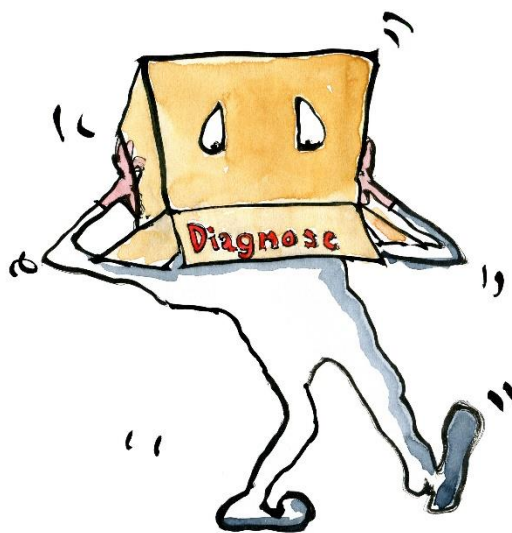


Når den psykiatriske sygeplejerske har personlige erfaringer med psykisk sygdom i en recovery-orienteret psykiatrisk praksis

Specialeafhandling i Psykologi og Sundhedsfremme & sundhedsstrategier

Af Louise Hornbøll (64685)



Roskilde Universitet

Juni 2020

Vejleder: Sofie Pedersen

Antal anslag: 151.177

Abstract

The aim of this thesis is to explore the experiences of nurses, who have personally experienced mental health problems in a workplace at a mental health ward. In Denmark, there is a political focus on a recovery-oriented practices in mental health practices which means, a focus on the patients' possibility to get well and to live a meaningful life, despite their mental illness. To support this strategy, formerly patients, *peers*, are being recruited at the mental health wards as role models to patients and employees as a good example of the possibility to reach recovery. At the same time, there are several healthcare professionals, who have had similar experiences and can be used as role models like the peers.

Research shows that stigma and discrimination are common in the Danish society as well as in the mental health wards. This stigma will impact the health care professionals' decisions to disclose mental illness.

The extent and influence of nurses' personal experience of mental health on clinical practice has not previously been examined in Denmark in a recovery-oriented practice. To examine this, the thesis operates in a collective and a personal domain due to the thesis' theoretical perspective, which draws on dialectic materialism and therefore a dialectical understanding of the relationship between the historical and cultural environment and the nurse. In continuation of this, I will include activity theory which is theoretical approaches build on the dialectical foundation. Using this background. I will investigate, how nurses' own personal experiences of mental health inform their mental health nursing practice, and how they handle these experiences in a way, that makes sense for themselves and the patients. This will be investigated through semi-structured interviews with four nurses, who have personal experiences with mental illness. To reach the historical and cultural perspective, I want to examine how these experiences are connected to the political strategy with recovery, and which value positions and cultural traditions that affects the society, the mental health services and the nurses handling of personal experiences. I want to examine this perspective through a analysis of a political paper about recovery and an interview with Ole Rytto, nurse manger in the mental health services in Region Syddanmark.

The analysis indicates that personal experiences with mental illness give the nurses a motive to work in a mental health ward and makes their personal experiences meaningful. In that case they also get

some competences in their work setting, but these competences are not accepted in the culture at the mental health wards. It was found that the nurses' fear stigma and discrimination from colleagues and that this would dissuade them from disclosing a mental illness. It was also found that the culture at the wards does not include recovery-orientated values and traditions despite the political focus on this strategy. This culture affects the nurses' way to be professionals, where they cannot have a mental illness and have similarities with the patients. This is paradoxically since the personal experiences with mental illness give the nurses competences and knowledge, which would support the patient's recovery as it is intended with the political recovery-strategy. Consequently, it makes it difficult for the nurses to handle their personal experiences in a way that makes it meaningful when they at the same time need to hide a part of themselves. The discussion opens a perspective of the need to address the taboo of mental health disclosure within clinical nursing practices and to debate the extent to which personal and professional boundaries are negotiated during clinical encounters.

Indholdsfortegnelse

Abstract	2
1. Indledning.....	6
1.1 Motivation og personlig baggrund	6
1.2 Samarbejde med Landsindsatsen EN AF OS	7
1.3 Problemfelt.....	8
1.3.1 Stigmatisering af psykisk sygdom i samfundet.....	8
1.3.2 Stigmatisering af psykisk sygdom blandt sundhedsprofessionelle	9
1.3.3 Recovery-orienteret praksis og peer-medarbejdere i psykiatrien.....	9
1.3.4 Sundhedsprofessionelle med egne erfaringer med psykisk sygdom	11
1.4 Afgrænsning	12
1.5 Problemformulering.....	13
1.6 Introduktion til specialets opbygning	13
2. Videnskabsteoretisk og teoretisk grundlag.....	15
2.1 Videnskabsteoretisk grundlag	15
2.2 Virksomhedsteori.....	16
2.2.1 Virksomhed, motiv, handling og mål	18
2.2.2 Objektiv betydning og subjektiv mening.....	18
2.2.3 Psykiatrien som en samfundsmæssig institution	19
3. Metode.....	22
3.2 Mixed methods	22
3.3 Interview af sygeplejersker	23
3.3.1 Undersøgellesdesign.....	23
3.3.1.1 Valg af interviewpersoner	24
3.3.1.2 Præsentation af interviewpersoner.....	24
3.3.1.3 Iscenesættelse af interview	25
3.3.1.4 Transskribering	26
3.3.1.5 Etisk protokol	26
3.4 Skriftligt interview af sygeplejefaglig direktør	28
3.5 Dokumentanalyse	28
4. Diskussion af de anvendte metoder.....	29

4.1 Diskussion af interview som metode.....	29
4.1.1 Semistrukturerede interviews.....	29
4.1.2 Skriftligt interview.....	31
4.2 Diskussion af dokumentanalyse som metode.....	32
5. Analyse.....	34
5.1 Analysestrategi.....	34
5.3 Sygeplejerskernes håndtering af personlige erfaringer med psykisk sygdom.....	36
5.3.1 Personlige erfaringer med psykisk sygdom som motiv.....	36
5.3.2 En underliggende stigmatisering.....	38
5.3.3 Psykisk sygdom som en kvalifikation?.....	39
5.3.4 En gensidig objektgørelse.....	45
5.3.5 Recovery er mulig.....	46
5.3.6 Selvstigmatisering.....	47
5.3.7 Meningsfulde handlinger på trods af begrænsende betingelser.....	48
5.3.8 Når det meningsfulde mangler.....	50
5.3.9 Delkonklusion.....	51
5.4 Den recovery-orienterede praksis.....	52
5.4.1 Diagnose eller menneske?.....	53
5.4.2 <i>Dem og os</i> -kultur.....	55
5.4.3 Åbenhed om psykisk sygdom blandt personalet.....	55
5.4.4 Ansættelse af peer-medarbejdere.....	58
5.4.5 Manglende medindflydelse.....	59
5.4.6 Delkonklusion.....	60
6. Konklusion.....	62
7. Perspektivering.....	65
8. Litteraturliste.....	66

1. Indledning

Dette speciale har til formål at undersøge, hvilke oplevelser sygeplejersker, som arbejder eller har arbejdet i psykiatrien, har med samtidig at have personlige erfaringer med psykisk sygdom. Det vil ud fra en virksomhedsteoretisk analyse undersøges, hvordan de håndterer de erfaringer på en måde, hvor de kan skabe mening for dem selv og patienterne. Dette vil blive undersøgt i en kontekst, hvor man fra politisk side ønsker en recovery-orienteret praksis i psykiatrien, hvor fokus er på en grundlæggende tro på, at man kan komme sig fra psykisk sygdom og få et meningsfuldt liv. Hvordan sygeplejerskernes erfaringer og håndtering af personlige erfaringer hænger sammen med denne recovery-orienteret praksis, vil ligeledes være omdrejningspunktet for dette speciale.

