, samt hvilke overvejelser, der ligger til grund herfor. I guiden til patienter var fokus på at berøre hvilke kvaliteter og eventuelle udfordringer de så i denne form for psykoedukation. I de efterfølgende interviewsituationer havde jeg fokus på, at områderne blev afdækket så indgående som muligt med henblik på det formål det empiriske materiale skulle tjene. Dertil var det også sigtet at spørgsmålene skulle foranledige en naturligt flydende samtale, hvor informanterne motiveredes til at binde det sagte op på praktiske eksempler (Kvale & Brinkmann, 2009, p.152; Brinkmann & Tanggaard, 2010, p.38f).

Konkret indeholder begge interviewguides (Bilag 1 & 2) en briefing, selve interviewet, hvor overordnede spørgsmål danner udgangspunkt for en række underspørgsmål, der er mere specifikke, og slutteligt en debriefing. Hensigten med briefing er at forberede informanten på det kommende interview samt at oplyse om praktiske forhold, som formålet med interviewet, lydoptagelsens funktion samt information og underskrivelse af informeret samtykke (Bilag 3 & 4). Efter interviewet fulgte som nævnt en debriefing, hvor respondenterne fik mulighed for at lave tilføjelser og stille spørgsmål (Kvale & Brinkmann, 2010, p.149; Brinkmann & Tanggaard, 2010, p.38).

Respondenter

Med afsæt i afhandlingens karakter som et casestudie afgrænses gruppen af respondenter til et forholdsvist lille sample. Samtlige informanter er fundet i relation til samme behandlingstilbud, hvilket betyder, at patienterne deler bestemte karakteristika, såsom at have nydiagnosticeret skizofreni, er i en aldersgruppe på 18-30 årige og er deltagere ved samme psykoedukationsforløb eller som behandler og underviser i samme forbindelse. Herved kan alle tre informanter betragtes som repræsentative for målgrupperne (Tong et al., 2007, p.352). Blandt informanterne er der repræsentanter fra både behandlingsteamet og patientgruppen, og derved perspektiver til en alsidig belysning af casen, idet det forskellige udsagn kan supplere og nuancere hinanden, ligeså som de kan være divergerende (ibid.).

Særligt inden for den kvalitative forskning er der en tilbøjelighed til, at antallet af respondenter opfattes som enten for lille eller for stort. Ifølge Kvale og Brinkmann (2009, p.133f) afhænger den relevante størrelse på samplet af undersøgelsens formål. I nærværende er formålet at undersøge den enkelte deltagers oplevelse af psykoedukationen, og således ikke at generalisere i positivistisk forstand (ibid.). Denne sontring vil blive behandlet yderligere senere. På den baggrund, og i lyset af afhandlingens omfang, udgøres samplet af 3 deltagere.

Setting

Hele det empiriske materiale er indsamlet i de rammer, hvor forløbet foregår, dels af praktiske årsager og dels på baggrund af et kendskab til patientgruppen, der ikke ønskes unødigt udfordret af uvante rammer. Rammerne er således kendte for de involverede deltagere, hvilket kan betragtes som hensigtsmæssigt for den viden, der opnås i forbindelse med dataindsamlingen. Som tidligere nævnt har det dog på samme tid ført til refleksioner over, hvordan dette kan have påvirket den genererede viden mindre hensigtsmæssigt (Tong et al., 2007, p.356). Det være sig i forhold til, at patienterne for eksempel kan få en følelse af at være på udebane, og derfor holder mere kritiske udsagn tilbage.

Observation

En mindre del af afhandlingens empiriske grundlag er baseret på deltagerobservation,

hvilket udmøntede sig ved deltagelse i to ud af ti sessioner³. Deltagerobservation er valgt ud fra en antagelse om: *"(...) at det er nødvendigt at deltage i sociale sammenhænge for at kunne opnå indsigt i dem."* (Pedersen et al, 2012, p.17), og dels for at kunne kontekstualisere materialet (Tanggaard, 2012, p.177). For mig har især sidstnævnte været aktuelt, i kraft af mine tidligere erfaringer med psykoedukationsforløb i samme behandlingstilbud, og derved søger at overkomme en uhensigtsmæssig sammenligning mellem det nye materiale, og den viden jeg har fra tidligere.

Pedersen et al. (2012) beskriver deltagerobservation som et spektrum fra passivt til aktivt deltagende (p.18f). Min deltagelse ved psykoedukationen var i sit udgangspunkt af passiv karakter, idet jeg på alle parametre trådte ind i feltet som forsker, hvilket på mange måder har været en selvfølge, da jeg naturligvis er forhindret i at deltage under de samme livsvilkår, som patientgruppen (ibid.). Af samme årsag vil en case som denne, altid give anledning til en udfordring forbundet til at nå samme dybdegående forståelse af casen fra patientperspektivet (ibid.,p.20).

I forbindelse med observationen af psykoedukationen var mit fokus, vedrørende notatføring primært beskrivende og optaget af områder, som rammer og undervisningsmetoder, der også præger interviewene (ibid., p.21). Sigtet med materialet fra deltagerobservationen er, at det skal fungere understøttende og nuancerende i forhold til den øvrige empiri. Det betyder, at jeg i analysen har brugt observationerne som en del af referencerammen for det sagte, for herigennem at se sammenhænge og inkongruens i det samlede empiriske materiale (ibid,p.183f). Følgende præsenteres tilgangen til det analytiske arbejde med det empiriske materiale.

Analysefremgangsmåde

Allerede i den indledende fase af undersøgelsen gjorde jeg mig overvejelser om, hvordan materialet skulle behandles med henblik på at frembringe resultater, der kunne belyse problemformulering (Ramian, 2010, p.113). Det ud fra en betragtning om, at det samlede materiale ikke uberørt er i stand til udrede specialets problemformulering, hvorfor analysen skal betragtes som en proces, hvor forskeren aktivt finder

³ Da jeg gik i gang, var der kun to gange tilbage, så det gav sig selv, hvor mange gange jeg fik mulighed for at være med. Det kunne have været interessant også at være med helt i starten af forløbet, med henblik på at kunne se en forandring fra start til slut.

nye sammenhænge, der kan interagere med undersøgelsens forskningsspørgsmål (Braun, V. & Clarke, V., 2006, p.80; Ramian, 2010, p.113). Følgende foreligger en beskrivelse af analyseprocessen, med det formål at skabe gennemsigtighed i den analytiske bearbejdning af afhandlingens empiriske materiale

I indeværende speciale anvendes en tematisk analyse, der beskrives som en: "(...) *flexible approach to analysing qualitative data*." (Braun, V. & Clarke, V., 2006, p.77). Mange kvalitative metoder benytter sig af temaer, som et redskab i analyseprocessen, men sådanne kan også bruges som overordnet ramme. Tilgangen tilbyder en fleksibel metodisk ramme, og i forhold til validiteten af undersøgelsens resultater, er det væsentligt, at der er transparens i forhold til fremgangsmåden, så det for læseren er tydeligt, hvordan denne er foregået (ibid., p.80). Analyse tilgangen i denne speciale kan beskrives som en teoretisk "fodret" tematisk analyse, hvilket betyder, at der løbende har været en vekselvirkning mellem data-drevet kodningsproces og teoretisk læsning af materialet. Sidstnævnte har haft den betydning, at min teoretiske viden om psykoedukation, skizofreni og brugerinddragelse er ført med ind i analyseprocessen, og herved har været med til at forme de tematiske fund.

Første skridt i arbejdet med, at strukturere det samlede materiale i temaer var transskribering af de udførte interview (Bilag 5 & 6), hvilket vil sige at det talte omdannes til skrift (Braun & Clarke, 2006, p.87). Tematisk analyse fordrer ikke en meget detaljeret transskribering, da det væsentlige er, at denne er: "(...) '*true*' to *it's original nature*." (ibid.,p.88). Ved siden af transskriberingerne blev jeg løbende opmærksom på mulige mønstre, som gik igen i og på tværs af materialet, hvilket jeg noterede til senere brug. Arbejdet med transskriptionerne og det forhåndskendskab, man som forsker, der selv har stået for indsamlingen af de empiriske materiale, får, gav således en god fornemmelse af materialet, samtidig med at det var en god metode til, at få empirien "ind under huden" på (Braun & Clarke, 2006, p.87).

Herefter startede organiseringen af data materialet ud fra kodning af tekstsegmenter, der identificerede de dele af materialet, der blev betragtet som interessante for belysningen af casen (ibid.,p.88). I denne fase arbejdede jeg ud fra et princip om så mange kodninger som muligt, for ikke at udelukke væsentlige dele af materialet, før det på ny blev set i en den større sammenhæng (ibid., p.89). De forskellige kodninger blev samlet i potentielle temaer, hvoraf nogle af dem fremstod som overordnede temaer, mens andre fremstod som relevante undertemaer (ibid.,

p.89f). Et tema indfanger noget essentielt på tværs af datamaterialet i relation til problemstillingen. Sigtet med den tematiske analysestrategi er således, at bearbejde det indsamlede empiriske materiale på en måde, så forskellige temaer danner ramme for en fortolkning af undersøgelsens resultater (ibid., p.82).

Metoden stiller ikke krav til mængden af data, der skal til for at udgøre et tema. I stedet lægges der op til, at dette afhænger af forskerens vurdering, ud fra en betragtning om, at: *"(...) the 'keyness' of a theme is not necessarily dependent on a quantifiable measures – but rather on wheter it captures something important in relations to the overall research question."* (ibid.). Der er i processen således ikke fraserteret temaer alene af den årsag, at de ikke har været gennemgående, hvis de er blevet fundet relevante set i sammenhæng med det hele materiale. Tilsammen udgør temaerne en vigtig del i beskrivelsen af psykoedukation til patienter med skizofreni, men nogle af temaerne er primært baseret på Lones udsagn. Det skyldes, at patienterne fx ikke vil have mulighed for at udtale sig om, hvilke overvejelser der er gjort i forbindelse med tilrettelæggelsen, eller hvordan rollen som underviser har ændret sig som følge af justeringer i den psykoedukative intervention. Det er i denne sammenhæng derfor ikke blevet opfattet som meningsgivende, at kræve berøring fra samtlige respondenter for dannelsen af et tema.

Analysearbejdet har desuden fungeret som en cirkulærproces i mere end en forstand. For det første har der været en cirkularitet i bevægelsen mellem identificeringen af forskellige temaer og revurderingen af disse. Det ud fra en løbende vurdering af, hvor sammenhængende og meningsfyldte temaerne var i forhold til det samlede empiriske materiale og i forhold til problemformuleringen. Dertil har arbejdet med analysen også været præget af en cirkulærbevægelse mellem for forståelse og fortolkning, hvor refleksioner over egen for forståelse har hjulpet mig i processen omkring at blive bevidst om de forudsætninger, jeg har haft i forhold til forståelsen af materialet (Kvale & Brinkmann, 2009, p.265). Det blev fx et opmærksomhedspunkt for mig undervejs, at min egen for forståelse, i form af en vis skepsis overfor den foreliggende manualbaserede psykoedukation kunne gøre mig ekstra positivt stillet over for justeringer, der tager højde for udfordringer i forhold til patientgruppen på anden vis og derved influerer uhensigtsmæssigt på fortolkningen af resultaterne.

Etiske overvejelser

I dette afsnit vil etiske overvejelser, som jeg har gjort mig i forbindelse med undersøgelsen, blive præsenteret. Overvejelserne tager udgangspunkt i etiske retningslinjer for kvalitativ forskning, der har fungeret som guidelines i en fortløbende vurdering af etiske spørgsmål, ud fra en betragtning om, at jeg, som forsker, besidder: “*En dømmekraft, der forbindes til en moralsk handle, som må sættes i centrum for etikken frem for universelle principper*” (Brinkmann, 2010 p.436f). I bogen *Kvalitative Metoder* (2010, p.439) beskæftiger Brinkmann sig med etiske overvejelser ud fra en opdeling i mikro- og makroetiske problemstillinger, der knytter sig til disse i forskningssammenhænge:

Mikroetiske udfordringer er forbundet til, at de involverede behandles ordentligt og med respekt, hvilket søges sikret gennem forskningsetiske grundprincipper som informeret samtykke og fortrolighed, herunder anonymisering (Brinkmann, 2010, pp.436-439). Ved informeret samtykke sikres det, at respondenterne tilbydes alle nødvendige informationer vedrørende deres deltagelse i en given undersøgelse. Det indebærer informationer om selve undersøgelsen, deltagerens ret til tilbagetrækning af samtykke, fortrolig behandling af det indsamlede materiale, ligesom det sikres, at deres deltagelse er frivillig (Kvale & Brinkmann, 2009, p.89). Informationerne omkring den konkrete undersøgelse var afvejet i forhold til, at deltagerne var informeret tilstrækkeligt, så de var klar over, hvad de kig ind til, uden at de blev uhensigtsmæssig påvirket i deres svar, som resultat af for megen information (ibid.p.90). De udfærdigede samtykkeerklæringer med nævnte informationer (Bilag 3 & 4) blev gennemgået med samtlige deltagere, der hver især valgte at underskrive.

Anonymisering søger at varetage de involveredes interesse ved at undgå, at oplysninger i afhandlingen kan føre til genkendelse af deltagerne (Brinkmann & Tanggaard, 2010, p.443f). Jeg har derfor valgt hverken at nævne i hvilket *regi*, eller *hvor* behandlingen foregår, ligesom der ikke opgives navne eller andre personfølsomme oplysninger, på de involverede. Denne del er meget central, idet det er svært at kontrollere, hvad der sker med undersøgelsen, når den først er publiceret (Ramian, 2010 p.109). I enkeltstående singlecasestudier kan der dog være særlige udfordringer forbundet med anonymisering, idet det kan være svært at undgå, at de involverede ikke kan genkendes af personer i tæt relation til casen (ibid.). Det er mit

indtryk, at de involverede ikke har haft yderligere betænkninger i forhold til anonymisering i forbindelse med deres deltagelse. Afhandlingen fortrolighedsstemples ikke efter aftale med Lone.

Makroetiske forhold beskæftiger sig med undersøgelsen i en kontekst, hvilket blandt andet betyder, at jeg som forsker må gøre mig overvejelser vedrørende håndteringen af undersøgelsens resultater i en samfundsmæssig sammenhæng (Brinkmann & Tanggaard, 2010, p.439). Som forsker må man være optaget af, hvilket større formål undersøgelsen tjener og søge at varetage fællesskabets interesse (ibid., p.430). Indeværende afhandling søger, at gøre dette ved udfoldelse af en anderledes måde at gøre psykoedukation på, der gennem flere undersøgelser potentielt kan gavne en større patientgruppe. Som fagprofessionel er det således yderste relevant, at man reflekterer over forskningens konsekvenser for undersøgelsens målgruppe på et makroetisk plan, men samtidig, at disse ikke går ud over respondenterne på det mikroetiske plan (Kvale & Brinkmann, 2009, p.92). Etiske overvejelser angår således hensynet til den enkelte deltager på den ene side, og muligheden for at udfolde erfaringer fra et konkret eksempel på den anden side (Ramian, 2010, p.11).

Metodiske refleksioner

I følgende afsnit vil betragtninger vedrørende den viden, som produceres i undersøgelsen, blive behandlet. Reliabilitet og validitet associeres oftest med et kvantitative forskningsdesign. Validitet og reliabilitet, som positivistiske begreber, er kvalitetskriterier der kan siges at forudsætte en verden, der udgøres af identiske situationer, hvorfor de således ikke er direkte overførbare til kvalitative metoder, som interview (ibid.). I følgende vil der derfor blive taget udgangspunkt i Kvale og Brinkmanns (2009) begrebsliggørelse (ibid, p.270f). Afslutningsvis følger en behandling af undersøgelsens generaliserbarhed baseret på en opfattelse, der vedrører enkeltstående singlecasestudier.