1.1 Motivation og personlig baggrund

Jeg er uddannet sygeplejerske fra 2016 og har tidligere arbejdet i børne- og ungepsykiatrien. Derudover har jeg siden 2012 været frivillig hos Landsindsatsen EN AF OS, hvor jeg har fortalt min personlige historie om at vokse op med en forælder med en psykisk lidelse samt et personligt forløb med en enkeltstående depression. Jeg har set mine personlige erfaringer som en kompetence i mit arbejde, da det betød, at jeg indimellem oplevede at kunne sætte mig i patientens sted. På trods af, at jeg selv oplevede mine personlige erfaringer som en kompetence, var det ikke noget jeg talte højt om på min arbejdsplads. Jeg oplevede enkelte gange, at patienterne konfronterede mig med min historie, da jeg offentligt fortalte den gennem EN AF OS. Jeg fandt det i starten grænseoverskridende, da man som sygeplejerske er oplært i at have en professionel relation til patienterne, hvor der er en skarp grænse mellem det private og professionelle (Broeng, 2009).

Jeg havde også flere kollegaer, som havde egne erfaringer med psykisk sygdom. Jeg oplevede dog ikke en generel åbenhed om dette, men fordi de kendte min baggrund, åbnede de op for mig. De kollegaer var, i mine øjne, nogle af dem, der var bedst til deres arbejde med patienterne. Det kom til udtryk ved, at de var meget engagerede i deres arbejde og havde en god kommunikation med og om patienterne.

Jeg har undret mig over, at psykiatrien, gennem en recovery-orienteret tilgang, ansætter peer-medarbejdere, som har personlige erfaringer med psykisk sygdom, og som skal agere rollemodel og give patienterne et håb om, at man kan komme sig, når man i forvejen har sundhedspersonale, der har

disse erfaringer, og på den baggrund har mulighed for at møde patienterne ligeværdigt og skabe det håb for patienterne. Denne gruppe af medarbejdere talte dog ikke højt om disse erfaringer, da det fremstod tabubelagt at være 'en af dem' med psykisk sygdom inde på livet. Patienterne og sygeplejerskerne var ikke ligeværdige, men i stedet opdelt i 'dem' og 'os'. Min erfaring fra praksis og fra tidligere projekt på RUC er, at den nye udvikling med peer-medarbejdere i psykiatrien er med til at skubbe til denne forståelse, men at de også bliver et mellemlid, som hverken bliver 'dem' eller 'os'.

Det undrer mig, at man i psykiatrien ikke inddrager personalets personlige erfaringer på en måde, som kan være med til at understøtte en recovery-orienteret tilgang. Det er mit udgangspunkt for at undersøge dette nærmere.

1.2 Samarbejde med Landsindsatsen EN AF OS

Landsindsatsen EN AF OS er en national oplysningsindsats, som har en overordnet vision om at gøre livet bedre for alle ved at fremme inklusion og bekæmpe diskrimination, som er forbundet med psykiske lidelser. De arbejder ud fra udgangspunktet om, at mange ikke har en tilstrækkelig viden om psykisk sygdom, hvilket er en af årsagerne til, at der eksisterer fordomme om mennesker med psykisk sygdom. EN AF OS ønsker at øge danskernes viden om psykisk sygdom, skabe mere åbenhed og større forståelse for psykisk sygdom. EN AF OS gør blandt andet dette gennem frivillige ambassadører, som selv har eller har haft en psykisk lidelse og/eller er pårørende. De frivillige fortæller deres personlige historier og deler deres erfaringer med psykisk sygdom, for på den måde at fremme forståelsen for, hvad det vil sige at leve med en psykisk lidelse og nedbryde tabuet og tavsheden. Bag EN AF OS er et netværk bestående af Danske Regioner, Sundhedsstyrelsen, Kommunernes Landsforening, Socialstyrelsen, Komiteen for sundhedsoplysning, Trygfonden, Psykiatrinetværket og Psykiatrifonden (EN AF OS, 2019).

Jeg arbejder i dag ved EN AF OS som studentermedhjælper, og min interesse ligger derfor særligt indenfor afstigmatiseringsindsatser. Formålet med specialet er at bidrage med ny viden til EN AF OS' indsatsområder, som er målrettet personale i psykiatrien.

EN AF OS og projektleder Johanne Bratbo vil fungere som sparringspartnere undervejs i specialets produktion.

1.3 Problemfelt

I følgende afsnit vil jeg præsentere problemfeltet. De undersøgelser der indgår her, er primært fundet gennem en systematisk litteratursøgning (se bilag 1).

1.3.1 Stigmatisering af psykisk sygdom i samfundet

Psykisk sygdom er en folkesundhedsudfordring i Danmark og udgør en stor del af det samlede sygdomsbillede (Bentzen, 2019). Det skønnes, at 10 procent af den danske befolkning i 2019 havde en psykisk lidelse, og det kan derfor ses som en væsentlig og relevant samfunds- og sundhedsproblematik (Bedre Psykiatri, 2019). På trods af, at psykiske lidelser er så udbredt og rammer så mange danskere, er der alligevel mange fordomme og misforståelser om psykiske lidelser.

Epinion har på vegne af EN AF OS i 2017 gennemført en befolkningsundersøgelse bestående af 1.514 interviews med repræsentativt udvalgte danskere fra 18 år og derover. De blev spurgt ind til deres forståelse af og oplevelser med psykisk sygdom. Her angav 68%, at de var enige eller meget enige i, at personer med psykisk sygdom ofte er mere ustabile end andre personer. 79% angav, at de var uenige i eller i tvivl om, hvorvidt en person med skizofreni kan blive helbredt (Epinion, 2017). Det er på trods af, at man i dag har en evidensbaseret viden om, at man kan leve et velfungerende liv med psykisk sygdom, og at man kan komme sig fra psykiske sygdomme som skizofreni (Petersen et. al, 2008; Hopper et. al, 2007).

Disse fordomme, misforståelser og myter kan medføre en afstandtagen til personen, som har en psykisk lidelse, hvilket kan være en yderligere belastning oven i sygdommen alene (Epinion, 2017).

Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning har på vegne af Landsindsatsen EN AF OS i 2013 og 2015 udført to diskriminationsundersøgelser blandt mennesker med psykiske lidelser om deres oplevelser med negativ forskelsbehandling og stigmatisering. Undersøgelserne var designet som spørgeskemaundersøgelser. Undersøgelsen fra 2015 viste blandt andet, at der blandt 1.269 deltagere var 91%, der havde oplevet en eller anden form for negativ forskelsbehandling på mindst ét af de undersøgte livsområder, for eksempel job, uddannelse og nære relationer (Rasmussen & Ejbye-Ernst, 2015).

De to samlede undersøgelser viste desuden, at selvstigmatisering er et stort problem for mennesker med psykisk sygdom. Selvstigmatisering henviser til, når personer med psykisk sygdom internaliserer den negative forskelsbehandling, som de oplever, og sætter begrænsninger for sig selv ud fra en

forventning om, at de vil blive mødt af negativ forskelsbehandling og fordomme. Her angav 92% af deltagerne at have afholdt sig fra handlinger eller på en eller anden måde udvist selvstigmatiserende adfærd inden for det sidste år (Rasmussen & Ejbye-Ernst, 2015).

1.3.2 Stigmatisering af psykisk sygdom blandt sundhedsprofessionelle

Diskriminationsundersøgelserne fra EN AF OS viser, at op til 47% af deltagerne i kontakten med det psykiatriske sundhedssystem har oplevet, at psykiatrisk personale har stigmatiseret og udøvet en negativ forskelsbehandling overfor dem (Rasmussen & Ejbye-Ernst, 2015). Denne stigmatisering og negative forskelsbehandling blandt personalet i psykiatrien bekræftes af flere internationale undersøgelser (Harangozo et. al, 2014; Henderson et. al, 2014; Waugh et al., 2017).

Undersøgelserne peger derved på, at der også findes en række fordomme, myter og misforståelser blandt personale i psykiatrien, som hver dag arbejder med patienter og borgere der har psykiske lidelser. Det kan fremstå paradoksalt, da jeg har en forestilling om, at det er her, at mennesker med psykiske lidelser har størst mulighed for at blive forstået og få hjælp til sine psykiske problemstillinger.

Det kan også være problematisk, da undersøgelser viser, at relationen mellem den sundhedsprofessionelle og patienten har betydning for, hvordan patientens behandling forløber. Det har både betydning for patientens oplevelse, men også på det medicinske og biologiske resultat (Kelley et al., 2014; Farrelly et al., 2014; Green et al., 2008). Hvis stigmatisering præger relationen, kan det dermed også have betydning for resultaterne af patienternes behandling.

1.3.3 Recovery-orienteret praksis og peer-medarbejdere i psykiatrien

Mange steder i Danmark, både i regioner og kommuner, arbejdes der med indsatser, der har fokus på recovery. Recovery betyder *at komme sig*. Der har tidligere været en tradition i psykiatrien, hvor personalet sjældent signalerede håb om muligheden for at komme sig overfor mennesker med alvorlig psykisk sygdom (Andersen, 2020). I dag er der et politisk fokus på at skabe en psykiatri, hvor man gennem en recovery-orienteret strategi, vil udvikle en praksis, der understøtter patientens recoveryproces. Patienten kan opnå klinisk recovery, hvor man bliver helt symptomfri, eller personlig recovery. Det er ofte den personlige recovery, som man tilstræber i psykiatrien. Socialstyrelsen beskriver den personlige recovery således:

”Recovery er personlig proces, som handler om at skabe sig et meningsfuldt og tilfredsstillende liv, som borgeren selv definerer - med eller uden symptomer. I en personlig recovery er det borgerens egen idé om og fortolkning af trivsel i tilværelsen, som er central. Det betyder, at borgerens indefra-perspektiv i særlig grad bliver betydningsfuldt i forhold til viden om det gode liv. Borgeren ses derfor som ”erfarings-ekspert” med vigtig viden om egne personlige drømme, ønsker og håb” (Socialstyrelsen, 2017).

I forbindelse med den recovery-orienterede strategi ansætter man i psykiatrien medarbejdere, som har eller har haft en psykisk sygdom. Denne gruppe af medarbejdere betegnes ofte som *peers*. Sundhedsstyrelsen beskriver, at erfaringen viser, at peers kan spille en unik rolle i den indsats, der gives til mennesker med psykiske lidelser, da de kan give et andet perspektiv, end det sundhedspersonalet kan bidrage med (Sundhedsstyrelsen, 2019). En af disse peer-indsatser findes i Region Hovedstadens Psykiatri, hvor visionen for psykiatrien er at arbejde ud fra en recovery-orienteret tilgang (Stærkind, 2019). De har i den forbindelse ansat peers og uddannet dem som recovery-mentorer. Disse recovery-mentorer er tidligere patienter i psykiatrien og har selv gennemgået en recovery-proces. De ansættes som medarbejdere i psykiatrien og fungerer som en slags rollemodel for patienter, borgere og medarbejdere og bliver på den måde et bevis på, at man kan komme sig fra psykisk sygdom. Overfor patienten er deres rolle, via et ligeværdigt møde og en bruger-til-bruger-støtte, at understøtte patientens recoveryproces. Recovery-mentorerne er således med til at understøtte udviklingen af en recovery-orienteret kultur på de psykiatriske afdelinger (Rasmussen, 2019).

Et dansk PhD studie fra 2018 peger dog på, at den recovery-orienterede praksis mest af alt findes i bevidstheden og i retorikken hos sundhedspersonalet, og at den forsvinder i omsætningen til handlinger i praksis. Strategien synes at blive underkendt af to overordnede faktorer: Et dominerende medicinsk behandlingsparadigme, hvor sundhedspersonalet bibeholder beslutningskraften og kan træffe beslutninger for patienternes behandling uden at konsultere patienterne, samt et konkurrerende behov for at skabe sengepladser. Undersøgelsen viser, at sundhedspersonalet fortsat har beslutningsevnen og magten i relationen til patienten på trods af, at det gennem recovery-strategien ønskes, at patienten får mere medbestemmelse i eget behandlingsforløb (Madsen, 2018).

Jeg anser det som problematisk, hvis sundhedspersonalet har beslutningsevnen samtidig med, at de har fordomme overfor patienterne, hvilket de tidligere præsenterede undersøgelser viser (Rasmussen & Ejbye-Ernst, 2015; Harangozo et. al, 2014; Henderson et. al, 2014). Det kan have betydning for, at patienterne oplever at blive mødt med manglende respekt og forståelse i psykiatrien, hvilket kan have betydning for deres behandlingsforløb.

1.3.4 Sundhedsprofessionelle med egne erfaringer med psykisk sygdom

Studier peger på, at en stor del af sundhedspersonalet inden for psykiatrien i høj grad motiveres til at arbejde i psykiatrien, fordi de har personlige erfaringer med psykisk sygdom, enten fra dem selv eller fra deres nærmeste pårørende (Oates, Drey & Jones, 2017; Tay, Alcock & Scior, 2017; Conchar & Repper, 2014). Det kan fremstå paradoksalt, at der samtidig er så mange patienter, der har oplevelser med stigmatisering i psykiatrien, når meget af det sundhedspersonale, der møder patienterne, også selv har personlige erfaringer med psykisk sygdom.

En engelsk interviewundersøgelse fra 2017 blandt 27 sygeplejersker med personlige erfaringer med psykisk sygdom viste, at sygeplejerskerne i høj grad brugte disse erfaringer i mødet med patienterne. Studiet viste, at de personlige erfaringer generelt fik sygeplejerskerne til at føle, at de forstod patienterne, deres situation, og hvad de kunne have behov for. Det var dog alligevel meget sjældent blandt sygeplejerskerne, at de talte åbent om disse erfaringer overfor patienterne og kollegaer. Størstedelen af sygeplejerskerne angav, at det blev set som et tabu, og de følte, at det overskred nogle grænser i relationen mellem dem som professionelle og patienten (Oates, Drey & Jones, 2017).