Reliabilitet

Reliabiliteten angår troværdigheden af undersøgelsens resultater, og tager ofte udgangspunkt i spørgsmål om reproduceringspotentialt (Kvale & Brinkmann, 2009, p.271). Med udgangspunkt i ovenstående, om sammenhængen mellem reliabilitet og

kvantitative undersøgelser, kan det diskuteres hvorvidt det er meningsfuldt at vurderer reliabiliteten i forhold til kvalitative forskningsdesign. Det hænger sammen med en betragtning om, at en person stort set aldrig vil svare præcist det samme i en anden (interview)situation på et senere tidspunkt. Alligevel er det ifølge Kvale og Brinkmann (2009, p.270ff) væsentligt at beskæftige sig med reliabiliteten i forbindelse med interview, ved at fokusere på formuleringen af interviewspørgsmål. Det fx i forhold til spørgsmål, der ikke intenderet er ledende for informantens svar, hvilket bør undgås, da det i høj grad kan påvirke reliabiliteten af udsagnene, hvis informanten ubevidst foranlediges til at svare noget bestemt (ibid.).

Validitet

Undersøgelsens validitet vedrører resultaternes styrke og gyldighed, der ifølge Kvale (2009) afhænger af: *"(...) i hvilket omfang vores observationer i virkeligheden afspejler de fænomener eller variable, vi interesserer os for."* (ibid.,p.272). Med dette udgangspunkt fremstår vurderingen af validiteten mere nærliggende i forhold til kvalitativ forskning. Der eksisterer forskellige valideringsformer, og en del af undersøgelsesvalideringen omhandler at udvælge den eller de former, der er relevant for den specifikke undersøgelse (ibid.,p.275). I indeværende har jeg medtaget refleksioner vedrørende *pragmatisk validitet*, der er særlig relevant for casestudier (ibid. p.284).

Pragmatisk validitet rækker ud over verbale udsagn og lægger vægt på, at der er overensstemmelse mellem det der siges og det der gøres. Det kan fx være styrkende for interviewpersonernes udsagn, hvis det er i overensstemmelse med den måde, hvorpå de handler i praksis - og omvendt (ibid., p.284). Pragmatisk validitet vedrører også, hvorvidt undersøgelsen kan medføre virkelige forandringer i handlinger - i indeværende med særlig tanke på den involverede behandler eller udenforstående, der skal facilitere et psykeodukationsforløb for andre patienter med skizofreni eller for patienter med andre psykiatriske diagnoser (ibid.). Det kan være svært at vurdere sidstnævnte form for pragmatisk validitet, da den netop afhænger af, hvorledes, og om, den viden, der produceres i undersøgelsen fører til nye handlinger og forholdemåder hos deltagerne i praksis, hvilket først kan ske, når de får mulighed for at læse undersøgelsen (ibid.)

Overordnet i forhold til at sikre undersøgelsens reliabilitet og validitet, også ud fra

Brinkmann og Kvaales (2009) begrebsliggørelse, er det væsentligt, at der er gennemsigthed i forhold til parametre som fremgangsmåde, design og analyse (Tanggaard, 2012 p.203). Derudover kan det være relevant, at beskrive hvordan design og subjektivitet har influeret på hinanden, så læseren selv kan vurdere gyldigheden. Denne beskrivelse vil indgå i en metodisk diskussion senere i afhandlingen (ibid.).

Triangulering

Triangulering angår særligt den validitet, der beskæftiger sig med forholdet mellem det sagte og det gjort. Gennem kombinationen af forskellige forskningsmetodikker, giver trianguleringen mulighed for at validere udsagn gennem observation og deltagelse i den sociale praksis (Pedersen, 2012, p.122). Som tidligere beskrevet anvendes der i dette casestudie forskellige datakilder, ud fra en betragtning om, at: *"(...) forskellige perspektiver har forskellige styrker, og ikke skal forstås som gensidigt udelukkende sandheder."* (Pedersen, 2012, p.123). I stedet bliver det muligt at udfolde understøttende udsagn i det empiriske materiale, ligesom sammenstillingen kan synliggøre differentierende udsagn (Ramian, 2010, p.26) - fx i forholdet mellem, hvad Lone tror der sker, og hvad Anders og Laura oplever, der sker. Således søger jeg med denne strategi, at modvirke ensidighed i resultaterne, hvad der må betragtes som centralt for validiteten af det producerede data (Tanggaard, 2012, p.204). Her gælder ligeledes et ønske om gennemsigthed omkring fremgangsmåden.

Det empiriske materiale er indsamlet i rækkefølgen: Semistruktureret interview med en behandler, observationer og til sidste gruppeinterview med to patienter fra psykoedukationsforløbet. Således blev første interview lavet før observationerne, hvilket kan være styrkende i forhold til legitimering af min rolle, som forsker, samt en hurtig indsigt i casen og behandlerens perspektiv her på (Pedersen, 2012, p.128). På den anden side er det også forbundet med en svaghed i forhold til en eventuel manglende fortrolighed i relationen eller forskningsspørgsmål, der ikke er kvalificerede nok (ibid., p.125). I forhold til gruppeinterviewet fandt observationerne sted før interviewet, der modsat giver mulighed for en foregående fortrolighed, en fælles forståelse med deltagerne, og et udgangspunkt for mere kvalificerede interviewspørgsmål (ibid.). Modsat er det forbundet med en risiko i forhold til, at jeg, som forsker, kan komme til at sympatisere med feltet og blændes herved (ibid.). En metode, der kan højne kvaliteten af forskningsdesignet yderligere, og styrke den pragma-

tiske validitet, er kontinuerlig vekselvirkning mellem interview og observation (ibid., p.129; Kvale & Brinkmann, 2009, p.284). Dette er dog en metode, der kræver et væsentligt længere tidsperspektiv end tilfældet for nærværende undersøgelse.

Generaliserbarhed

Vurderingen af om undersøgelsens resultater er generaliserbare, det vil sige om de kan overføres fra én situation til en anden, afhænger af om resultaterne anses for at være pålidelige (reliabilitet) og gyldige (validitet) (Kvale & Brinkmann, 2009, p.287f). Nærværende tager udgangspunkt i en opfattelse af generalisering, der vedrører enkeltstående singlecasestudier, som dette, der søger at udfolde det unikke psykoedukationsforløb ved inddragelse af behandler og deltageres unikke perspektiver/oplevelser. Det væsentlige er, hvorvidt undersøgelsens resultater kan overføres og anvendes på relevant vis i andre lignende situationer (ibid.). Sigtet med den viden, som generes i indeværende undersøgelse, er en bedre forståelse af den konkrete case, hvorudfra der kan trækkes læring til brug i andre sammenhænge (ibid.). Det antages således ikke, at en undersøgelse af lignende forløb med tilsvarende deltagere ville generere de samme resultater. Det er dog ikke ensbetydende med, at andre ikke ville kunne anvende og lære af de erfaringer, som kan udledes heraf, og derved generalisere resultaterne til den konkrete situation, de står i (ibid.). I den forbindelse er det relevant at medtage, det, der af Kvale & Brinkmann (2009, p.289) beskrives som analytisk generalisering, der beskæftiger sig med: ” (...) *i hvilken grad resultaterne af undersøgelsen kan være vejledende for, hvad der kan ske i en anden situation.*” (ibid.). Et udgangspunkt for at kunne vurdere dette, er fyldestgørende beskrivelser af casen samt gennemsigthed i forhold til teoretisk forståelsesramme og metodologisk fremgangsmåde, hvorved læseren gives et udgangspunkt for vurdering af undersøgelsens resultater med henblik på brug i andre sammenhænge (ibid., p.289f).

Ovenstående metodeafsnittet er en beskrivelse af de overvejelser og elementer som danner rammen for arbejdet med denne undersøgelse. Følgende fremgår analysen af undersøgelsens empiriske materiale.

Analyse

Det empiriske materiale udgøres af fire, inklusiv min egen, forskelligt oplevede virkeligheder, der i følgende analyse bringes til interaktion i belysningen af den psykoedukation, som er genstand for undersøgelse i denne afhandling.

Indledningsvist følger en kort præsentation af de involverede respondenter, hvor sigtet er at give læseren af denne afhandling en fornemmelse af, hvilke forudsætninger, Lone og Anders og Laura hver især har for deres deltagelse, uden at bringe anonymiteten i fare. Efterfølgende foreligger selve analysen, hvor det empiriske materiale undersøges i forhold til afhandlingens problemformulering. Specialet baserer sig, som tidligere beskrevet, på casestudiet af et unikt psykoedukationsforløb, og sigtet med følgende analyse er således at indfange *det særlige* ved netop dette forløb. Analysen består af udvalgte citater fra de respektive interview, der bringes sammen i nye sammenhæng, og suppleres af det empiriske materiale fra observationen. Valget af citaterne er baseret på, hvad der, på tværs af det empiriske materiale, bedst beskriver psykoedukationen, og er, med udgangspunkt i en tematisk analysestrategi, struktureret ud fra følgende overordnede temaer: Brugerinvolverende psykoedukation, Brugerinddragende tiltag, Rollen som facilitator og Udgangspunkt for forståelse af psykoedukationen

Præsentation af informanter

Deltagerne i indeværende undersøgelse består som tidligere beskrevet af én behandler og to patienter, fra samme behandlingstilbud. Lone er sygeplejerske med mange års erfaring fra det psykiatriske felt. Hendes primære arbejdsopgaver er som kontaktperson for flere patienter. Derudover står hun for nogle af de psykoedukative forløb som behandlingstilbuddet løbende tilbyder, og hun har beskæftiget sig med netop dette behandlingstiltag i forbindelse med en specialistuddannelse i psykiatrisk sygeplejerske. Patienterne udgøres af henholdsvis en unge kvinde, der nærmer sig halvvejen i behandlingsforløbet og en ung mand, der har været gennem lidt mere end halvdelen af forløbet. For den unge kvindelige patient, der i følgende betegnes Laura, er det første gang, hun deltager i et psykoedukationsforløb, hvorimod den unge mandlige patient, fra nu Anders, deltager for anden gang. Fælles for begge patienter er, at de har Lone som kontaktperson. I forbindelse med observationen var både Lone, Laura

og Anders præsente, og derudover deltog en anden behandler, en fysioterapeut og i alt 6-7 øvrige patienter ved psykoedukationen. Disse informationer er givet i forbindelse med enten interview, observation eller den løbende kontakt undervejs.

Brugerinvolverende psykoedukation

Første tema fremstår meget beskrivende, idet det fremstår væsentligt for den videre analyse, at konteksten, hvilket her vil sige baggrunden og formen, for psykoedukationen i casen, fremlægges: ”*Somme tider må man tage historien med for at forstå et forløb*” (Ramian, 2010,p.25), hvorfor følgende tema behandler både udgangspunkt og nuværende form.

Temaet består af to undertemaer: ”Det her måtte kunne ændres”, der beskæftiger sig med baggrunden for de justeringer, der er foretaget i ”Den tilpassede psykoedukation”, som er det andet undertema. Sidstnævnte omhandler, som det antydes, de tiltag, der er indført med udgangspunkt i en evaluerende undersøgelse, som Lone har lavet.

”Det her måtte kunne ændres”

I det empiriske materiale fra interviewet med Lone opstod et tema, der omhandler baggrunden for de justeringer, der er foretaget i tilrettelæggelsen af den psykoedukative intervention i Behandlingstilbuddet⁴. Lone fortæller følgende om anledningen til, at hun påbegyndte en undersøgelse af muligheden for nye tiltag i forbindelse med psykoedukationen:

(...) da jeg startede på den her specialuddannelse, der havde jeg sådan ligesom et overordnet tema, som hed, *brugerinddragelse*, det var ligesom det jeg ville blive klogere på. Og jeg ville finde ud af, hvad gør dét at vi inddrager dem i deres egen behandling (Bilag 5, p.16)

Lone fortæller, at hun som led i specialuddannelsen til psykiatrisk sygeplejerske var optaget af, hvorledes der kunne arbejdes med brugerinddragelse i relation til psyko-

⁴ Med stort ”B” referer til det specifikke behandlingstilbud, som ikke omtales ved navns nævnelse af hensyn til anonymiseringen.

dukationen. Det indebærer i hendes optik, at patienternes perspektiv inkluderes i behandlingsøjemed. I denne sammenhæng lader det til at Lones definitionen af brugerinddragelse kan sidestilles med den, der i opgavens teoriafsnit kaldes organisatorisk brugerinddragelse. *Brugerinddragelse* og *Brugerstyret* er begge begreber, der fylder en betydende del i sproget om casen, både i forbindelse med indsamlingen af det empiriske materiale og i den løbende dialog, som Lone og jeg har i denne periode. Brugerinddragelse beskrives i afhandlingens teoriafsnit som en meget tidstypisk trend i sundhedsvæsenet, hvorfor det kan betragtes som en årsag til, at netop dét bliver hendes udgangspunktet for justeringer i forhold til det manualbaserede forløb. Lone beskriver, hvordan hendes undersøgelse udviklede sig med afsæt i evaluerende samtaler med tidligere patienter:

(...) så fandt jeg jo ud af, da jeg startede på specialuddannelsen, at øhm at der var et stort frafald og så begyndte jeg at grave lidt ned i dybet. Hvorfor er det at de melder / altså de melder ikke afbud, det bliver bare væk. De udeblev simpelthen. Og det finder jeg så ud af ved at interviewe nogle af de unge. De siger, at det giver ikke mening at sidde og høre på et oplæg. At se på slides. De bliver trætte og de mister koncentrationen og falder fra. Så kunne de ligeså godt være der hjemme. De får ikke noget udbytte af at være der. Og derfor udebliver de. Og så ehm. Så fandt jeg ud af (...) at øh, at det her måtte kunne ændres. (Bilag 5, p.2)

Lone får i sit arbejde lokaliseret en betydende problematik i det foreliggende psykoedukationsforløb, der drejer sig om, at antallet af tilstedeværende falder stødt. I samtalerne med patienterne finder Lone ud af, at den store frafaldsprocent til dels skyldes, at brugerne ikke finder det meningsfuldt at deltage, og derfor vælger at blive væk. I den forbindelse er det relevant at referere til afhandlingens teoriafsnit, hvor forholdet mellem den manualbaserede undervisningsform, og de krav denne stiller til målgruppen kognitive formåen, er sammenholdt. Med den manualiserede psykoedukation tilskyndes patienterne en mere passivt lyttende deltagelse, idet der ofte tages udgangspunkt i skriftligt materiale. Det er her fremhævet som værende problematisk overfor Lone, hvilket kan have sammenhæng med, at denne deltagelsesform antageligt ikke i tilstrækkeligt omfang tager højde for den afficerede opmærksomhedsfunk-

tion, der kan ses hos målgruppen. Karakteren af patienternes deltagelse bliver således interessant at undersøge, hvilket også er en problematik, som Lone har været optaget af: ”Og jeg har oplevet de sad sådan her (ligger sig ind over bordet), de sad vitterligt og SOV. Altså nogen lagde hovedet ned, sådan her, på bordet. Øøøj nej nej nej. Det var helt vildt” (Bilag 5, p.17). Lone beskriver, hvordan deltagelsen ved psykoedukation tidligere har virket uengageret og inaktiv, hvilket, på baggrund af ovenstående, kan betragtes som en konsekvens af undervisningsformen, der ikke i tilstrækkelig grad formår at aktivere og motivere patienterne aktiv deltagelse. Udgangspunktet for at foretage konkrete justeringer, der kan bryde med dette mønster, baserer Lone på evaluerende udsagn fra patienter, der har deltaget ved tidligere forløb:

De øh gad ikke og møde op til noget de egentlig på forhånd vidste, og ”ALT det der står på nettet”, som de sagde meget tydeligt, om skizofreni, det HAVDE de faktisk læst igennem, så behøvede de ikke at sidde og høre om negative og positive symptomer IGEN. De giver meget tydeligt udtryk [for], ud fra de her interview, at de har brug for at lære at mestre hverdagen, lære at mestre livet, øh, og få en meningsfuld hverdag til at fungere (Bilag 5, p.7)