To kvalitative undersøgelser fra England, som blev udført uafhængig af hinanden i 2017, peger begge på en problematik om, at meget sundhedspersonale har personlige erfaringer med psykisk sygdom samtidig med, at der i høj grad findes stigmatisering af psykisk sygdom, både direkte overfor patienterne og på personalestuen, når patienterne omtales. Det kan være problematisk, da sundhedspersonalet med egne erfaringer derfor ikke taler åbent om disse erfaringer på grund af selvstigmatisering og en frygt for at blive stigmatiseret og diskrimineret af kollegaer (Waugh, 2017; Tay, Alcock & Scior, 2017).

Der kan samtidig opstå en udfordring, hvis sygeplejerskerne har særlige sårbarheder, og de føler, at de ikke kan være åbne omkring dette. En dansk undersøgelse af det psykiske arbejdsmiljø blandt sygeplejersker fra 2013 viste, at sygeplejersker, der arbejder på psykiatriske afdelinger, er særligt udsatte for stress og udbrændthed. Det kan skyldes, at de i høj grad udsættes for følelsesmæssige

krav, herunder krav om, at de skal skjule deres følelser. Disse krav kan være vanskelige, da det samtidig kræves, at de er deltagende og ikke må være følelseskolde. Her skelner man ofte mellem det professionelle, det private og det personlige. Balancen består i at undgå at blande det private ind i relationen til patienten men samtidig bruge sine personlige kompetencer på en faglig og professionel måde (Kristensen, 2013). Det er hertil interessant, om sundhedspersonale, som har personlige erfaringer med psykisk sygdom, oplever, at disse følelsesmæssige krav, kan være særligt svære for dem.

1.4 Afgrænsning

Undersøgelserne præsenteret i problemfeltet peger på, at sygeplejerskerne kan opleve deres personlige erfaringer med psykisk sygdom som en kompetence. Tabu og (selv)stigmatisering gør dog, at de sjældent fortæller kollegaer og patienter om deres personlige erfaringer. Det kan fremstå paradoksalt, at man i psykiatrien ønsker at arbejde med udgangspunkt i en recovery-orienteret praksis, med et stort fokus på ansættelsen af peer-medarbejdere, når der i forvejen er sundhedsfagligt personale, som også har lignende personlige erfaringer med psykisk sygdom. Forskellen på sygeplejersker og peer-medarbejdere i psykiatrien er her, at peer-medarbejderne er ansatte til direkte at anvende deres personlige erfaringer og møde patienten ligeværdigt, hvor sundhedspersonalet også har andre fokusområder.

Gennem afdækningen af problemfeltet bliver det klart for mig, at der er nogle paradokser i hele den recovery-orienterede strategi. For kan peer-medarbejderne være med til at skabe en kultur, som er fokuseret på at give patienterne et håb om, at man kan komme sig fra psykisk sygdom samtidig med, at sundhedspersonalet, i frygt for at blive stigmatiseret, holder deres personlige erfaringer med psykisk sygdom skjult. Samtidig skal sygeplejerskerne navigere rundt i kravet om, hvilke følelser de må vise overfor patienterne, hvor sygeplejersken skal undgå at blande det private ind i relationen til patienten, men skal samtidig også skal bruge sine personlige kompetencer på en faglig og professionel måde.

Jeg ønsker i dette speciale at undersøge disse paradokser nærmere og herigennem få en indsigt og forståelse for, hvad der er på spil i denne kultur, når sygeplejersker har personlige erfaringer med psykisk sygdom.

Jeg er i mit speciale derfor interesseret i at undersøge, hvilke oplevelser sygeplejersker, som arbejder eller har arbejdet i psykiatrien, har med at have personlige erfaringer med psykisk sygdom, og hvordan de håndterer disse erfaringer, så det giver mening for dem selv og patienterne. Derudover er jeg interesseret i at undersøge, hvordan sygeplejerskernes perspektiver, oplevelser og erfaringer hænger sammen med den recovery-orienterede tilgang, der politisk ønskes i psykiatrien, samt at undersøge, hvilke perspektiver sygeplejerskernes håndtering åbner op for i den recovery-orienterede tilgang.

Gennem litteratursøgningen og afdækningen af undersøgelser om genstandsfeltet blev det klart for mig, at det ikke er en problemstilling, der er undersøgt i en dansk kontekst, og med et særligt fokus på den recovery-orienterede strategi. Jeg vil med mit speciale derfor bidrage med ny viden inden for dette felt.

I specialet vil jeg fokusere på sygeplejersker og derved afgrænse mig fra andre faggrupper i psykiatrien. Det skyldes, at de er den største faggruppe i psykiatrien, og er dem, der har den største kontakt med patienterne (Sundheds- og Ældreministeriet, 2018).

Det fører mig til følgende problemformulering:

1.5 Problemformulering

Hvordan håndterer sygeplejersker med personlige erfaringer med psykisk sygdom disse erfaringer, så det giver mening for dem selv og patienterne på de psykiatriske afdelinger? Hvilken sammenhæng er der i dette perspektiv med den recovery-orienterede tilgang, som politisk ønskes i psykiatrien, og hvilke perspektiver åbner sygeplejerskernes håndtering op for i denne recovery-orienterede kultur?

1.6 Introduktion til specialets opbygning

Jeg vil først præsentere mit videnskabsteoretiske grundlag, da dette former de teoretiske og metodiske valg. Derefter vil jeg præsentere den teoretiske tilgang og de teoretiske begreber, som jeg vil anvende som analyseenheder i specialet. Dernæst vil jeg præsentere de metoder, som jeg har benyttet, herunder de metodiske design og processer. I forlængelse af denne præsentation vil jeg diskutere anvendelsen af de metodiske tilgange.

Dernæst vil analysen fremgå, hvor jeg først vil præsentere analysestrategien. På baggrund af problemformuleringen vil analysen være opdelt i to dele. Analysen vil desuden være diskuterende i forhold til de fund, der fremkommer i undersøgelsen, hvor jeg også vil sammenholde mine fund med undersøgelserne fra problemfeltet. Jeg afrunder specialet med en konklusion og dernæst perspektiverende refleksioner.

2. Videnskabsteoretisk og teoretisk grundlag

I dette afsnit vil jeg præsentere dialektisk materialisme som min videnskabsteoretiske tilgang i specialeafhandlingen samt de refleksioner, jeg har gjort mig i forbindelse med ontologi og epistemologi. Dernæst vil jeg præsentere virksomhedsteorien som den teoretiske tilgang, jeg har valgt at inddrage.

2.1 Videnskabsteoretisk grundlag

I dette speciale ønsker jeg at forstå det at have personlige erfaringer med psykisk sygdom og et samtidigt arbejde i psykiatrien som et fænomen, der er historisk, materielt, socialt og personligt. Dette fænomen ser jeg som formet af en hverdagspraksis i psykiatrien, hvor der er nogle rammer og betingelser samtidig med, at fænomenet og sygeplejerskernes perspektiver er med til at forme den praksis, der er i psykiatrien.

Mit genstandsfelt kalder således på et videnskabsteoretisk og teoretisk grundlag, der kan indfange en dialektisk sammenhæng mellem individet og verden. Mit videnskabsteoretiske afsæt vil derfor være inspireret af dialektisk materialisme, som kan give en forståelse af individ og objekt som afhængige af hinanden i dette dialektiske forhold (Sonne-Ragans, 2012).