Eksemplet viser, med Lones ord, hvordan indholdet i den manualbaserede psykoedukative intervention ikke (længere) fremstår aktuelt. Det kan have en sammenhæng med aspekter som øget almentilgængelighed til teoretisk materiale vedrørende diagnosen, hvorfor behovet i undervisningssammenhæng, også har ændret sig. I stedet udtrykkes der, overfor Lone, et behov for vejledning og hjælp til udviklingen af mere praktiske færdigheder til sygdomshåndtering. Som beskrevet i teoriafsnittet indebærer organisatorisk brugerinddragelse jf. VIBIS’ definition, at patienterne inddrages i behandlingsplanlægningen, hvilket adskiller sig fra den manualbaserede intervention, hvor undervisningsmateriale er fastlagt på forhånd. Lone udtaler: ”Vi tror vi er SÅ fantastiske dygtig behandlere, det ER vi jo, men vi er nødt til at udvikle os i takt med de unge mennesker. Og hvad er deres behov.” (Bilag 5, p.17) Citatet skildrer Lones overbevisning, der betoner en løbende tilpasning, der involverer deltagernes behov for at kunne skabe det mest optimale behandlingstilbud. Baggrunden for tilpasningerne bliver således et ønske om, at lytte til de behov, som er tilkendegivet:

(...) det her måtte kunne ændres, og så har jeg eller ER i gang med at lave udviklingsprojekt på det, hvor at det kører meget mere med brugerstyret undervisning. Det betyder / det vil sige, at, der er nogle af de gamle [BEHANDLINGSTILBUDET]-unge, der bliver inviteret ind. Så kan man sige, holde oplæg, altså det er ikke noget med noget slides noget diasshow, men de fortæller meget deres livshistorie og deres behandlingsforløb i [BEHANDLINGSTILBUDET] (Bilag 5, p.2)

Lone forsøger at imødekomme patienternes ønske, om redskaber til at mestre hverdagen, gennem inddragelse af tidligere patienter, der har sammenlignelige praksiserfaringer. Denne tilgang minder om den, som er beskrevet i teoriafsnittet vedrørende Recovery-mentor, hvor det nævnes, at læringsudbyttet for nogle patienter, kan højnes ved muligheden for at dele og udveksle erfaringer med ligesindede. Med Lones egne ord beskrives det, som *Brugerstyret undervisning*, når der i tilrettelæggelse og udførelse af psykoedukationen tages højde for patienternes ønsker og behov. Der fremstår således en antagelse om at motivation for deltagelse, gennem brugerinvolvering, kan bremse frafaldsproblematikken samt skabe incitament for en mere aktiv deltagelse. Jf. teoriafsnittet omhandlende nyere behandlingstiltag synes denne undervisningsform ikke at refererer direkte til nogle af disse definitioner vedrørende *brugerstyring*. I stedet fremstår det her som en hybrid mellem flere af begreberne, fx mellem organisatorisk og individuel brugerinddragelse, idet tilfældet i casen er, at patienternes – både tidligere og nuværende - behov og ønsker, medtages i deres forløb ud fra et samarbejde med Lone.

Nedenfor følger en beskrivelse af formen på den psykoedukative intervention, efter patienternes behov for redskaber til håndtering af dagligdagsproblemstillinger er forsøgt integreret. Det vil fremadrettet blive betegnet som *den tilpassede psykoedukation*.

Den tilpassede psykoedukation

Følgende omhandler udfaldet af forsøget på at forene det manualbaserede psykoedukationsforløb med brugernes ønsker og behov. Integrationen mellem disse tager, som beskrevet ovenfor, udgangspunkt i problematikkerne omkring en høj frafaldsprocent

og kvaliteten af patienternes deltagelse ved psykoedukation, der er lokaliseret i Lones egen undersøgelse. Formen og indholdet i den tilpassede psykoedukation sammenholdes følgende med den manualbaserede psykoedukation.

Det tilpassede psykoedukationsforløb udgøres af ti gange (Bilag 7 - Feltnoter), og Lone fortæller, at: ” (...) *det ALTID [er] onsdag og det er ALTID fra 13.30 til kl. 15 og det er ALTID ovre i gymnastiksalen den første halve time og så går vi over konferencerummet derovre.*” (Bilag 5, p.4). Det kan antages, at Lone forsøger at forhindre differentierende lokaliteter og tidspunkter i at blive en barriere for fremmødet, ved at være konsekvent omkring forløbets praktiske rammer. Tilgangen til det logistiske omkring forløbet fremstår således lig det, der beskrives i teoriafsnittet vedrørende den manualiserede psykoedukation, og der er således ikke ændret ved disse forhold. Af hensynet til den nedsatte hukommelsesfunktion, som ses hos gruppen, fremstår det da også meningsfuldt ikke at ændre på disse forhold. I forbindelse med mine observationer oplevede jeg, at også retningslinjerne for antal behandlere tilstede, som er to, følges, hvoraf den ene – Lone – agerede primærformidler, mens den havde en mere observerende karakter (Bilag 7 – Feltnoter).

På andre områder adskiller den tilpassede psykoedukation sig dog. For eksempel i forhold til vurdering af patientens parathed til at indgå i forløbet:

MIN holdning det er at alle skal have invitationen, og så skal det ikke være os som behandlere der vurderer om DE er klar, nej det skal være DEM som patienter. DE skal vurderer om DE er klar og har LYST til at tage imod det her tilbud. Og der kan vi jo godt blive overraskede og tænke, hold da op, er de klar til det nu og men det er jo dem, de er jo selvstændige mennesker, de skal da selv ha' den der oplevelse af, at de er inviterede til at deltage. OG så kan det godt være at der er nogle der hopper fra fordi det blev for stor en opgave at sidde i store grupper (...). Men så bliver det tilbudt at være med i næste runde. Vi kører jo hele tiden. (Bilag 5, p.6)

Lone udlægger her en holdning, som adskiller sig fra den, der er beskrevet i teoriafsnittet. Hun mener, at vurderingen af parathed bør foretages af patienterne selv ud fra en tanke om, at de er selvstændige mennesker. I teoriafsnittet beskrives denne vurde-

ring som en opgave, der tilfalder behandleren, ud fra en opfattelse af, at forskellige sygdomsfaser resulterer i forskelligt udbytte af den psykoedukative intervention. Lones opfattelse beror på en holdning, hvor patienterne skal have en oplevelse af at være selvstændige mennesker, der inviteres til et tilbud. Som det også nævnes i citatet kan denne tilgang på den ene side kompliceres betragteligt af den manglende sygdomserkendelse, der sandsynligvis fylder mere i nogle sygdomsfaser. Det må derfor betragtes som en risiko, at man kan stå med en gruppe, hvor mange falder fra, fordi patienterne ikke var så klar, som de selv troede. På den anden side kan tilgangen også føre til en følelse af, at patienterne selv har valgt at deltage, hvilket også kan antages at påvirke motivationen for at deltage. I forbindelse med observationerne blev jeg bekendt med, at deltagerantallet har været nogenlunde stabilt gennem hele forløbet, med undtagelse af et par frafald i starten (Bilag 7 - Feltnoter). Det kan tyde på, at det – i hvert fald i forhold til denne gruppe – har virket godt, at patienterne selv har vurderet parathed. Ved observationen vidnede jeg desuden, at henholdsvis to og tre patienter mødte op i meget god tid. I den forbindelse hertil fortæller Lone, at:

(...) de unge mennesker de møder kl. 13, og de *møder* kl. 13, fordi så ved de, her sætter vi os her i køkkenet, så snakker vi bare om læst og fast, og nogle skal have ansvar for at lave te og nogle laver kaffe og nogle sørger for at der bliver frugt skåret ud og det er jo ikke noget der er med i øh dagsordenen, at man skal møde / Nej nej vi mødes 13.30, men de *kommer* kl. 13. (Bilag 5, p.3)

Gruppen af patienter, som møder før aftalt tid, kommer, ifølge Lone, for at deltage i en uformel social sammenhæng. Både Anders og Laura, som også vælger at deltage i gruppeinterviewet, er en del af denne gruppe. Det er indtrykket, at det tidlige fremmøde opfylder et behov for socialt samvær hos de unge, og som samtidig opleves let tilgængeligt, idet det finder sted umiddelbart før et arrangement, som de skal deltage i.

Den *egentlige* psykoedukation indledes med et af de tiltag, som Lone i tilrettelæggelsen af forløbet, har indført: "(...) [vi] går over i gymnastiksalen sammen med [Fysioterapeuten]. OG så har vi egentlig Kropsbevidsthed." (Bilag 5, p.3). Det fremlægges ikke umiddelbart som om dette initiativ er et direkte resultat af brugerinddragelse, men mere som et tiltag fra Lone, baseret på de erfaringer, hun har

fra tidligere forløb. Begge de gange jeg deltager, spilles der floorball, og behandlere og patienter opleves lige involverede og engagerede. Denne halve time giver associationer til en ganske almindelige idrætstime i gymnasiet. Efterfølgende er der en kort pause, inden gruppen bevæger sig op i konferencelokalet, hvor resten af psykoedukationen foregår (Bilag 7 - Feltnoter). Denne er struktureret med en pause ca. halvvejs, hvilket er ligesom rammerne for den manualbaserede undervisning, hvor strukturen er nogenlunde fast fra gang til gang. Den tilpassede psykoedukation adskiller sig dog alligevel lidt, idet Lone: *"(...) plejer at have en af de unge til at være tidtager og så har han/hun sat alarmen til akkurat klokken halv."* (Bilag 5, p.10) Ved brug af dette simple virkemiddel får Lone sat rammerne samtidig med, at patienterne inddrages aktivt, hvilket kan give en følelse af medejerskab. Ligeledes bliver det også tydeligt for patienterne, hvornår der er pause. Derefter skitseres rammerne, herunder de emner, der vil blive taget udgangspunkt i ved den respektive session, der ligeledes blev nævnt som det sidste ved den foregående undervisning (Bilag 7 - Feltnoter). Når de mere praktiske forhold er på plads, indledes sessionen med en runde, hvor alle deltager, i urets retning, adspørges til status siden sidst. Jeg oplever, at de fleste ikke har noget nyt at fortælle, mens andre fortæller kort om emner som status på job, indlæggelse eller lignende (Bilag 7 - Feltnoter). Herefter påbegyndes "undervisningen". Til eksempel er et af emner, da jeg er med, psykoser. Lone, som sidder for enden af bordet, fortæller i generelle termer om begrebet; at det kan være et meget følsomt emne, at psykoserne opleves unikt og forskellige fra person til person (Bilag 7 - Feltnoter). Herefter stiller hun et åbent spørgsmål til gruppen, der opfordrer patienterne til at dele deres erfaringer - nogle har ikke lyst til, mens andre fortæller (Bilag 7 - Feltnoter). Som udefrakommende, og forholdsvis ny på området, er det interessant præcist, hvor forskelligt disse opleves. Nogle har tankeforstyrrelse, andre har synshallucinationer - hvoraf nogle er uhyggelige, mens andre er ubetydelige – og andre har ikke haft psykotiske symptomer i en længere periode. Det er mit indtryk, at det også for patienterne kan virke overraskende at høre præcist hvor forskelligt, det "samme" symptom opleves (Bilag 7 - Feltnoter). Det fremstår således meget interessant med en form, hvor patienterne involveres hver især og gives den status som eksperter, som de i virkeligheden er på egen sygdom. Om indholdet i den tilpassede psykoedukation fortæller Lone, at:

Psykoedukation er DERES frirum til at blive klogere på noget, til at få nogle redskaber til noget og det er DEM, der vælger hvad for nogle emner vi skal snakke om. Og dét giver jo også noget meningsfyldt. Det er ikke noget med at jeg siger, nu snakker vi om skizofreni. ”NEJ”, det gider de ikke, (...) det kan de læse på nettet, det hele. De vil meget hellere høre, hvordan de finder en kæreste. Det giver jo også god mening (griner) (Bilag 5, p.4)

Citatet beskriver, hvordan Lone forsøger at involvere patienterne i forløbet gennem medbestemmelse i forhold til, hvad der skal være omdrejningspunktet for undervisningen. Med denne tilgang kan det antages, at indholdet, som er defineret i dialogen mellem patient og behandler, generere en øget motivation for deltagelse, hvilket i sidste ende påvirker det læringsudbytte, som patienterne tager med fra psykoedukationen. I forlængelse heraf er det interessant, at Lone siger, at: *”(...) det er altid DEM der vælger, men det er sommetider lidt svært for dem, at komme med nogen, og så har jeg ALTID en masse forslag, til hvad det KAN være.”* (Bilag 5, p.10). Her italesættes det, at det ikke drejer sig om, at indholdet partout skal komme fra patienterne, men at det netop foregår ved et samarbejde med den sundhedsprofessionelle. Således kan Lone fremlægge forslag til inspiration, hvilket også er meningsfyldt set i lyset af den undervisende karakter, der trods alt ligger i psykoedukation, hvor sigtet er, at patienterne opnår ny viden og udvikler nye mestringsstrategier. Af det empiriske materiale fremgår det dog også, at der i den tilpassede psykoedukation er fastlagte elementer: *”Men medicin, den har vi stadigvæk. Der er det stadigvæk [lægens navn] vi inviterer ind. Og han kommer og fortæller om, igen, på deres præmisser, for hvor vi så skriver op, hvad er det de gerne vil høre, og så er det ud fra DERES interessepunkter, at han så ligesom fortæller.”* (Bilag 5, p.5) Dette udsagn fra Lone er et eksempel på, at patienterne kan involveres indenfor det overordnede foruddefinerede emne, ved at lade det konkrete indhold, inden for rammerne, være åbent. Det kan endda antages, at være til gavn for denne målgruppe, at de skal navigere indenfor givne rammer, for ikke at gøre medbestemmelsen unødigt uoverskuelig, hvilket det på baggrund af *”nogle gange er det lidt svært for dem”*, kan antages at være i fare for at blive. Det fremstår således relevant, at der findes en balance mellem i hvilket omfang der skal arbejdes ud fra medbestemmelse og bestemmelse.

Som et forholdsvist nyt tiltag holdes der afslutningsvist en fælles afslutning. Om dette fortæller Lone:

(...) jamen det var jo selvfølgelig også en af de unge, der kom med det forslag på et tidspunkt ”Ej kunne vi ikke få lov og komme ud og OVERNATTE et sted”. Og jeg tænkte bare ”WHAT?” (tager sig til begge kinder og åbner munden) (...) Og så prøvede jeg sådan at vinkle den lidt og så sagde jeg så ”Jeg kan spørge vores leder om hun vil sponse lidt mad og så kunne vi jo cykle ud ved [lokalitet nævnes] og så kunne vi spise der ude.” Og det gjorde vi, det var første gang vi lavede noget nyt, sådan, afslutning. Og derefter er det så blevet til at vi spiser noget mad sammen sidste gang. Og så hygger vi os, og så er der noget socialt afslutning. (Bilag 5, p.11)

Eksemplet beskriver et andet tiltag, som ligeledes er baseret på opfordringer fra brugere. Eksemplet illustrerer, hvorledes det endelige resultat, som kommer til udtryk ved tilrettelæggelsen, er produceret i dialogen mellem patient og behandler, hvilket harmonerer med brugerinddragelsesperspektivet.

Opsummerende kan det siges, at der er mange overensstemmelser mellem form, og til dels også indhold, i henholdsvis den manualbaserede og den tilpassede psykoedukative intervention. Sidstnævnte kan således ikke betragtes som en radikalt ændret behandlingsindsats. Med udgangspunkt i den diskrepans mellem den manualbaserede undervisningsform og de kognitive vanskeligheder hos patientgruppen, som fremlægges i afhandlingens teori afsnit, fremstår indholdet af psykoedukationen heller ikke som den overvejende problematik. Der peges på, at indholdet med fordel kunne opdateres ud fra, hvad der opleves relevant fra patienterne i det aktuelle samfund.

Det interessante ved sammenligningen af psykoedukationsforløbene er således, at *midlet* til det, nogenlunde, samme mål – ”*information om sygdommen og dens behandling med henblik på opnåelse af bedre copingstrategier.*” (NIP, 2014, p.21) – fremstår differentierende. Den manualbaserede undervisningsform tager udgangspunkt i formidlingen, af et på forhånd fastlagt materiale, ved brug af slides og diasshow, hvor den tilpassede psykoedukation baserer sig på brugerinddragelse, i form af medbestemmelse i forhold til det specifikke indhold samt erfaringsdeling i

relation hertil. Midlet i sidstnævnte fremstår som et interessant bud på en metode, der kan antages at tage højde for omtalte kognitive vanskeligheder på anden vis, og som kan generere en øget motivation for deltagelse, der kan påvirke læringsudbyttet positivt. I det følgende afsnit vil to af de tiltag, som Lone, har lagt ind i den tilpassede psykoedukation være genstand for yderligere analyse.

Brugerinddragende tiltag

Den tilpassede psykoedukation involverer specifikke tiltag, der er ført ind i rammerne for det manualiserede forløb. I det samlede empiriske materiale tegner sig et billede af to overordnede tiltag, der har indirekte fokus på nogle af de samme elementer. I det følgende vil der således være fokus på det, som Lone kalder *Kropsbevidsthed* og det, som jeg har valgt at kalde *Mentoring*⁵.

”Jeg kunne bedst lide floorball”

Dette undertema omhandler initiativet *Kropsbevidsthed*, og som det fremgår af følgende er den primære funktion med dette, at bryde med patienternes inaktive deltagelse og passive positur gennem hele sessionen. Min for forståelse i forhold til sidstnævnte er baseret på de observationer jeg gjorde mig i forbindelse med praktiken hos Behandlingstilbuddet i foråret 2015. Her kom patienterne ind, satte sig på en stol, beholdte jakke på og forholdte sig i nogenlunde samme passive position, liggende henover bordet. Dette minder også om den beskrivelse, som er fremlagt tidligere, hvor Lone om patienternes fremtræden ved psykoedukationen: ”Og jeg har oplevet de sad sådan her (ligger sig ind over bordet), de sad vitterligt og SOV. Altså nogen lagde hovedet ned, sådan her, på bordet.” (Bilag 5, p.17).

I samarbejde med den tilknyttede fysioterapeut etablerer Lone et tiltag, som kræver en helt anden form for deltagelse (Bilag 7 - Feltnoter). Som tidligere beskrevet foregår denne del af psykoedukationen i en gymnastiksal, der er lokaliseret i forbindelse med Behandlingstilbuddets lokaler, og begge gange, hvor jeg deltager,

⁵ *Mentoring* anvendes i denne afhandling som betegnelse for 1) de indbyrdes, vejledende, relationer i psykoedukationsgruppen, hvor rollerne som mentor (vidende) og mentee (lærende) skifter kontinuerligt, og 2) den vejvisende position, som den eksterne formidler indtager. Betegnelsen dækker således ikke over et 1-1 forhold, der strækker sig over længere tid, og må derfor ikke forveksles med andre definitioner.

spilles der floorball: ”(...)det der med og spille floorball (...), det er bare noget der virkelig virkelig giver både masser af motion, det får pulsen op og det styrker det sociale og det er jo det alle vores unge mennesker har RIGTIG RIGTIG store udfordringer med.” (Bilag 5, p.3). Lone beskriver her, hvilke kompetencer, der ifølge hende trænes, mere eller mindre indirekte, ved denne aktivitet. En holdsportsaktivitet betyder, at patienterne får mulighed for at træne sociale færdigheder, som blandt andet samarbejde samt verbal og nonverbal kommunikation, der kan være en udfordring for patientgruppen. Derudover nævner Lone også, at aktiviteten indebærer et meget oplagt motionsaspekt, der er relevant for målgruppen på flere områder:

(...) fokus på motionsdelen, er MEGET vigtig, fordi der er jo mange af dem der er overvægtige. Men gør det på en god måde, noget de selv er en del af. (...) Og det jeg oplevede, det var faktisk at dem der er lidt overvægtige og har svært ved at bevæge sig, de stillede sig til at begynde med ud i siden, og så havde de ondt i storetåen og så var de dårlige – ALLE mulige undskyldninger. Der er ikke EN der stiller sig ud mere. De giver den bare MAX alle sammen. (Bilag 5, p.3)

Det fremgår af eksemplet, at motion er aktuelt i forhold til gruppen, der oplever problemer med overvægt, ofte som følge af medicinske bivirkninger (Sundhedsstyrelsen, 2004, p.33). Af samme årsag fremstår det som et væsentligt aspekt i forhold til undervisning i at optræne færdigheder nødvendige for mestring af sygdommen, og af de problemer den medfører, jævnfør afhandlingens teoriafsnit. Men *midlet* –praktisk udførsel af holdsport - til *målet* – motion – er baseret på en anderledes tilgang. Med det menes, at motionen ”leges ind”, gøres fysisk og sjov i samværet med andre, frem for at være baseret på slides om gavnlige effekter ved motion. Det kan også være en del af en forklaring på, hvorfor alle, uanset fysisk formåen, løbende vælger at deltage, som Lone fremhæver i citatet ovenfor. Patienterne involveres desuden i beslutningen om den fælles aktivitet,: ”For de får jo igen lov og bestemme om der er noget andet fysisk aktivitet vi skal lave næste gang, (...), og nu har det bare været MANGE gange de siger ”NEEEJ, vi vil spille floorball, det er så sjovt” (Bilag 5, p.8). Når Lone vælger at inddrage patienterne i, hvad den fysiske aktivitet skal indeholde, kan det antages, at give patienterne en følelse af medejerskab og øget motivation for at

deltage. Det kan også være en forklaring på, hvorfor alle deltager, og sidstnævnte citat vidner om, at patienter godt kan lide aktiviteten, hvilket formodentligt også er en fordel i forhold til deltagelsen. Udover disse mere åbenlyse gevinster ved tilføjelse af et praktisk motions element, kan der, ifølge Lone, også ses positive følgevirkninger ved den efterfølgende undervisning:

(...) det er UTROLIG anderledes og se det, der sker med koncentrationen og øh og det at være i gruppen EFTERfølgende. Det gør noget helt andet, fordi, nu er de mere sådan afslappede, de er træt på en eller andet GOD fysisk måde. Og så / de tager tingede mere ind og de kan også mere være aktivt deltagende i selve den der tides psyko[edukation] (Bilag 5, p3.)

Lone fortæller, hvordan hun oplever, at motionen er medvirkende til en ændring i patienternes adfærd ved den efterfølgende, mere traditionelle, undervisningssituation. Hun oplever, at de er mere aktivt deltagende og formår at holde koncentrationen i videre udstrækning, hvilket ellers kan være en udfordring for gruppen i forhold til den manualbaserede psykoedukation. En patient, har overfor Lone, også udtrykt en anden mulig årsag, til den ændring, hun oplever:

(...) én som er med i gruppen nu, (...) hun sagde det der med, at øhm at vi mødes til det fysiske inden, det gør at hun ikke er nervøs mere, som hun var til at begynde med, fordi vi bliver meget mere sådan rystet sammen, sådan beskriver hun det. Og det giver jo god mening, at man øh ved at lave en fysisk aktivitet (...) / altså vi er alle sammen noget fælles, vi starter ud med, som vi RIGTIG godt kan lide (Bilag 5, p.8)

Patienten har givet udtryk for, at det fællesskab, der skabes i forbindelse med den fysiske aktivitet, har betydning for hendes måde at deltage på efterfølgende. En anden, måske sameksisterende, årsag til den ændring Lone oplever, kan således være forbundet til det sociale samvær og det, som konsekvens heraf, indbyrdes kendskab, der resulterer i en afslappet og tillidsfuld stemning.

Den tilpassede psykoedukative intervention, er, som det fremgår af et citat længere oppe, et igangværende udviklingsprojekt (Bilag 5, p.16), hvilket også betyder, at Kropsbevidsthed er under stadig udvikling. Anders fortæller, at han har deltaget ved det foregående psykoedukationsforløb, hvor tiltaget var anderledes:

Anders: Ja, der havde vi sådan nogle øvelser

Lone : Ja, der havde vi meget mere sådan, øh, med kropsgrounding.

(...) Hvor det her forløb har næsten KUN været floorball, fordi I var bare HELT vildt med på det (...)

Anders: Jamen jeg kunne bedst lide floorball godt nok (...) Det andet tror jeg ikke vi brugte så meget tid på

Lone: Vi brugte godt nok den samme tid. Men I var / Der var en væsentlig forskel at se på jer, i hvert fald, I var meget mere galde og I var / I gav den meget mere gas, altså, vi fik jo alle sammen sved på panden, når vi spillede floorball. (Bilag 6, p.7)

Af eksemplet fremgår det, at Anders har været gladest for floorball, der har været den fysiske aktivitet i hans andet forløb. Det kan bero på flere ting, men et aspekt kunne være floorballs karakter af holdsport i højere grad, end kropsgroundingen ved individuelle øvelser, har matchet hans præferencer. At Anders bedre kan lide floorball, kan også antages, at have en betydning for, hans oplevelse af, at der bruges mere tid på det - han husker det bedre, idet det har fyldt mere i hans bevidsthed. Modsat kan en forklaring herpå også være, at det første forløb ligger længere tilbage, og derfor er sværere at huske.

Ovenstående analyse peger på, at den fælles motion har flere læringsaspekter, hvoraf nogle fremstår mere tydeligt end andre. Det drejer sig om læringsaspektet i forhold til sociale færdigheder, der styrkes ved de sociale samvær i den fysiske aktivitet og om motion og følgerne heraf i forhold til overvægt og koncentrationsevnen i den efterfølgende undervisning. Begge dele kan opfattes som praksisorienteret læring, hvor patienterne får mulighed for at ”mærke det på egen krop”. Derudover er der mere indirekte gevinster, som en oplevet bedring i koncentrationsevnen og/eller, at patienterne kan deltage mere aktivt, som følge af, at de føler sig bedre tilpas i situationen på grund af de relationer, der etableres i forbindelse med floorball. Det er inte-

ressant, at den læring, som kan uddrages af den første del af psykoedukationssessionen tager udgangspunkt i en undervisningsform, der er markant anderledes end den, der beskrives ved det manualiserede psykoedukationsforløb. Tilgangen er ikke baseret på en traditionel undervisningssituation med såkaldt ”tavleundervisning”, i stedet er det baseret på praktisk udførsel, hvor også flere færdigheder trænes samtidigt.

I det følgende vil det andet tiltag, der også har en lidt anden tilgang til undervisningen, som Lone har indført, blive gennemgået.

”Vi er det samme sted.”

Dette undertema relaterer sig til de justeringer, der involverer Mentoring, hvilket går mere specifikt på formen af psykoedukation efter den fysiske aktivitet. Første del af undertemaet beskæftiger sig med den interne erfaringsudveksling, som finder sted i gruppen. Interviewet med patienter blev lavet efter psykoedukationsforløbet var forbi, og adspurgt til hvad psykoedukation handler om, svarer Anders:

Jamen øh jeg synes jo det går ud på at få nogle redskaber til at håndtere sygdommen, for eksempel. (Interviewer: Mmh) Og så øh, en masse viden også, om det. (Bilag 6, p.2)

Mens Laura har fokus på dét at mødes med ligesindede:

Ja. Og så er det, hmm, også at komme i en gruppe hvor man bliver sådan, forstået (Interviewer: Mmh). Fordi vi er det samme sted. Altså samme båd, eller hvad man siger. (Bilag 6, p.2)

Eksemplerne illustrerer, at patienterne på den ene side er optagede af, hvad psykoedukationen kan give dem af konkret viden og redskaber til sygdomshåndtering. På den anden side, er de optagede af mødet med ligesindede, der har konkrete og lignende erfaringer med nogle af de udfordringer, som skal håndteres. I teoriafsnittet er det beskrevet, at brugerinddragelse handler om, at inddrage patienternes ønsker og behov. Sammenholdt med udtalelserne fremstår det som betydende for patienterne, at den psykoedukative intervention tager udgangspunkt i viden om sygdomsrelaterede emner i mødet med ligesindede. Et af kerneelementerne i den tilpassede psykoeduka-

tion tager udgangspunkt internt i gruppen, idet gruppens medlemmer inviteres til at indvie hinanden i deres nuværende situation, og på skift udveksle erfaringer med specifikke sammenhænge:

(...) vi har altid sådan en runde inden vi starter op ”Hvordan er det gået, har du har oplevet noget i ugen, der er gået?” Og (...) så siger ham her den unge mand ”Ja, jeg vil gerne fortælle, at jeg er begyndt at løbe (...) Ikke nok med det, nu har jeg endelige taget sammen, men nu har jeg også fundet ud af, det at løbe det giver mig noget rigtig rigtig positivt. Jeg bliver glad og jeg mærker” / han har været meget frustreret over, at han har taget 20 kilo på, og han kunne ikke være i hans tøj (...). Der var rigtig mange ting i det her. Og så sagde han ”Og den anden ting det var en gevinst jeg slet ikke havde set komme. Det er at jeg har ikke så meget madlyst nu, når jeg har været ude og løbe. Så nu spiser jeg slet ikke så meget mere.” (Bilag 5, p.15)

Lone beskriver, at en patient har delt sin succesoplevelse i forhold til at være kommet i gang med at dyrke motion, hvilket har haft flere positive eftervirkninger for ham. Lone antager, at motionen var tænkt som et middel mod et ønsket vægttab, men at patienten også oplever, at det påvirker hans humør, og det ønskede vægttab, fra en uventet kant i form af mindre appetit. Herved kan patientens egne erfaringer, danne grundlag for fokus på et sygdomsrelateret tema som overvægt, samtidig med, at der deles konkrete erfaringer til inspiration for gruppens øvrige deltagere. ”Runden” som middel fremhæves også af Laura: *”Altså jeg synes (pause) ehm. (pause) at man lige skal måske tage sådan lidt flere runder, for at det ikke bliver sådan så tungt – og bare sidde og lytte på sådan noget lidt hårdt noget.”* (Bilag 6, p.10). Laura udtrykker et ønske om flere omgange, der lægger op til, at patienterne deler deres tanker og/eller oplevelser med det tema, der er i fokus. Hun oplever, at ”runderne” har en formildende effekt på barske emner. Inddrages det, at det i teoriafsnittet beskrives, at der hos patientgruppen kan ses besvær med vedvarende opmærksomhed, kan opmuntringen til menings- og erfaringsdeling, også antages at give anledning til en mere dynamisk undervisningssituation, hvor patienterne hyppigt tilskyndes opmærksomhedsskift. På den baggrund kan det antages, at ”runden”, som middel i undervisnin-

gen, i højere grad, end den manualbaserede undervisningsform, kan tage højde for patienternes kognitive vanskeligheder.

Sammenholdes patienternes udtalelser, i starten af undertemaet, med justeringerne, lader det til, at Lone er lykkedes med at integrere patienternes ønsker og behov i den tilpassede psykoedukation.