Karl Marx har sammen med Friedrich Engels udviklet den dialektiske materialisme, hvor grundtanken er, at verden er materiel og består af dynamiske, modsætningsfyldte og samvirkende strukturer, der påvirker og påvirkes af hinanden. Det betyder, at individet er et produkt af objektive ydre rammer og strukturer, samtidig med at det er med til at producere disse (Sonne-Ragans, 2012).

Denne dialektiske forståelse betyder derfor, at jeg anser individet som ikke determineret af samfundets normer, værdier og betingelser, idet individet har mulighed for at ændre disse strukturer gennem sin praksis og virksomhed. Individet er dog ikke frit stillet til at skabe og ændre omverdenen. Det vil i et vist omfang være underlagt de samfundsmæssige vilkår og kan derfor handle under særlige betingelser (Christensen, 2014).

Det ontologiske udgangspunkt for specialet er derfor, at verden er materiel og består af dynamiske, modsætningsfyldte og samvirkende strukturer, der påvirker og påvirkes af hinanden, samt at virkeligheden eksisterer uafhængigt af individets erkendelse, og at den kan erkendes (Sonne-Ragans,

2012). Den viden jeg producerer i dette speciale, vil derfor være en situeret, social og kontekstafhængig viden, hvor sygeplejerskernes hverdagspraksis i psykiatrien og deres håndtering af personlige erfaringer med psykisk sygdom skal forstås i en dialektisk sammenhæng med de strukturelle og sociale betingelser, der er i samfundet og i psykiatrien. Specialets epistemologiske udgangspunkt er således realistisk, og de teoretiske perspektiver, jeg inddrager, skal kunne overkomme modstillingen mellem subjekt og objekt, hvor individet i verden forstås som forbundet gennem praksis (Sonne-Ragans, 2012).

Specialet er formet med udgangspunkt i den personlige og faglige baggrund, jeg har som både tidligere sygeplejerske i psykiatrien og gennem mit arbejde i EN AF OS. Jeg har herigennem en forforståelse om fænomenet og problemstillingen, som er opstået på baggrund af mine erfaringer og den viden, jeg har oparbejdet gennem litteratursøgningen. Jeg benytter denne forforståelse i mødet med genstandsfeltet, men forholder mig også reflektivt til den og hvordan både mødet med genstandsfeltet påvirker denne forforståelse, men også hvordan min forforståelse påvirker genstandsfeltet.

2.2 Virksomhedsteori

Jeg har valgt at inddrage virksomhedsteorien, da denne teori kan tilbyde en dialektisk forståelse af forholdet mellem individ og verden, og fordi den tilbyder begreber, som er interessante i forhold til specialets analyse. Jeg vil i dette afsnit introducere virksomhedsteorien, og de virksomhedsteoretiske begreber, der vil være centrale i specialet.

Virksomhedsteorien er udviklet af Aleksej Leontjev og hører til under den kulturhistoriske skole. Den kulturhistoriske skole er grundlagt i 1920'erne af Lev Vygotsky og senere udviklet i tæt samarbejde mellem Leontjev og Alexander Luria (Knutagård, 2013). Gennem inspiration fra Marx var Vygotskys vision at udvikle en psykologisk teori, hvor individet og verden står i et dialektisk forhold til hinanden, og hvor mennesket forstås som et biologisk, socialt og bevidst væsen, som er handlende. Derudover en forståelse af at individet har en bevidst og målrettet stræben, og at den er organiseret på grundlag af samfundsmæssigt instituerede lovmæssigheder. En forståelse af individet og omverdenen som Leontjev videreførte i hans virksomhedsteori (Karpatschhof, 2002).

En teoretisk forståelse i virksomhedsteorien giver mig en mulighed for at overkomme den modstilling af individ og objekt, som jeg med mit videnskabsteoretiske udgangspunkt ønsker, og derved forstå

sygeplejerskerne som indlejret i en verden, som de samtidig er med til at skabe gennem deltagelse i social praksis og gennem deres subjektivitet. Jeg vil derfor anvende Leontjevs virksomhedsteori som teoretisk ramme i denne specialeafhandling.

Leontjev ønskede at udvikle en almen psykologi, der tog udgangspunkt i denne forståelse af individet som biologisk, socialt og bevidst, hvor der var fokus på tre historiske dimensioner i psykologien: den naturhistoriske, den samfundshistoriske og den individualhistoriske. Denne forståelse af en almenpsykologi skulle fungere som et fælles teorifundament for alle de psykologiske delområder, hvor man forstår det menneskelige individ som et biologisk og samfundsmæssigt væsen, og hvor psykologien også er et aktivt bidrag til en historisk udvikling mod et højere udviklet og mere humant samfund. Leontjev udviklede i den forbindelse en teori om psykogenesen, og han præsenterede fire udviklingsstadier for psyken. For at forstå, hvordan psyken har udviklet sig, vil jeg i derfor introducere begrebet virksomhed, da det er gennem virksomheden, at psyken opstår (Karpatschof, 2002).

Ifølge Leontjev kræver livsbetingelser og det at være i live metabolisme, hvilket vil sige stof- og energiomsætning mellem organismen og dets omgivelser. I det øjeblik en organisme går efter genstande, opstår der virksomheder, som kan forstås som en aktivitet, der er genstands- og målrettet. Det medierende led mellem individ og omverden er det, som Leontjev kalder virksomhed. Virksomheden er det, der formidler individets forbindelse til omverdenen, og bliver det, der organiserer individets aktiviteter. Orienteringen mod genstande betegner Leontjev som den psykiske genspejling. Psyken er evnen til at genspejle omverdenen, og den psykiske genspejlingsfunktion er, at orientere individet i verden, i første omgang rettet mod opfyldelse af behov, der afkræver en form for aktivitet af individet. Den menneskelige psykes tilblivelse sker gennem en bevægelse over fire stadier: den sensoriske psyke, den perceptive psyke, den intellektuelle psyke og den bevidste psyke. Det, der kendetegner den menneskelige psyke, og som adskiller mennesket fra dyrene, er det sidste stadium. Individets bevidste psyke adskiller sig her fra tidligere stadier ved dets samfundsmæssighed og kollektive bevidsthed samt ved brugen af redskaber (Karpatschof, 2002). Psyken, samt personligheden, selvforståelsen og bevidstheden, udvikles og formes således gennem virksomheder (Leontjev, 2002).

2.2.1 Virksomhed, motiv, handling og mål

Det medierende led mellem individ og omverden er som beskrevet virksomheden. Virksomheden eksisterer ikke, hvis ikke den er rettet mod en genstand, hvor genstanden både kan være af genstands- eller tankemæssig form (Leontjev, 2002; Karpatschhof, 2002). Individets interaktion med omverdenen skaber forskellige genstandsrettede behov, der omformes til motiver, der bliver retningsgivende for individets videre interaktion med omverdenen.

Den menneskelige virksomhed producerer nye motiver, når den omorganiseres i nye handlesammenhænge. Det er de hierarkiske ordnede motiver, der udgør personligheden, og individets personlighed udgøres af de dynamiske relationer mellem mange forskellige motiver, der er aktuelle i forbindelse med en virksomhed (Leontjev, 2002; Knutagård, 2013).

Motiverne, og således personligheden, skabes og hierarkiseres gennem livsforløbet på en sådan måde, at nogle motiver bliver vigtigere end andre. Dette motivhierarki er dynamisk og ændrer sig over tid. På samme måde vil forskellige kontekster, hvor individet skal orientere sig, have betydning for, hvad der bliver vigtigst. Et dominerende motiv i én sammenhæng kan være underordnet i en anden sammenhæng. Motiverne skaber mening, betydning og igangsætter de handlinger der udføres. Følelser fungerer her som signalgivere i forhold til, om en bestemt handling bringer individet nærmere dets motiver eller længere væk fra dem (Knutagård, 2013; Leontjev, 2002).