”Man kan ligesom mærke dem på en anden måde”

Indtil nu har dette undertema omhandlet, hvordan den interne erfaringsdeling bringes i spil ved hjælp af ”runder” i den tilpassede psykoedukation. En anden dimension er inddragelsen af eksterne parter, som med kun én enkelt undtagelse (læge, ift. medicin), udgøres af tidligere patienter ved samme behandlingstilbud. Dette tiltag har således flere paralleller til det, der i teoriafsnittet beskrives som en Recovery-mentor, med afvigelser i forhold til blandt andet aflønning, men væsentligst så differentierer det sig ved at være et gruppebaseret engangsmøde mellem mentor og mentees. Lone fortæller, at tidligere patienter inviteres til at dele fortællingen om deres liv og behandlingsforløb:

(...) så starter jeg altid med, at have en af de gamle [BEHANDLINGSTILBUDET]-unge til at komme og fortælle deres/hans historie, det plejer at være [navn] der starter. Hans historie [er], ikke meget accept, og hvordan han snød mig med / og sagde at han tog medicinen, og han tog ingen medicin og sådan, hopper meget ud i det fra første gang, hvor at øh han sætter ord på og siger, jamen det bedste I kan gøre det er at være ærlige overfor jer SELV, men også overfor jeres behandler, for hvordan skal I ellers få den optimale hjælp. Og så er det sådan Øjh (dybt suk), kan man næsten se, hvordan de bliver lidt mere sådan lettede “Okay”. (Bilag 5, p.5)

Behandleren beskriver, hvordan det indledende oplæg illustrerer et eksempel på en ikke helt vellykket behandlingsalliance med løgne. Behandlingsalliance udvikler sig i takt med, at det går op for den tidligere patient, at Lones forudsætning for at hjælpe ham afhænger af, at han fortæller sandheden, også når tingene ikke går som ønsket. Ved at give plads til en beretning, der skildrer en virkelighed med manglende syg-

domserkendelse og modstand i forhold til behandlingen – en virkelighed som mange af patienterne kan relatere til i større eller mindre omfang – Lones indtryk, at hun, skaber et incitament hos patienterne for at indgå i en behandlingsalliance. Hun siger: *”(...) min stemme har slet ikke den pondus, som de UNGE har, og de har en VIDEN, de har det på egen krop, de kan bare noget, jeg ikke kan. Og det GULD værd.”* (Bilag 5, p.22). Essensen i beretningen får, ifølge Lone, en anden tyngde, når den kommer fra en som selv har prøvet det, og Laura siger generelt om oplæggene fra tidligere patienter, at: *”(...) så står de ikke bare og snakker fordi at, det er noget de har læst, og så får de løn for det. (...) Så kan man også ligesom mærke dem på en anden måde.”* (Bilag 6, p.8). Laura giver udtryk for, at hun føler en større troværdighed i de ægte historier. Det er desuden interessant, at Laura nævner ”lønningen”, som et problem i forhold til fortællingens troværdighed, med tanke på, at mentorerne i Recovery-mentor aflønnes. Men det er en helt anden undersøgelse. Et andet aspekt, som derimod også kan antages at influere positivt på troværdigheden, er, at fortællinger ikke skildrer et tekstbogs-eksempel, men et virkeligt eksempel med alt hvad det indebærer af medgang og modgang. Lone fortæller om baggrunden for valget af de, der inviteres til at dele deres historie:

”(...) det behøver jo heller ikke at være nogle der har overskud. Ham [patient fra eksemplet med dårlig behandlingsalliance] der er bruger som er på som den første, han har så også haft tilbagefald efter han blev afsluttet (...) men det gør jo heller ikke noget at fortælle. Det er jo sådan det er. OG det er jo virkeligheden vi skal have frem og have synliggjort. Jamen, hvad gør man så. Det er ikke verdens undergang, at have et tilbagefald, men det er at lære at mestre det.” (Bilag 5, p.22)

Lone giver her udtryk for en overbevisning om, at det er relevant, at det er virkeligheden, med alle dens facetter, der skildres og ikke blot en historie om at være kommet sig. I teoriafsnittet beskrives det, at man ud fra en Recovery-orienteret forståelsesramme fokuserer på livserfaringer, frem for sygdomserfaringer og herunder er særligt optaget er de erfaringer, som vedkommende har gjort sig undervejs. Lone udtaler, at:

(...) det gør en forskel, når man møder nogle andre, der (...) VED og MÆRKER hvad det vil sige, og de kommer og bringer håbet ind i psykoedukationen. Det er derfor jeg tænker, at det her det kan ikke passe, at vi skal blive ved med at køre efter det manualiserede, gamle system. (Bilag 5, p.16).

Lone mener, at involveringen af de tidligere patienter er med til at skabe et håb for fremtiden, hvilket hun ikke tidligere har oplevet i samme omfang. Det er, som nævnt i teoriafsnittet, også et af målene i den manualbaserede psykoedukation, at skabe håb for fremtiden, men midlet til det mål fremstår anderledes i den tilpassede psykoedukation.

Udover inddragelsen af tidligere patienter er en fast del af den tilpassede psykoedukation, som tidligere nævnt, at en ekstern psykiater inviteres til at fortælle om den psykofarmakologiske behandling. Dette med udgangspunkt i patienternes ønsker i forhold til mere specifikt indhold: *"(...) han kommer og fortæller om, igen, på deres præmisser, for hvor vi så skriver op, hvad er det de gerne vil høre, og så er det ud fra DERES interessepunkter, at han så ligesom fortæller."* (Bilag 5, p.4f). I relation til denne session fortæller Anders: *"(...) vi snakkede jo sådan lidt om, hvad vi kan gøre ved for eksempel akinesi og sådan noget. Altså der synes jeg, at mange snakkede om at gå en tur og sådan noget (...) Det har jeg også brugt meget selv."* (Bilag 6, p.4). Her beskriver Anders, hvordan der inden for de faglige rammer, dannes et udgangspunkt for intern erfaringsudveksling, som muliggør, at han kan udvikle nye mestringsstrategier med inspiration fra andres erfaringer.

Opsummerende om sidste del af dette tema, at det er gennemgående, hvordan den interne erfaringsudveksling giver afsæt til udviklingen af nye mestringsstrategier. Dette gennem viden, der antages at være meningsfuld for patientgruppen, idet den kommer fra ligesindede Midlet til målet er, i sammenligning med den manualbaserede psykoedukation, anderledes. Som det fremgår af ovenstående analyse, tages der ikke udgangspunkt i skriftligt materiale, men i personlige fortællinger med kontekst-relevant viden. I forhold til målgruppens kognitive vanskeligheder kan det antages, at have en betydning, at materialet udfoldes i en mere praksisnær sammenhæng. Det bliver nemmere at huske, når praksiserfaring kombineres med ytringer, der er relevant i forhold til deltagernes personlige interesser. Derudover brydes der, med en

teknik som rundespørge, løbende med *kravet* til den vedvarende fastholdelse af opmærksomheden, som fylder mere i den manualbaserede undervisningsform.

Rollen som facilitator

Indtil ny har analysen beskæftiget sig med de tiltag, som er gjort, i forhold til indholdet og formen på den tilpassede psykoedukation. Et andet tema i det empiriske materiale indikerer, at disse tiltag også har betydet en ændring i rollen for den behandler, der står for psykoedukationen. Som det fremgår af følgende uddrag fra interviewet med Lone oplever hun, at hendes rolle, som ansvarshavende, har ændret sig:

(...) så er det jo sådan, at jeg ser mig selv som facilitator, fra tidligere, hvor jeg var underviser, men nu / den fornemmeste rolle jeg har det er hele tiden og facilitere samtalen i gang, få dem bragt i den åbne dialog. Og det kan jeg jo se, at ved at jeg får dem i den åbne dialog, det gør dem aktive. Des mere jeg får dem med, des mere levendegjort bliver hele psykoedukationen. (Bilag 5, p.5)

Lone beskriver, hvordan hendes rolle har ændret karakter fra underviser til facilitator, hvor hun især er optaget af, at facilitere den åbne dialog. Hun oplever, at det har betydning for karakteren af patienternes deltagelse, idet de er mere aktive, når det lykkes hende, at få dem med i den åbne dialog. Udviklingen af psykoedukationen har for Lone således fordret et øget fokus på at invitere til den åbne dialog, som blandt andet er sket ved brug af ”runder”, der består af åbne spørgsmål, som følges op af specifikke henvendelser, hvori der opmuntres til erfarings- og meningsdeling. Gennem dette virkemiddel får Lone mulighed for at undersøge, hvordan patienterne forstår og responderer på det pågældende emne, hvilket også beskrives som en central opgave for underviseren i den manualbaserede intervention. Et eksempel fra interviewet med patienterne illustrerer, at patienternes lyst til deltagelse i den åbne dialog udvikler sig gennem forløbet:

Interviewer: Laura, nu kommer jeg til at tænke på, hvad har du tænkt om det her med sådan at skulle dele, da I startede med at skulle fortælle?

Laura Det var MEGET grænseoverskridende i starten

Interviewer: Ja. (pause) Men det blev nemmere?

Laura: Jeg tror heller ikke at man sådan lige sagde det hele i starten.

Det er først kommet sådan lidt her til sidst

Interviewet: Ja. (pause) Og synes du så godt, at du kunne sige det meste (...) nu her?

Laura: Ja, her til sidst kunne jeg godt. Men ikke i starten. (Bilag 6, p.10)

Laura fortæller, at det i starten af forløbet var svært for hende at dele personlige fortællinger med andre, mere eller mindre, helt fremmede mennesker, men at dette udviklede sig løbende. Sammenholdes denne udtalelse med det sammenhold, som følger af blandt andet *Kropsbevidsthed* og gentagne møder, der gør at patienterne efterhånden udvikler et kendskab til hinanden, virker det naturligt, at det med tiden bliver nemmere at være åben. Men det fremstår også væsentligt at fokusere på den atmosfære, som etableres i forløbet, og i den henseende siger Lone:

(...) som jeg snakkede med en Ph.d-studerende om, at det handler rigtig meget om det RUM man får skabt. Og det RUM gør bare SÅ ubeskriveligt meget. Og hvor jeg sagde, ”*Jamen sådan er det jo bare*”, ”*Jamen det er jo ikke BARE naturligt, det er sådan, det er fordi du får det skabt. Ellers kan det ikke være der.*” (Bilag 5, p.23)

Citatet er et eksempel på, at Lone ved anden lejlighed, er blevet gjort opmærksom på vigtigheden af, at der ved psykoedukationen skabes en tillid og tryghed i fællesskabet, der kan give plads til at patienterne tør træde ind og deltage aktivt. Udover etableringen af ”et rum”, med plads til alle, beskriver Lone, at rollen som facilitator, fordrer en stor paratviden:

(...) det jeg synes, øh, der kan være mest udfordrende det er det der du skal hele tiden have en kæmpe stor paratviden, fordi du kan jo blive ledt over i alt muligt mærkeligt som (...), hvor en siger ”Jamen jeg vil gerne vide hvordan jeg finder en kæreste” (...) Der er jeg lidt udfordret, hvordan er det lige jeg fortæller om det, og giver nogle redskaber til dét. Men det er jo igen og gøre det (...) håndterbart. Der hvor de er nu, og prøve og igen og drage nogle ind. Der er

jo selvfølgelig altid én, der sidder, (...) dér HAR en kæreste. Og så kan jeg spørge, hvordan har du gjort / hvordan har du fundet dig en kæreste? Hvad gjorde DU? (Bilag 5, p.8)

Eksemplet viser, hvordan det bliver et middel for Lone, at uforudsete spørgsmål, kan besvares ved at tage udgangspunkt i personlige eksempler og erfaringer fra deltagerne i gruppen. Ved denne tilgang bliver det muligt for hende at møde patienternes behov spontant, hvilket også kan antages at have en positiv effekt på den stemning og tryghed, som er i "rummet" for psykoedukationen. Der er ikke dumme eller forkerte spørgsmål, og det viser Lone ved at tilgå alle spørgsmål og emner på imødekommende og undersøgende vis. Baggrunden for at kunne gøre det, handler, ifølge Lone, blandet andet om at: *"(...) have en viden om, hvad er det de unge gerne vil, hvad har de brug for, hvad giver mening i deres hverdag."* (Bilag 5, p.14). Kendskabet til gruppen, og hver enkelt deltager, giver Lone større råderum i forhold til at inddrage patienterne.

Om rollen som facilitator, ved den tilpassede psykoedukation, er det centralt, ifølge Lone, at facilitere en åben dialog med udgangspunkt i den unikke gruppe af deltagere. Dette gennem, på den ene side, et kendskab til generelle og overordnede symptom-billede, der fx angår kognitive vanskeligheder eller symptomer, der kan influere på patienternes evne til spontanitet og initiativ i samtalen. På den anden side ved at have en fornemmelse for, hvad der rører sig i den pågældende gruppe fra gang til gang. Ifølge Lone, kan der ved faciliteringen af sådanne rammer skabes et fundament for, at patienterne kan deltage aktivt:

(...) samtalen kan køre FULDTSÆNDIG ud i nogle HELT andre retninger, og hvor man oplever nogen, som måske SLET ikke er aktivt deltagende OVERHOVEDET, LIGE pludselig bryder ind, for DER er der bare noget, der VIRKELIG har deres interesse. Øh. Hvor vi havde en af mine unge, og han var og fortælle om hvordan han var kommet ud af misbrug, og der var det en af de unge piger, der så fortæller hvor meget hun har været ude i af misbrug (...) Alt-så, de bliver bare så STOLTE ikke, at her er der et rum, [hvor] der er PLADS, og der er RUM for at øh at ALT kan italesættes. Man kan give hinanden redskaber og tryghed. (Bilag 5, p.14)

Citatet er et eksempel, der viser hvordan kombinationen af emner, som patienterne finder interesse i, og facilitering af et forum, hvor patienterne opmuntres til at fortælle og bidrage med egne erfaringer. Lone oplever det som fremmede for den interaktive undervisningsform, der også fremhæves i den manualbaserede psykoedukation. Lones tilpasninger kan antages at tilbyde konkrete værktøjer til facilitering af interaktion i undervisningen.

Udgangspunkt for forståelse af psykoedukationen

Dette tema omhandler en tværgående betragtning vedrørende forståelsen af casen. I berøringen med feltet, både direkte og i det analytiske arbejde, fremstår en analyse af det forholdsmæssige i de beskrivelser, der bruges om den tilpassede psykoedukation.

Som det fremgår af den foreløbige analyse, beskriver Lone patienternes deltagelse ved den tilpassede psykoedukationen som aktiv, i sammenligning med tidligere manualbaserede forløb. Det er interessant, hvilken relativ opfattelse, der ligger bag denne beskrivelse. Oplever Lone, at de er mere aktive, fordi det er det, hun gerne vil se? Eller er der så markant en forskel, at det også opleves sådan for udefrakommende? Det kan være svært at vurdere. Med udgangspunkt i det, som Lone fortæller mig ved interviewet, overraskes jeg under observationerne af, at samtalen ikke bare flyder eller præges af spontane ytringer under psykoedukationen. Jeg oplever, at patienterne deler, når de spørges ved direkte henvendelse, og derudover svarer nogle af patienterne enkelte gange på de åbne spørgsmål (Bilag 7 – Feltnoter). Efterfølgende prøver jeg kræfter med en lignende situation under gruppeinterviewet med Anders og Laura. Her oplever jeg selv, hvor svært det er at facilitere en åben interaktion med diskussion og meningsdeling mellem de to, som ellers var en af tankerne bag valget af gruppeinterviewet. Det er antageligt negative symptomer, som manglende spontanitet og samtaleformåen, der kommer til udtryk ved nedsat talestrøm, der gør denne situation markant anderledes. Anders og Laura svarer sjældent, medmindre jeg henvender mig ved navns nævnelse, og hele interviewet kommer til at bære præg af, at jeg må formulere udsagn ud fra det, de siger, som de så bekræfter eller afviser med enstavelsesord eller kropssprog. Efter interviewet får jeg således en anden opfattelse af situationen ved psykoedukationen, hvor patienternes deltagelse nu fremstår for-

holdsmæssigt aktiv. Selvom jeg forud for undersøgelsen havde både praktisk og teoretisk kendskab til patientgruppen, blev jeg overrasket af, hvor markant patienternes sociale adfærd adskiller sig fra den adfærd, der ses hos mennesker, som ikke lider af skizofreni eller lignende diagnoser. Dette er desuden et eksempel på, hvor afgørende for forståelsen af en case, det kan være, at forskeren får mulighed for, at kontekstualisere den viden, der genereres i interviewsituationerne.

En lignende iagttagelse gælder i forhold til den stemning, jeg, i forbindelse med observationerne, oplevede i den halve time før floorball og psykoedukation, hvor tre-fire patienter mødte op. Smalltalking, foranlediget af Lone, om alt fra tilbud på mango til hvad der er sket siden sidst, er med til at skabe, hvad der umiddelbart opleves som en afslappet stemning (Bilag 7 - Feltnoter). Her må *afslappet* ligeledes betragtes som en beskrivelse, der er kontekst- og personafhængig. Med det menes, at stemningen er afslappet relativt i forhold til, at det er i en gruppe bestående af patienter med skizofreni, hvis sociale adfærd og kompetencer ikke kan sammenlignes med almen social adfærd i lignende sammenhæng. Udefrakommende vil antageligt opleve stemningen, som en smule akavet, og højst sandsynligt ikke afslappet. Som følge af min fagprofessionelle indsigt er det muligt at vurdere situationen på et andet grundlag, med højde for disse vanskeligheder. Som udefrakommende kan det få den konsekvens, at der uddrages resultater baseret på en undersøgelse af gruppen, hvor føromtalte omstændigheder ikke medtænkes i forhold til de svar, der gives:

(...) i sidste uge, der kom der to damer, fra [organisation], du ved, undersøgelser, der bliver lavet – den der patienttilfredshedsundersøgelse – en gang om året. Og de ville rigtig gerne møde nogle unge mennesker (...) Og de ville rigtig gerne høre /fordi når du ser i øh i de svar, der bliver givet, så har [patienterne] egentlig ikke fået noget særligt udbytte af gruppeforløb, og hvor jeg så snakkede med [damerne] her, jamen det handler jo rigtig meget om hvordan de her spørgsmål bliver *stillet*. Fordi, hvis ikke de forstår spørgsmålene, jamen hvad skal de så svare, ikk? (Bilag 5, p.18)

Som eksemplet fra interviewet med Lone illustrerer risikerer man fejlslutninger, hvis der ikke tages højde for svar, der er påvirket af faktorer som kognitive vanskeligheder eller negative symptomer. Et eksempel kunne være, at patienten ikke forstår

spørgsmålet, som følge af vanskeligheder med opmærksomhedsfunktionen, hvilket kan resultere i, at de ikke kan fokusere på spørgsmålet længe nok til at høre og forstå det. En anden årsag kunne også være, at manglende samtaleformåen eller initiativfægtigdom resulterer i, at de ikke får svaret, selvom de har hørt og forstået spørgsmålet.

Opsummerende kan det siges, at man som udefrakommende iagttager ikke har samme oplevelse af, hvad der sker med patienterne ved den tilpassede psykoedukation, som en behandler, der har lang praktisk erfaring med patientgruppen og som er dybt involveret i interventionen. Ligeledes er det en helt tredje oplevelse, jeg som fagpsykolog får, når jeg kombinerer mine teoretiske og praktiske viden med det, jeg ser. Det bliver tydeligt, hvordan forholdet mellem det, der ses, og den position, man har i forhold til at kende og forstå patientgruppen, har betydning for den virkelighed, man oplever. Om det forholdsmæssige vedrørende denne patientgruppe kan det siges, at en forudsætning for at forstå casen er at medtage patientgruppens vilkår i betragtningen på forløbet. Jeg finder det derfor væsentligt, at patienternes deltagelse og adfærd ved psykoedukationen vurderes med udgangspunkt i de vanskeligheder, og eventuelle øvrige symptomer, der generelt tegner sig for patienter med samme diagnose.

Opsamling

Den tilpassede psykoedukation er tilrettelagt med henblik på at bryde med uhenigtsmæssige mønstre, som høj frafaldsprocent og passiv deltagelse, der er blevet indkredset i en brugerinddragende undersøgelse, som Lone har lavet. Overbevisningen bag justeringerne er, at hun ved at inddrage patienternes ønsker og behov kan udvikle og etablere et tilbud, hvor patienterne kommer og deltager, forholdsmæssigt, aktivt.

Når den tilpassede psykoedukation løbende sammenholdes med den manualbaserede viser det sig, at der ikke er tale om en radikal ændring. Rammerne og sigtet med den psykoedukative intervention er nogenlunde uændret, mens det er i forhold til måden, hvorpå indholdet tilgås og bringes i spil, der ses ændringer. Med den tilpassede psykoedukation søges der væk fra formidlingen af et foruddefineret materiale, der tager udgangspunkt i interaktion mellem underviser og patienter. Den manualbaserede undervisningsform kan også antages at have udfordringer i forhold

til at imødekomme patientgruppens kognitive vanskeligheder mest hensigtsmæssigt, som det er beskrevet i afhandlingens teoriafsnit.

Om de konkrete tiltag, i forhold til fysisk aktivitet og involveringen af patienterne i undervisningen, kan det siges, at de fremstår som interessante bud på en anden måde at tilgå undervisningen af personer med kognitive vanskeligheder på. I forhold til den fysiske del gælder det, at undervisningselementer som motion og socialt samvær tilgås praktisk, og således ikke har et verbalt udgangspunkt, hvilket i sig selv kan være gavnligt for patienternes læringsudbytte. Derudover kan det antages, at de relationer, der styrkes ved den fysiske aktivitet, føres ind i den videre undervisningssituation, hvor det kan påvirke patienternes lyst til at deltage. Ifølge Lone, kan det også antages, at motionen har en positiv virkning på kognitive vanskeligheder, som opmærksomhedsfunktionen efterfølgende, hvilket vil blive udfoldet nærmere i diskussionen.

Den tilpassede psykoedukation tager, med tiltaget Mentoring⁶, udgangspunkt i førstehåndberetninger om konkrete og livsnære erfaringer fra nuværende eller tidligere patienter i sammen behandlingstilbud. Undervisningen er baseret på interaktionen internt i gruppen eller mellem nuværende og tidligere deltagere, og danner herved et grundlag for deling af viden, der fremstår vedkommende for at udvikle nye og hensigtsmæssige mestringsstrategier. Desuden bringes patienterne også med ind i planlægningen af indholdet fra gang til gang, uden foruddefinerede rammer, hvilket antages at være væsentligt i forhold til målgruppen, der ikke nødvendigvis trives bedre uden rammesætning. Tilgangen i den tilpassede psykoedukation tager således, på anden vis, hensigt til patienternes vanskeligheder, idet strukturen kan antages at bryde med *kravet* om vedvarende opmærksomhed ved. Derudover tager tilpassingerne udgangspunkt i patienternes behov og præferencer, hvilket kan antages at have en positiv virkning på motivationen for at deltage og derved også læringsudbyttet. Sidstnævnte vil blive udfoldet yderligere i diskussionen.

En overordnet betragtning vedrørende forståelsen af casen handler desuden om, at beskrivelserne skal forstås forholdsmæssigt med udgangspunkt i patienternes vilkår.

⁶ Mit ord i denne sammenhæng. Er begrebsliggjort længere oppe., (p.)

Diskussion

I dette afsnit fremgår først en udfoldelse af diskussionspunkter, som er udsprunget af ovenstående analyse af den tilpassede psykoedukation. Derefter optræder en diskussion af de forskellige informationskilder, og deres forudsætningerne for at bidrage med relevant information til belysning af casen.

Teoretisk diskussion

Følgende indeholder først en kort diskussion af begrebet brugerstyring med udgangspunkt i, hvad dette indebærer i forhold til casen. Efterfølgende fremgår en diskussion af forholdet mellem fysisk aktivitet og de kognitive vanskeligheder, der kan ses ved patienter med skizofreni samt en diskussion af betydningen af motiverende faktorer i forhold til læringsudbyttet. Begge diskussioner tager udgangspunkt i de tiltag, som Lone har ført ind i den tilpassede psykoedukation, og relaterer sig til spørgsmålet om eventuelle tiltag, der kan medføre en højere grad af overensstemmelse mellem krav og forudsætninger i undervisningen. Teori og forskning med relevans for det diskuterende vil blive inddraget løbende.

Brugerstyring

I det empiriske materiale anvendes begrebet brugerstyret flere gange i sammenhæng med den tilpassede psykoedukation. Med udgangspunkt i analysen kan det diskuteres om, der er overensstemmelse mellem, hvordan Lone anvender begrebet i praksis, og hvordan dette begreb er defineret af henholdsvis Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (VIBIS, 2015) og i *Web-håndbog om brugerinddragelse* fra Social- og finansministeriet (2002). Det lader dog ikke til, at der her er helt enighed om betydningen af begrebet. Ifølge VIBIS (2015) hører brugerstyring til under individuel brugerinddragelse: *"(...) hvor patienten inddrages i planlægningen og udførslen af behandlingen."* (ibid.). I Social- og finansministeriets *Web-håndbog om brugerinddragelse* (2002), indebærer det, at: *"(...) brugerne udgør det ledende niveau, selv formulerer værdier og udstikker rammer."* (p.9). Der er således paralleller i forhold til, at patienten i mere eller mindre grad er involveret i egen behandling.

I analysen fremgår det, at Lone anvender begrebet *Brugerstyret undervisning* om det aspekt, hvor patienterne er medbestemmende i forhold til hvilke spe-

cifikke emner, der skal tages udgangspunkt i ved sessionen omhandlende behandling med antipsykotika eller i forholdt til hvilken fysisk aktivitet, der skal laves næste gang. Her bruges begrebet således i forhold til medbestemmelse omkring planlægningen af indholdet i det pågældende forløb. Patienterne har i den tilpassede psykoedukation således mulighed for at præge det specifikke indhold fra gang til gang inden for, på forhånd – mere eller mindre – fastlagte rammer. I casen fremstår det således som om brugerstyring anvendes i en modificeret form, hvor styringen finder sted indenfor bestemte rammer. Tages en teoretiske og praktiske erfaringer med målgruppen i betragtning, fremstår det relevant, at indholdet ved psykoedukationen, på den ene side, ikke fastlægges fuldstændigt frit af patienterne eller, på den anden side, er helt fastsat af behandleren på forhånd. I stedet er der indikatorer i denne undersøgelse, som peger på, at læringsudbyttet får gode vilkår, når rammerne for planlægningen af indholdet hverken er for rigide eller for frie. Det virker relevant, at brugerstyringen er afpasset i forhold til den målgruppe, den anvendes i forhold til.

Fysisk aktivitet og kognitive vanskeligheder

Som det fremgår af analysen adskiller den fysiske aktivitet, der indleder psykoedukationen, sig markant i forhold til både undervisningsform og indhold sammenlignet med den manualbaserede. Tiltaget fremhæves positivt af både Anders, Laura og Lone, hvor sidstnævnte også har en oplevelse af, at patienterne profitere af den fysiske aktivitet på flere fronter, herunder på patienternes koncentrationsevne. Det fremstår derfor interessant at udfolde, hvilke implikationer der er, for fysisk aktivitet ved den tilpassede psykoedukation, i forhold til patientgruppen.

En undersøgelse viser, at moderat fysisk aktivitet, af 40 minutters varighed 3 gange om ugen i 3 måneder, udgjorde en markant forbedring på kognitive funktioner, som opmærksomhed, verbal indlæring og processeringshastighed, hos patienter med skizofreni (Su et al., 2016). Studiet er baseret på en undersøgelse af 57 patienter med skizofreni, der blev randomiseret til to grupper. En gruppe på 30 patienter, der i periode skulle dyrke moderat fysisk aktivitet på løbebånd og en anden gruppe på 27 patienter, der blev sat til at lave udstræk og toning af muskler med styrketræning (ibid,

p.394). Patienternes blev blandet andet testet⁷, umiddelbart efter og efter 3 måneder (ibid.). Undersøgelsen konkluderer, at *"In summary, our data provides initial evidence that aerobic exercise may contribute to improved performance in certain cognitive domains 3 months after the end of intervention and appear to be a promising addition to the routine treatment of schizophrenia."* (Su et al., 2016, p.401).

I forhold til de kognitive vanskeligheder, der kan antages at være udfordrede af undervisningsformen i den manualbaserede psykoedukation, fremstår denne undersøgelse interessant. Som nævnt ses der, efter et længerevarende med hyppig moderat træning, forbedringer på områder som opmærksomhed, verbal indlæring og processeringshastighed, der er tæt forbundet med arbejdshukommelsen. Områder der, som tidligere beskrevet, har en væsentligt betydning for patientgruppens muligheder for at profitere af psykosociale behandlingsindsatser som psykoedukation. Påvisningen af et kausalt forhold mellem moderat fysisk aktivitet og kognitive domæner, der er afficeret hos patienter med skizofreni, fremstår som et interessant bud på et behandlingstiltag, som kan adressere kognitive vanskeligheder, der er stærkt forbundet til patienternes funktionelle færdigheder (Su et al., p.394f).

Af det empiriske materiale fremgår det, at Lone oplever elementet med den fysiske aktivitet, som en medvirkende faktor i forhold til ændringer i patienternes deltagelseskarakter. Hun oplever, at de er mere aktivt deltagende og formår at holde koncentrationen længere tid efter floorball, hvilket beskrives som en udfordring i forhold til tidligere manualbaserede forløb. Inden for rammerne af den tilpassede psykoedukation er der, som nævnt, kun 30 minutters fysisk aktivitet én gang om ugen i ti uger. Selvom omfanget af fysisk aktivitet er et andet i undersøgelsen af Su et al. (2016), samt at der ikke ses nogen umiddelbar effekt på kognitive domæner, foranlediger undersøgelsens resultater mig til refleksioner i forhold til et eventuelt lignende, formentlig mindre udtalt, resultat efter det tilpassede psykoedukationsforløb.

På den ene side er det ikke hensigten med den psykoedukative intervention at danne ramme for et, forholdsvis omfattende, forløb med fysisk aktivitet, men

⁷ De kognitive funktioner blev testet ved brug af MATRICS Consensus Cognitive Battery (MCCB), på nær nr. 7 (social kognition) i testbatteriet - The Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (Su et al., 2016)

derimod at formidle viden om behandlingen af sygdomsrelaterede aspekter, herunder fx hvordan kognitive vanskeligheder kan bedres ved fysisk aktivitet (NIP, 2014, p.21). Det kan antages, at formidlingen af ”viden” om forholdet mellem fysisk aktivitet og kognitive vanskeligheder, i den tilpassede psykoedukation sker indirekte med et element af *learning by doing*, hvor patienterne gennem praksis erfaring mærker kvaliteterne ved fysisk aktivitet på egen krop. Patienterne kan gennem konkret og fysisk bekendtskab få mulighed for at opdage nye interesser, der antageligt kan motivere dem til yderligere fysisk aktivitet efter eller ved siden af psykoedukationen. Herved kan psykoedukationen være en faktor i forhold til, at patienterne påbegynder fysisk aktivitet, der på længere sigt kan give resultater, som i omtalte undersøgelse. Uanset om tiltaget fører til mere fysisk aktivitet hos patienterne eller ej, kan den fysiske aktivitet, som laves i forbindelse med den tilpassede psykoedukation, med rimelighed placeres i kategorien ”det skader ikke”.