Virksomheden realiseres som serier af handlinger. Handlinger er en proces, der er underordnet forestillinger om det resultat, som skal nås og dermed underordnet et bevidst mål. Målet er det mellemresultat, som handlingen producerer som et skridt på vejen mod den genstand, som motivet er rettet imod (Karpatschhof, 2002; Leontjev, 2002).

Det enkelte individs virksomhed er altid indlejret i samfundsmæssige betingelser. Uanset hvilke omstændigheder og betingelser, der former menneskets virksomhed, og hvilken struktur den end måtte antage, kan man derfor ikke betragte den løsrevet fra de samfundsmæssige relationer (Leontjev 2002).

2.2.2 Objektiv betydning og subjektiv mening

Da jeg ønsker at undersøge meningsskabelsesprocessen hos sygeplejerskerne, og problemformuleringen i sin toleddet form rummer en henvisning til det personlige i form af sygeplejerskernes oplevelser, og det kollektive, i form af psykiatrien som arbejdsplads, finder jeg det

relevant at skelne mellem to niveauer i den menneskelige bevidsthed og meningsskabelsesprocessen som tydeliggør, at det er en dynamisk proces. De to niveauer kaldes objektiv betydning og subjektiv mening. Betydning referer til den objektive samfundsmæssige sammenhæng og er et produkt af den sociale og historiske udvikling, hvormed den knytter sig til institutionelle og materielle forhold. Mening referer til den sammenhæng, som er meningsfuld for individet på et personligt plan. Betydningssystemer indebærer ideologiske repræsentationer af samfundet, som i kraft af deres almengyldighed eksisterer i samfundet uafhængigt af det enkelte individ. Individet vil lære at beherske dem gennem sin deltagelse i samfundet, hvorfor de objektive betydninger også findes i det enkelte individs bevidsthed. Her kobles de til den subjektive mening, og kun gennem disse indre meningsprocesser kan nye betydninger skabes og sidenhen blive almengyldige (Leontjev, 2002). Forholdet mellem betydningerne og meningene er således dialektisk, idet de eksisterer i kraft af hinanden.

For at forstå hvordan sygeplejerskerne håndterer deres personlige erfaringer med psykisk sygdom, så det giver mening for dem selv og for patienterne, vil jeg fokusere på, hvilke betingelser sygeplejerskerne har for at arbejde i psykiatrien, og hvilke behov og motiver de har for at deltage på deres personlige måde, hvorigennem deres personlighed også skabes og udvikles. Herunder også hvordan sygeplejerskerne handler ud fra de betingelser, der gør sig gældende i deres arbejde i psykiatrien, hvilke mål de sætter sig, og hvordan de skaber subjektiv mening i forhold til de objektive betydninger.

2.2.3 Psykiatrien som en samfundsmæssig institution

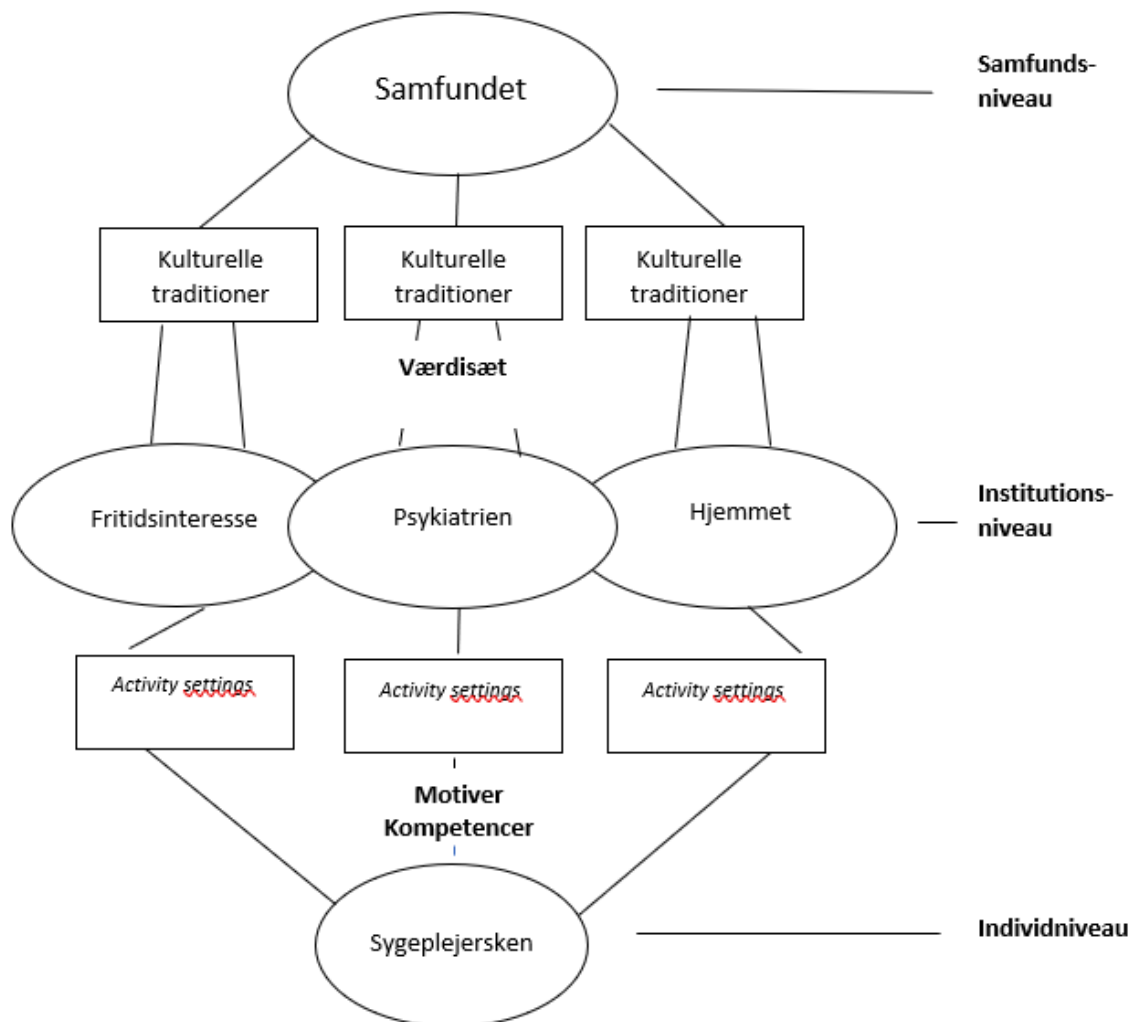
For at få en dybere forståelse af, hvordan de objektive betydninger i samfundet kobles til sygeplejerskernes subjektive mening, og for at gøre det muligt at analysere psykiatrien i et dialektisk samspil mellem flere niveauer bestående af samfundet generelt, psykiatrien og sygeplejerskernes individuelle niveau, anvender jeg Mariane Hedegaards beskrivelse af institutionsforståelse inden for en virksomhedsteoretisk ramme. Det giver mig en mulighed for at favne problemformuleringen toleddet form og dermed, hvordan sygeplejerskernes håndtering af deres personlige erfaringer med psykisk sygdom hænger sammen med den recovery-orienteret tilgang, der politisk ønskes i psykiatrien, som kan ses som en institution (Hedegaard, 2012).