På den anden side er det ikke nyt, at man medtænker fysisk aktivitet som en del af en integreret og helhedsorienteret behandlingsindsats af patienter med skizofreni (Sundhedsstyrelsen, 2004, p.33). Patientgruppen forbindes med øget syge- og dødelighed, blandt andet som følge af psykofarmakologisk behandling, der resulterer i overvægt og hjerte-kar-sygdomme (ibid., p.33f). Det antages, at fysisk aktivitet har en positiv effekt på disse følger, og af denne grund er det også interessant at være optaget af fysisk aktivitet, som en del af behandlingen til patienter med skizofreni. Ved at integrere det i den psykoedukative intervention får patienterne mulighed for at opleve virkningen, ikke bare på kognitive områder, men også i forhold til øget psykisk energi (Nordentoft, 2014, p.205). Det er også meget interessant i forhold til, at patienter som nævnt, også kan opleve vanskeligheder med eksekutive funktioner, der besværliggøre initiativet til at komme i gang med at være fysisk aktiv (ibid., p.243). Disse effekter havde patienterne antageligt ikke haft mulighed for at mærke på egen krop, inden for rammerne af undervisningsformen i den manualbaserede psykoedukation.

Som tillæg til positive virkninger i forhold til kognitive funktioner, overvægt og hjerte-kar-sygdomme, forhøjet psykisk energi og negative symptomer får patienterne, i den tilpassede psykoedukation, også mulighed for at profitere af samværet med andre gennem holdsport. Fysisk aktivitet skaber gode muligheder for at være sammen med andre og bryde med sociale tilbagetrækning (ibid., p.207). I analysen fremgår det, at

patienter fremhæver det sociale aspekt ved den tilpassede psykoedukation, positivt, hvilket tolkes som et udtryk for at det er indirekte givende for muligheden for at profitere mere af psykoedukationen. Det skyldes, at det interne kendskab er medvirkende til at etablere et tillidsfuldt rum, hvor patienterne tør dele erfaringer. I den forbindelse kunne det være relevant at lave en ny undersøgelse af mulighederne for at koble fysisk aktivitet, i et større omfang, med det sociale samvær omkring en holdsport. Eventuelt som et selvstændigt behandlingstiltag.

Motiverende faktorer

Med udgangspunkt i analysen af de nye tiltag, i den tilpassede psykoedukation, synes det relevant at diskutere, hvorvidt der kan tales om ændrede motivationsbetingelser i undervisningsformen. Blandt andet ud fra en betragtning om, at kognitive forudsætninger ikke alene er afgørende for læringsudbyttet, hvilket også er betinget af motivationen for at lære (Manger, 2010, p.5). I den tilpassede psykoedukation er der fokus på motivation i forhold til at komme og deltage aktivt – relativt aktivt i forhold til de vanskeligheder der kan ses patientgruppen, som tidligere berørt. Der sigtes mod at generere motivation for dette gennem brugerinddragelse, og tiltag som *modificeret brugerstyring*, mentoring, både indbyrdes i gruppen og eksternt ved inddragelse af tidligere brugere og socialt samvær omkring fysisk aktivitet.

Ifølge Ryan og Deci (2010) kan motivation opfattes som skabende, opretholdende og styrende for bestemte handlinger og adfærd. De mener, at motivationen varierer i både grad og type, og sidstnævnte opdeles i indre og ydre motivation. Indre motivation opfattes som en naturlig lyst til at lære og beskæftige sig med egne interesse, hvor det fx er interessant for en bestemt aktivitet, der driver individets handlinger (ibid, p.56). Ydre motivation aktiveres af eksterne begivenheder eller incitamenter, som fx ros og belønning (ibid., p.55). Den indre motivation beskrives som væsentlig i uddannelsesøjemed på grund af den naturlige lyst til at lære, der er indlejret i mennesket (ibid.,)

I forhold til den psykoedukative intervention beskriver Lone, hvordan hun tidligere oplevede, at de deltagere, som mødte op, virkede passive og uengagerede. Med udgangspunkt i Ryan og Deci's (2010) betragtninger om motivation, kan det antages at have sammenhæng med en lav grad af indre motivation for deltagelse. Dette kan være et resultat af, at deltagelsen tidligere har bundet i ydre incitamenter,

som fx mere eller mindre pålagt. I det tilpassede forløb er udgangspunktet, at patienterne selv vurderer, hvornår vedkommende er klar til at deltage ved psykoedukationen, i modsætning til det manualbaserede forløb, hvor det var ud fra behandlerens vurdering af parathed. Det kan antages, at patienten, der selv vurderer parathed, i øget grad reflekterer over eget udgangspunkt for deltagelse, hvorved vedkommende får muligheden for at finde interesser i forløbet, der kan generere indre motivation. Patienten får en oplevelse af selv, at have valgt noget til – af autonomi, hvilket Ryan og Deci (2010) også beskriver som væsentligt i forhold den indre motivation (ibid., p.65). Det er da også en relevant diskussion, hvorvidt en tilgang, hvor brugerne selv vurderer parathed, kan kompliceres af manglende sygdomserkendelse og sygdomsaccept - forhold der knytter sig specifikt til målgruppen. Det fremstår som en risiko ved denne metode, at mange patienter falder fra, hvis de ikke er parate til at deltage. I forbindelse med observationerne blev jeg bekendt med, at patienterne, i den tilpassede psykoedukation, deltog mere eller mindre kontinuerligt gennem hele forløbet (Bilag 7 – Feltnoter). Det kan eventuelt bero på, at det med ændringerne i undervisningsformen, lykkes Lone, at generere øget indre motivation for deltagelse hos patienterne. Ved at basere undervisningen på organistatorisk brugerinddragelse, får Lone indblik i de faktorer, som tidligere patienter vurderer interessante og meningsfulde. Derudover er patienternes interesse medtænkt, idet der undervejs tages et individuelt udgangspunkt i deltagernes livserfaringer og oplevelser. Det giver mulighed for aha-oplevelser, der manifesterer sig som meningsfuld læring for patienterne (Manger, 2010, p.17). Det kan antages i højere grad at appellere til en indre genereret motivation, sammenlignet med den manualbaserede psykoedukation, der har et mere standardiseret og generelt udgangspunkt for undervisningen.

I forhold til undersøgelser, der rækker ud over rammerne for denne, fremstår det, på baggrund af denne diskussion, nærliggende at udfolde casen, og de incitamenter for øget motivation, der ligger i den tilpassede psykoedukation, mere indgående. Det kunne fx være ved brug af Ryan og Deci's (2010) self-determination teori.

Opsamling

Opsummerende om den teoretiske diskussion kan det siges, at en modificering af værktøjet brugerstyring fremstår relevant i forhold til målgruppen. Med udgangs-

punkt i teoretisk og praktisk erfaring målgruppen fremstår det relevant, at involvere brugerne i beslutninger vedrørende indholdet i psykoedukationen, under rammer, der balancere indenfor fastlagte og frie rammer.

I forhold til den fysiske aktivitet og tiltag, der kan medføre en øget grad af motivation, fremstår begge dele som relevante i forhold til at imødekomme de kognitive vanskeligheder, der kan ses hos patientgruppen. Undervisningsformen og indholdet i den tilpassede psykoedukation fremstår således som nogle interessante, og nye, midler til at nå målet med den psykoedukative intervention – øget viden om sygdom og behandling, med henblik på hensigtsmæssige mestringsstrategier. Med afsæt i denne slutning fremstår et interessant aspekt, til videre udfoldelse, at undersøge paralleller til psykoedukation for patienter med depression, der kan opleve lignende kognitive vanskeligheder (Psykiatrifonden, UD, 2). Herved kunne erfaringer med at tage højde for disse udfordringer de ene sted give inspiration til nye teknikker eller undervisningsformer det andet sted.

Metodisk diskussion

Dette afsnit tager udgangspunkt i en diskussion af de forskellige datakilder, og deres forudsætningerne for at bidrage med relevant information til belysning af casen.

Diskussion af undersøgelsens informationskilder

Casestudiet som forskningsstrategi har, som beskrevet, haft betydning for undersøgelsens design omkring metodevalg i forhold til kombinationen af informationskilder til belysning af problemformuleringen. Det empiriske grundlag udgøres således af interview, hvor et behandlerperspektiv og to patientperspektiver er repræsenteret, samt deltagerobservationer, der giver mulighed for kontekstualisering af udsagn fra interviewene. Denne kombination giver mulighed for triangulering af informationerne, der er relevant for validiteten af den viden, der kan uddrages (Pedersen, 2012, p.125). Derudover indeholder opgavens også teoretiskbaserede informationer i forhold til sammenstillingen af det manualbaserede forløb og de kognitive vanskeligheder, der kan ses ved patienter med skizofreni.

I indledningen fremgår det, at jeg havde et forhåndskendskab til behandlingstilbuddet og Lone, som følge af et praktikophold i foråret 2015. Det er, som nævnt, her jeg

stifter bekendtskab med de modsætningsforhold, jeg ser mellem den manualbaserede psykoedukation og de kognitive vanskeligheder, som kan ses hos patienter med skizofreni. Begge dele beskrevet i afhandlingens teori-afsnit. Undervejs har kendskabet, og den etablerede relation, været et tilbagevendende i flere sammenhænge. Derudover har det også været et gennemgående fokus for mig, at blive bevidst omkring de forskellige positioner, jeg har været i – fx i forhold til Lone, som jeg kender, og i relationen til Anders og Laura. Som værktøj til løbende refleksion over de omskiftelige positioner, har jeg, som nævnt, valgt at tage udgangspunkt i begrebet *forskerposition*, der påvirkes af faktorer som forskerens teoretiske og praktiske kendskab til området samt relationerne til de involverede (Kragelund, 2007, p.72). Begrebet opererer i et spektrum fra ukendt (outsider) til en integreret del af sammenhængen (insider). Beskrivelserne af disse forhold gives med henblik på at imødekomme kriteriet om transparens i undersøgelsen gennem kortlægningen af min relation til de involverede (Tong et al., 2007, p.351).

Særligt koncentreret i fasen omkring indsamlingen af det empiriske materiale, oplevede jeg, hvordan min position i sammenhængen havde betydning for den information og viden, jeg fik adgang til (Matthiesen, 2014, p.46;170ff). Jeg oplever, at Lone, der også har ageret gatekeeper undervejs, positionerer mig som *en bekendt og ligeværdig fagperson*. Det hænger formentlig sammen med den forudgående relation, der har medført en tillidsfuld relation fra start. Jeg får i denne sammenhæng en position, der ligger tættere på insideren i føromtalt kontinuum, som en del af sammenhængen. Det antages således ikke, at det i dette tilfælde har været en ulempe, at interviewet er lavet før observationerne, da relationen, og dermed fortroligheden, allerede er etableret (Pedersen, 2012, p.125). Dertil er det mit indtryk, at Lone er meget optaget af projektet, hvilket tilfører hendes velvillige og meget engagerede fortælling om projektet en ekstra dimension. Begge dele kan være en fordel i forhold til den viden, der, på baggrund heraf, kan genereres, idet Lones engagement betyder det, at hun gavmildt beskriver og fortæller om projektet. Den ivrighed, som ligger bag udtalelserne, betyder også, at jeg hurtigt tvinges til at være meget fleksibel i forhold til kronologien i interviewguiden. Det er min opfattelse, at interviewet stadig har en semistruktureret karakter, da jeg er optaget af, at få svar på samtlige spørgsmål - også selvom rækkefølgende ændres - samtidig med, at jeg er undersøgende overfor det Lone fortæller mig. I den her sammenhæng oplevede jeg det, som en udfordring, at jeg ikke havde observeret psykoedukationen forud for interviewet.

Det hænger sammen med, at indholdet i casen faktisk kom lidt bag på under interviewet, hvorfor min spørgsmål antageligt kunne have været mere afpassede i forhold til casen (Pedersen, 2012, p.125). Overraskelsesmomentet er formentlig et resultat af, at jeg havde en praksisbaseret forforståelse af psykoedukationsforløbet, der så viste sig at være ændret.

I forhold til Anders og Laura positioneres jeg, i den ende af spektret, hvor jeg kan betragtes som outsider. Jeg er udefrakommende, men indtager i midlertidig flere forskellige roller undervejs ved psykoedukationen (Kragelund, 2007, p.73). Eksempelvis deltager jeg begge gange aktivt, på lige fod med både behandlere og patienter, i forbindelse med floorball (Bilag 7 - Feltnoter). Ved den efterfølgende del af psykoedukationen er karakteren af min deltagelse i den *passivt observerende* ende af kontinuummet (Pedersen et al., 2012, p.18f). Min tilstedeværelse i forbindelse med observationerne har betydet, at jeg ikke fremstår fremmed ved gruppeinterviewet. Det kan have haft den betydning, at der hurtigere etableres en tillidsfuld situation, der giver patienterne lyst til at ytre deres meninger (Pedersen, 2012, p.125). Herved kan det antages, at mængden og dybden i det, der bliver fortalt, øges, hvorved min viden bliver større sammenlignet med en situation, hvor jeg var helt fremmede for Anders og Laura. I forhold til min relation til dem, har karakteren af min position, givet anledning til refleksioner. Det er min oplevelser, at jeg positioneres som *forsker* eller *behandler*, og ikke som ligesindet. Det hænger selvfølgelig sammen med, at jeg ikke har forudsætninger for at deltager under samme livsvilkår og betingelser, som patienterne, men også i forhold til, at jeg i sidste del af psykoedukationen, ikke stræber efter at deltage på lige fod. Ligesom kendskabet til Anders og Laura, i kraft af deltagerobservationer, kan have været fremmede for den information, jeg gives, kan min position også antages at have haft en modsatrettet indflydelse herpå. Det hænger sammen med, at jeg, i en position som behandler, kan blive opfattet, som én, der er interesseret i at varetage en positiv fremstilling af forløbet. Sidstnævnte har jeg forsøgt at overkomme ved at italesætte vigtigheden af, at en evaluering indeholder *alle* aspekter, positive som negative, netop med henblik på at skabe det mest optimale psykoedukationsforløb.

I analysen fremgår det, at gruppeinterviewet bar præg af få spontane ytringer, hvilket resulterer i, at jeg forsøger at formulere udsagn med udgangspunkt i der de siger, hvilket de så responderede på. Et eksempel fra interviewet er:

Interviewer: Ja. Hvordan kunne du mærke, at du var for syg til at deltage første gang?

Anders: Jamen jeg kunne måske ikke koncentrere mig om det, og sådan noget. (I: mmh)

Interviewer: Okay. Ja. Det kunne du bedre nu her?

Anders: Ja

Interviewer:: Kan man sige du har fået mere ud af det så?

Anders: Ja.

Interviewer: Ja. Har du været med før Laura?

Laura: Nej

Interviewer: Nej. Hvorfor ville du gerne være med til det så?

Laura: Fordi jeg synes bare det lød spændende. (Bilag 6, p.3)

Citatet er et eksempel på, hvordan flere passager i gruppeinterviewet forløber, og det bliver af den grund et fokus for mig at forsøge at undgå ledende spørgsmål i forhold til materialets pålidelighed.

Afslutningsvis vedrørende de teoretiske informationskilder anvendes der empirisk- og evidensbaseret materiale fra forskning på områderne. I forhold til at sammenholde det manualbaserede psykoedukationsforløb med den tilpassede psykoedukation kunne det have været interessant, at lave et lignende casestudie af et manualbaseret forløb med henblik på at undersøge og forstå forskellen mellem disse (Ramian, 2010, p.30).

Vurdering af undersøgelsens empiriske grundlag

De forskellige informationskilder bidrager hver især med unik og relevant viden i forhold til belysningen af problemformuleringen. Den teoretiske sammenstilling af den manualbaserede psykoedukation og de kognitive vanskeligheder, der kan ses hos patienter med skizofreni relaterer sig overordnet til besvarelsen af første del af problemformuleringen. Her belyses en kontrast i de krav undervisningsformen stiller i forhold til patientgruppens kognitive forudsætninger. I forhold til vurderingen af reliabilitet, validitet og generaliserbarhed antages det, at informationerne her både opfylder muligheden for at reproducere fundene, de opfattes som gyldige og kan føres

fra én situation til en lignende situationen. Dette med udgangspunkt i, at de oprindelige kilder opfylder disse krav.

I forhold til informationskilderne i casestudiet kan det overordnet siges om interviewet med Lone, at det, der kan uddrages heraf, bidrager med relevant information i forhold til, at belyse Lones oplevelse af de tilpasninger, der er foretaget, såvel som baggrunden for disse. I interaktionen med det teoretiske og det øvrige empiriske materiale, giver det interessante bud på tiltag, der kan facilitere en større sammenhæng mellem krav og forudsætninger i forbindelse med den psykoedukative intervention. Om interviewet med patienterne Anders og Laura er en overordnet betragtning, at det stillede store krav til det håndværksmæssige aspekt af interviewet som metode (Kvale & Brinkmann, 2009, p.100). Det skyldes, at jeg måtte *hive* ordne ud af patienterne og derfor have fokus på ikke at lægger svar i munden på dem, og derved påvirke reliabiliteten, samtidig med at jeg fik brugbare svar til videre brug. På den baggrund er det min vurdering, at der må tages forbehold overfor noget af data-materialet med patienterne, af den årsag at det kan være svært at vurdere om svarene reelt er et udtryk for deres holdning. På trods af dette forbehold er det min overbevisning, at materialet bidrager - nogle passager mere end andre - til belysning af, hvordan Anders og Laura oplever de tilpasninger, som Lone har foretaget.

Kombinationen af interview og observationer har i forhold til begge interview, givet mig muligheden for at forstå udtalelserne i relation til den kontekst, som de beskriver. Derudover har jeg gennem observationerne fået adgang til supplerende oplysninger, der kan uddybe eller nuance det empiriske materiale fra interviewene. Det fx i forhold til udvidet indblik i praktiske rammer, samt i forhold til at opleve et værktøj som ”runden” i praksis. Sammensætningen af interview – observation – interview har desuden givet mulighed for at få øje på det forholdsmæssige aspekt, der peger på, at patienternes deltagelse og adfærd ved psykoedukationen, må forstås med udgangspunkt i de særlige vilkår som er forbundet til denne patientgruppe.

Opsummerende om den viden, der genereres i casen, er det min opfattelse, at denne kan være vejledende for lignende sammenhæng. Nogle elementer i casen er forbundet til faktorer som diagnosen, praktiske rammer omkring psykoedukationen og det overordnede indhold heri, der ikke adskiller sig markant fra faktorer i et manualbaseret psykoedukationsforløb samt behandlingstilbuddet, der også findes meget tilsva-

rende andet steds. Disse betingelse kan således antages at være rammesættende for psykoedukationsforløb i andet regi eller andre sammenhæng. Herved kan der antages at være lignende forhold og sammenhæng, hvor de forhold der knytter sig mere specifikt til casen – det være sig fysisk aktivitet og de forskellige versioner af mentoring – kan bruges som inspiration med henblik på at opnå nogle af de samme resultater.

Konklusion

Af ovenstående undersøgelse konkluderes det, at der kan tales om en kontrast mellem de kognitive forudsætninger, som undervisningsformen i den manualbaserede psykoedukation kræver, og de kognitive vanskeligheder, som kan ses hos patienter med skizofreni. Det kommer til udtryk i forhold til en struktur, som fordrer vedvarende fastholdelse af opmærksomheden, hvilket beskrives som en udfordring for patientgruppen. I forhold til den manual baserede psykoedukation fremhæves det, at underviseren må forsøge at etablere en interaktiv undervisningsform med henblik på at skabe en dynamik i undervisningen, der kan bryde med kravet til fastholdelse af opmærksomheden. Dertil konkluderes det, at negative symptomer, som passivitet og manglende samtaleformåen, har betydning for, at det kan være svært at foranledige en interaktiv undervisningsform. Ligeledes kan det konkluderes, at undervisningen, i det manualbaserede forløb, som tager udgangspunkt i verbale informationer – både mundtligt og skriftligt – er i uoverensstemmelse med de vanskeligheder, som forbindes til patientgruppens verbale indlæring. Når indlæringen kompliceres af uhensigtsmæssige undervisningsstrategier, er det antageligt sværere for patienterne at anvende den viden, der formidles ved psykoedukationen, da den, som resultat af en utilstrækkelig indlæring, ikke lagres i hukommelsen.

De tiltag som er indført ved den tilpassede psykoedukation baserer sig på et ønske om at bryde med uhensigtsmæssige mønstre, der influerer negativt på deltagerantallet samt karakteren af patienternes deltagelse. Således er det ikke sigtet, at finde frem til en undervisningsform, der matcher patienternes kognitive vanskeligheder bedre. Med udgangspunkt i casestudiet af den tilpassede psykoedukation konkluderes det, at de justeringer, der er foretaget fremstår som interessant bud på tiltag, der i højere grad kan imødekomme de kognitive vanskeligheder, som kan ses hos patienterne. Først og fremmest opleves tiltaget med fysisk aktivitet, givende i forhold til parametre, som

overvægt, koncentrationsevnen, indirekte socialfærdighedstræning gennem det sociale samvær med andre. Med udgangspunkt i diskussionen konkluderes det, at tiltaget indeholder interessante elementer i forhold til effekt på kognitive funktioner, og som motiverende faktorer (generet af interesse), der influerer på læringsudbyttet, og på negative symptomer, som ringe sociale færdigheder. Det vil dog kræve videre forskning, at slutte noget entydigt vedrørende virkning på kognitive funktioner indenfor de rammer, som den tilpassede psykoedukation udstikker for fysisk aktivt. I forhold til indlæringen fremstår det positivt, at undervisningsformen er baseret på praksisudførelse frem for verbalt.

I forhold til intern og ekstern mentoring, er der indikationer for, at "runden" soværktøj, kan fremme den interaktive undervisningsform og bryde med den vedvarende opmærksomhed. Her får patienterne mulighed for at udveksle viden og erfaring, som er interessebaseret, idet patienterne bringes med ind i planlægningen af indholdet, indenfor et forudbestemt overordnet tema, fra gang til gang. Det konkluderes, at sidstnævnte har positive implikationer for patienternes motivation i forhold til kontinuerlig tilstedeværelse og aktiv deltagelse i den åbne dialog, hvilket også antages, at være relevant i forhold til at øge læringsudbyttet.

Det konkluderes, at der, i den tilpassede psykoedukation, ikke er ændret markant i de overordnede rammer eller ved det mål, som beskrives i forbindelse med manualbaseret psykoedukation. I stedet medfører tiltagene ændringer i undervisningsformen og indholdet, ved at inkludere patienternes behov og præferencer i tilrettelæggelse og udførelse af forløbet. Det er således midlet, og ikke målet, der fokuseres på. Midlet, brugerinddragelse, fysisk aktivitet og mentoring, i den tilpassede psykoedukation fremstår overordnet som mere hensigtsmæssig i forhold til patienternes kognitive forudsætninger.

Referenceliste

- Bauer, K., Børner, H., Jeppsen, P., Joahnnesen, K.H., Lindhardt, A., Nordentoft, M. & Vibeck, P. (2012). *Barrierer for optimal psykiatrisk behandling- Ekspertter har defineret og dokumenteret ti barrierer, som hindrer den bedst mulige behandling af psykisk syge danskere*
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. In: *Qualitative Research in Psychology*. 3. (pp.77-101).
- Brinkmann, S. & Kvale, S. (2009). *Interview – introduktion til et håndværk* (2th ed.). København: Hans Reitzels Forlag. (Kap. 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8 & 15).
- Brinkmann, S. (2010). Etik i en kvalitativ verden. In Brinkmann, S. & Tanggaard, L. *Kvalitative metoder*. Hans Reitzels Forlag. (kap.20, pp. 429-447).
- Christensen, Ø.T. & Wiwe, L.B. (2004). Kognitive Dysfunktioner hos patienter med skizofreni. In: *Psykologi nyt*, nr.23. (pp.15-21).
- Christensen, T.Ø., (2006). *Kognitive og psykosociale dysfunktioner ved skizofreni*. Ph.d. afhandling. Fællestrykkeriet for Sundhedsvidenskab, Aarhus universitet
- Kragelund, L. (2007). *Dilemmaer ved at gennemføre forskning i egen organisation*. Klinisk sygepleje, 21. årgang. nr.1. (pp.72-80)
- Christensen, T.Ø., Olsen, B.B. & Vestergaard, L. (2014). Kognitive forstyrrelser ved skizofreni – konsekvenser og behandling. In: Nordentoft M., Melau, M., Iversen, T. & Kjær, S.: *Psykoze hos unge – symptomer, behandling og fremtid*. (1. udgave, 2. oplag). (Kap. 17, pp.241-254)
- Den Nationale Skizofrenidatabase (NIP). (2014). *Dokumentalistrapport*, version 4. Psykiatrien, Region Nordjylland. (2015). *Psykiatriplan 2015-202 – Sikre og effektive patientforløb med mennesket i centrum*. (Kap. 7, pp.44-49)
- Feldman, M.S., Bell, J. & Berger, M.T. (2003). *Gaining Access. A Practical and Theoretical Guide for Qualitative Researchers*. Oxford: Altamira Press.
- Gouliav, G. & Vind, B. (1998). Symptomer, diagnose og kognitive psykozemodeller. In Jørgensen, P. & Rosenberg, N.K.: *Kognitiv behandling af skizofreni*. (Kap. 1, pp.9-30). København: Hans Reitzels Forlag
- Gurd, J. M., Kischka, U. & Marshall, J.C. (2010). *Handbook of Clinical Neuropsychology*

-
- chology. Oxford University Press.
- Hecksher, M.S. & Skanning D. (2005). Psykoedukation og social færdighedstræning. In: Mørch, M., & Rosenberg, N.K.: *Kognitive terapi – Modeller og metoder*. (Kap.12, pp.296-126). København: Hans Reitzels Forlag
- Information. (2016). Dokumentation: Opråb fra børne- og ungdomspsykiatrien
- Johansen, M.B. (2016). *Det starter med et spring - historie og udvikling i recovery-mentor projektet i Region Hovedstadens Psykiatri fra 2013-2016*. Psykiatri, Region hovedstaden.
- Kjær, S. (2014). Psykoedukation. In: Nordentoft M., Melau, M., Iversen, T. & Kjær, S.: *Psykose hos unge – symptomer, behandling og fremtid*. (1. udgave, 2. oplag). (Kap.10, pp.131-140)
- Lundbeck. (UD). *Psykoedukation om cognitive forstyrrelser – til patienter med skizofreni og deres pårørende*. Lundbeck.
- Manger, T. (2010). Motivation og Mestring. Frederikshavn: Dafolo Forlag
- Matthiesen, N. C. L. (2014). *Voices of the unheard – home-school collaboration between Somali diaspora families and teachers in Danish public schools*, (pp.162-180)
- Merinder, L. & Hougaard, E. (1998). Psykoedukation. In Jørgensen, P. & Rosenberg, N.K.: *Kognitiv behandling af skizofreni*. (Kap. 10, pp.248-266). København: Hans Reitzels Forlag
- Nordentoft, M., Jørgensen, P., Galløe, M., Kraup, G. & Martinussen, M. (2002). *Unge med psykose – en integreret indsats*. (Kap. 1, pp. 15-25 & kap. 7, pp.101-109.). København: Hans Reitzels Forlag
- Nordentoft, M. (2014). Skizofreni og psykose – symptomer, forløb og prognose. In: Nordentoft M., Melau, M., Iversen, T. & Kjær, S.: *Psykose hos unge – symptomer, behandling og fremtid*. (1. udgave, 2. oplag). (Kap. 1, pp.9-22).
- Pedersen, M., Klitmøller, J., & Nielsen, K., (2012) En rehabilitering af deltagerobservation i psykologien. In Pedersen, M., Klitmøller, J., & Nielsen, K.: *Deltagerobservation. En metode til undersøgelse af psykologiske fænomener*. (kap. 1, p.11-27). København:Hans Reitzels Forlag.
- Pedersen M., (2012). Triangulær validering – Samspillet mellem deltagerobservation og kvalitative interview. In Pedersen, M., Klitmøller, J., & Nielsen, K.: *Deltagerobservation. En metode til undersøgelse af psykologiske fæ*
-

-
- nomener. (kap. 8, p.121-135). København: Hans Reitzels Forlag.
- Pekkala E & Merinder L. (2002). *Psychoeducation for schizophrenia*. Cochrane Database Syst Rev. 2002;(2):CD002831.
- Psykiatrifonden. (UD, 1). Mere lighed i sundhed
- Psykiatrifonden. (UD, 2). Kognitive vanskeligheder.
- Ramian, K. (2010). Casestudiet i praksis. Århus: Academica (Kap. 2, pp.15-32, Kap.8, pp.81-90 & Kap.11, pp.113-135)
- Rasmussen, K.S., Rix, E. & Woel, K. (2010). Brugerens egen stemme. In Eplov, L.F., Korsbek, L., Petersen, L. & Olander M.: *Psykiatrisk & psykosocial rehabilitering – en recoveryorienteret tilgang*. (Kap.18., pp.225-237). København: Munksgaard Danmark
- Region Nordjylland, Psykiatrien. (2016) . *Manual til psykoedukation ambulante /indlagte patienter med skizofreni (voksne)*.
<https://pri.rn.dk/Sider/5956.aspx> Søgt d.30/5-2017
- Region Sjælland, Psykiatrien. (2015). *Psykoedukation - Til patienter med skizofreni eller anden psykose samt deres pårørende. En manual*.
http://www.regionsjaelland.dk/sundhed/geo/psykiatrien/om_psykiatrien/for-fagpersoner/psykoedukation/Documents/Manualforskskizofreni.pdf
Søgt d. 30/5-2017
- Ryan, R. M. & Deci, E.L. (2000). Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. In: *Contemporary Educational Psychology*, 25. (pp.54-67)
- Socialministeriet & Finansministeriet (2002). *Web-håndbog om brugerinddragelse*. (pp.5-10). Socialt Udviklingscenter SUS i samarbejde med Finansministeriet og Socialministeriet.
- Su, C., Wang, P., Lin, Y, Tang, T., Liu, M. & Chen, M. (2016). The effects of aerobic exercise on cognition in schizophrenia: A 3-month follow-up study. In: *Psychiatry Research* 244. (pp.394-401)
- Sundhedsstyrelsen (2004). *Referenceprogram for skizofreni*. (Kap.1, pp. 13-16, Kap.2, pp.16-23 & Kap. 4, pp.28-35). Sundhedsstyrelsen.
- Tanggaard, L. & Brinkmann, S. (2010). Interviewet: samtalen som forskningsmetode. In Brinkmann, S. & Tanggaard, L. *Kvalitative metoder*. Hans Reitzels Forlag. (kap.1, pp. 29-55).
- Tanggaard, L. (2012). Validitet i forbindelse med deltagerobservation. In Pedersen,
-

-
- M., Klitmøller, J., & Nielsen, K.: *Deltagerobservation. En metode til undersøgelse af psykologiske fænomener.* (kap. 14, p.202-2010). København: Hans Reitzels Forlag
- Tong, A., Sainsbury, P. & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. In: *International Journal of Quality in Health Care.* Volumie 19, Number 6. (pp.349-357)
- VIBIS. (2015). Definition af brugerinddragelse.
<https://danskepatienter.dk/vibis/definition-af-brugerinddragelse> Søgt den 28/5-2017
- Videnscenter for brugerinddragelse i sundhedsvæsenet (UD). *Det brugerinddragelse hospital – et samarbejdsprojekt mellem VIBIS, Aarhus Universitetshospital og Aarhus Universitet.* p.2

Bilagsmateriale (Samtlige bilag er vedlagt på USB)

Bilag 1 - Interviewguide – Behandler

Bilag 2 - Interviewguide – Patienter

Bilag 3 - Samtykkeerklæring – Behandler

Bilag 4 - Samtykkeerklæring – Patienter

Bilag 5 - Transskription – Behandler

Bilag 6 - Transskription – Patienter

Bilag 7 - Feltnoter