Mariane Hedegaard beskriver, at hvert individ deltager i sociale praksisser og institutioner med hver sin sociale situation. Den sociale situation dækker over de motiver, erfaringer og kompetencer, som

individet deltager med på sin personlige måde. Individets sociale situation skal altid ses som forankret i den historiske kontekst og tage afsæt i deres hverdagsliv. Hun har udviklet en model, som beskriver, hvordan forskellige institutionelle forhold kan skabe forskellige muligheder for interaktion, handlinger og for individets sociale situation.

Modellen (figur 1 på næste side) består af tre niveauer, som påvirkes i et dialektisk forhold:

1. Et overordnet samfundsmæssigt niveau, som forstås som et makroperspektiv, bestående af historiske traditioner som samfundet har formaliseret lovgivninger, forholdsregler, vejledninger, og strategier på baggrund af. Disse forhold tager form af særligt dominerende normer, værdier og krav, og betegnes som værdisæt. Derudover opstår en række kulturelle traditioner i samfundet, som har betydning for, hvad der forstås som værdifuldt. Kulturtraditionerne viser sig i de værdisæt, der er, men de er også vævet ind i organiseringen af bestemte institutioner.
2. Et institutionelt niveau bestående af praksis, traditioner og værdier i den enkelte institution. På dette niveau mødes betingelserne fra samfundsniveaet med individets personlige motiver og handlinger.
3. Et individniveau som henviser til individet og dets motiver, intentioner, erfaringer og kompetencer, som individet deltager i praksissen ud fra.



Figur 1. Oversættelse af Hedegaard's tre analytiske niveauer for individets sociale situation (Hedegaard, 2012).

Ifølge Hedegaard deltager individet i forskellige institutioner, hvori der er en række activity settings, som består af aktiviteter og interaktioner mellem forskellige individer. Activity settings er en institutionaliseret praksistradition, som danner rammen om deltagernes sociale hverdagspraksis, og som struktureres af både deltagernes input og af de samfundsmæssige kulturelle traditioner, som betinger den institutionelle praksis. Deltagerne i en activity setting deltager med hver deres sociale situation, hvor de deltager med en række individuelle motiver, erfaringer og kompetencer (Hedegaard, 2012).

De aktiviteter, der finder sted i sygeplejerskernes arbejde i psykiatrien, kan betragtes som forskellige activity settings. Denne forståelse etablerer en analytisk indgang til at forstå, hvad der former interaktioner og handlemuligheder i psykiatrien, og hvordan det former og rammesætter sygeplejerskernes motiver, mål og handlinger i en social situation.

Det er nødvendigt at inddrage alle tre niveauer i modellen for at tilegne sig en helheds- og procesorienteret forståelse af sygeplejerskernes handlinger, som forankret i den historiske kontekst, de institutionelle praksisser og hverdagslivet samt de dominerende traditioner og værdisæt, der findes i disse kontekster (Hedegaard, 2012). Jeg vil i undersøgelsen af sygeplejerskernes håndtering af personlige erfaringer med psykisk sygdom derfor både fokusere på deres individuelle motiver, handlinger og fortolkninger af egne oplevelser. Det er med denne forståelse ligeledes nødvendigt at belyse de samfundsmæssige og institutionelle perspektiver, som er medskabende for de rammer, der er i bestemte activity settings, som sygeplejerskernes sociale situation findes indenfor.

Jeg vil i afsnit 5.1 *Analysestrategi* uddybe, hvordan jeg vil anvende de præsenterede analytiske begreber i analysen.

3. Metode

I det følgende afsnit vil jeg introducere mine metodologiske overvejelser i forhold til valg af metoder samt specialets design og proces.

3.2 Mixed methods

Mit videnskabsteoretiske grundlag i den dialektiske materialisme og det teoretiske grundlag indenfor virksomhedsteorien fordrer, at jeg indarbejder dialektikken mellem individet og verden i mit metodevalg. Mit metodevalg skal derfor kunne indfange sygeplejerskernes perspektiver på individniveau, men også skabe indsigt i, hvordan det hænger sammen med omverdenen og her den recovery-orienterede strategi, der politisk ønskes i psykiatrien. Jeg anvender derfor mixed methods som en overordnet ramme i form af det kvalitative forskningsinterview samt dokumentanalyse.

Mixed methods er en betegnelse for en forskningsmetode, der benytter et forskningsdesign, som kombinerer flere forskellige metoder (Frederiksen, 2015). Jeg anvender det kvalitative forskningsinterview som metode, herunder semistrukturerede interviews med fire sygeplejersker fra psykiatrien, for at få indsigt i deres oplevelser. Derudover anvender jeg et skriftligt interview af

sygeplejefaglig direktør i Region Syddanmarks Psykiatri, Ole Rytto, for at få indsigt i, hvordan psykiatrien på et institutionsniveau forholder sig til sygeplejerskers personlige erfaringer med psykisk sygdom. Til sidst anvender jeg dokumentanalyse som metode til at få indsigt i den recovery-orienterede tilgang, der ønskes på et samfundsniveau. På den måde kan jeg få en forståelse og indsigt i, hvordan de forskellige niveauer påvirker hinanden i et dialektisk forhold. Formålet med at anvende flere metoder er derved ikke, at skabe mere sikker viden, men at få flere nuancerede, konfliktfyldte og multifacetterede beskrivelser af sammenhængen mellem de forskellige niveauer og problemstillingen (Frederiksen, 2015).

3.3 Interview af sygeplejersker

Det kvalitative forskningsinterview giver mulighed for at få adgang til interviewpersonernes oplevelse af deres livsverden, som er den verden, vi kender og møder i hverdagslivet, som den fremtræder for os i en direkte og umiddelbar oplevelse (Brinkmann & Tanggaard, 2015). Ved at anvende det kvalitative forskningsinterview som metode, giver det mig mulighed for at få en forståelse af sygeplejerskernes oplevede dagligdag i deres arbejde i psykiatrien, og hvordan de håndterer egne erfaringer med psykisk sygdom, ud fra deres egne perspektiver. Det er dog ikke muligt at få en præcis forståelse af, hvordan det er at opleve det, interviewpersonerne fortæller om. Det de fortæller, vil altid være konstrueret i den samtaleinteraktion, som interviewet udgør. Målet med interviewene er derfor at komme så tæt på interviewpersonernes oplevelser som muligt, for dermed at kunne formulere en teoretisk analyse på et velinformeret grundlag (Brinkmann & Tanggaard, 2015). For at komme så tæt på interviewpersonernes beskrivelser af deres oplevelser som muligt, anvender jeg et semistruktureret interviewformat, som giver mig mulighed for stille spørgsmål ud fra en interviewguide. Det giver mig samtidig mulighed for at forfølge interviewpersonernes oplevelser og de fortællinger, de er optaget af og hertil stille supplerende spørgsmål (Kvale & Brinkmann, 2009).

3.3.1 Undersøgelsesdesign

I dette afsnit vil jeg præsentere undersøgelsesdesignet for de semistrukturerede interviews, og de overvejelser jeg har gjort mig i forbindelse med dette.

3.3.1.1 Valg af interviewpersoner

Jeg har i undersøgelsen haft en række inklusionskriterier for valg af interviewpersoner. For at besvare problemformuleringen ønskede jeg at tale med sygeplejersker, der arbejder eller har arbejdet i psykiatrien. Derudover skulle det være nogle, som enten har eller har haft en psykisk lidelse, eller som har en nær pårørende med en psykisk lidelse. Det var underordnet hvilken psykisk lidelse og hvilken psykiatrisk afdeling de arbejdede på, samt om de tidligere havde været åbne om deres personlige erfaringer med psykisk sygdom i deres arbejdsliv.

For at finde interviewpersonerne lavede jeg et opslag på to Facebook-grupper: 'Jeg er sygeplejerske' og 'Dialog om psykiatrisk sygepleje' (se Bilag 2). Begge Facebookgrupper er lukkede grupper for sygeplejersker og er en platform, hvor jeg målrettet kunne søge inden for inklusionskriterierne. 24 sygeplejersker, som opfyldte inklusionskriterierne, henvendte sig til mig. For at få flest mulige perspektiver valgte jeg derfor to sygeplejersker, som var meget erfarne, hvoraf den ene var gået på efterløn. Derudover valgte jeg to sygeplejersker som havde få års erfaring fra psykiatrien.

3.3.1.2 Præsentation af interviewpersoner

Lotte er 65 år og blev uddannet sygeplejerske i 1968. Hun har arbejdet forskellige steder i psykiatrien siden 1980, men primært på sengeafdelinger, til hun gik på efterløn i 2016. Hendes halvsøster var diagnosticeret med skizofreni. Selv har hun oplevet at få tilbagevendende depressioner siden hun var 18 år. I 2000 fik hun en dyb depression med psykotiske symptomer, hvor hun også hørte stemmer. Hun blev her diagnosticeret med bipolar type 2. Hun er i dag afsluttet ved psykiater og kan håndtere symptomer på depression eller mani, så de ikke udvikler sig betydeligt for hende.

Gitte er 56 år og blev uddannet sygeplejerske i 1988. Hun har holdt et par års pause fra faget, men har ellers primært arbejdet i psykiatrien på forskellige områder, hvor hun blandt andet har undervist. Hun er vokset op med en mormor, moster og onkel, som alle havde en bipolar lidelse. Hun har desuden en bonusdatter, som også har en bipolar lidelse. Hun blev selv diagnosticeret med bipolar lidelse i 2001, hvor hun havde en svær depression. Hun har været i medicinsk behandling med antidepressiv siden og har lært at være opmærksom på symptomer på depression eller submani, så hun kan justere dosis på sin medicin, inden symptomerne udvikler sig.

Katrine er 30 år og blev uddannet sygeplejerske i 2019. Hun har under sin uddannelse arbejdet i psykiatrien og arbejder nu på en lukket psykiatrisk sengeafdeling. Hun har i sine tidlige ungdomsår

oplevet at have selvmordstanker og være deprimeret. Da hun var 14 år, gik hun hos en psykolog og fik diagnosen bipolar lidelse. Da hun var 23 år, gik hun til en psykiater, som mente, at hun var fejldiagnosticeret og trappede hende ud af antidepressiv medicin, som hun ikke har haft behov for siden. Hendes far havde formentlig en bipolar lidelse, men blev aldrig diagnosticeret og behandlet. Han tog sit eget liv, da hun var omkring 2 år. Det fandt hun først ud af, da hun var 14 år.

Anne er 29 år og blev uddannet sygeplejerske i 2015. Hun har arbejdet i psykiatrien i 3 år på en lukket akutmodtagelse. Hun begyndte for omkring 5 år siden at få symptomer på stress i forbindelse med sit arbejde på en almindelig hospitalsafdeling afdeling, som med tiden udviklede sig til angst. Over et års tid udviklede det sig til depressive symptomer til sidst med selvmordstanker. Derfor opsøgte hun psykiatrien for at få hjælp, hvor hun blev indlagt på en lukket afdeling i cirka tre uger. Efter hendes udskrivelse har hun set en privatpraktiserende psykolog, men har ikke haft kontakt med psykiatrien privat siden.

3.3.1.3 Iscenesættelse af interview

Da regeringen i marts 2020, på baggrund af Corona-krisen, måtte lukke store dele af samfundet ned, betød det også, at jeg ikke havde mulighed for at mødes med mine interviewpersoner og udføre interviewene som planlagt. Jeg valgte derfor at udføre dem virtuelt over Facetime. Hvad et virtuelt interview kan have af konsekvenser for undersøgelsen, vil jeg komme tilbage til i min diskussion af metoder i afsnit 4.1.1.

Forinden interviewene havde jeg udarbejdet en interviewguide (se Bilag 3). Interviewguiden er baseret på en forståelse af feltet, som jeg har oparbejdet gennem egne erfaringer, undersøgelser fra den indledende litteratursøgning samt de teoretiske begreber fra virksomhedsteorien.

Da interviewene er semistruktureret havde guiden til formål at skabe struktur for interviewene men samtidig give plads til, at interviewpersonerne kunne give brede fortællinger og beskrivelser af deres arbejde i psykiatrien og håndtering af personlige erfaringer med psykisk sygdom.

Interviewforskning foregår gennem menneskelige relationer, hvor interaktionen mellem interviewer og interviewpersonen har afgørende betydning for den viden, man opnår (Brinkmann & Tanggaard, 2015). For at skabe en tryk atmosfære havde jeg fra start fokus på at vise taknemmelighed, interesse og respekt for deres deltagelse i undersøgelsen og for deres udsagn. Jeg indledte interviewene med at

informere sygeplejerskerne ud fra et informeret samtykke, som vil blive uddybet på side 25. De fire interviews havde hver især en varighed på cirka 60 minutter.

Jeg spurgte i interviewene indledningsvis ind til baggrundsviden om interviewpersonernes erfaring og arbejde i psykiatrien samt deres personlige erfaringer med psykisk sygdom. Således kunne det skabe grobund for at dykke mere ned i deres arbejde i psykiatrien, og hvordan de håndterer deres personlige erfaringer med psykisk sygdom. For at få et indtryk af dette, anvendte jeg indledende spørgsmål og spurgte ind til eksempler på konkrete situationer fra deres hverdagspraksis i psykiatrien. Disse blev spontant fulgt op med opfølgende spørgsmål for at holde fortællingen i live og for at få uddybet relevante beskrivelser. Under interviewet havde jeg fokus på at afdække betydningen af forskellige udsagn samt på at gentage betydningsfulde ord for at få interviewpersonens beskrivelser af disse. For undervejs at få bekræftelse på, at jeg havde forstået interviewpersonernes udsagn korrekt, anvendte jeg fortolkende spørgsmål, hvor jeg omformulerede interviewpersonernes svar og for at få en bekræftelse på min fortolkning. Afslutningsvis havde interviewpersonen mulighed for frit at kommentere på interviewet og de emner, som vi havde været omkring (Kvale & Brinkmann, 2009).

3.3.1.4 Transskribering

Transskriberingen af de fire interview fandt sted umiddelbart efter interviewene. På den måde kunne jeg undgå tvivl og uklarheder ved nogle udsagn, da jeg havde selve samtalen og interaktionen frisk i min erindring (se bilag 4-7).

I transskriberingen er interviewpersonernes udsagn gengivet så præcist som muligt, men fyldord som 'øh', andre gentagende ord, betoning eller pauser er ikke medtaget, da der ved denne analyse ikke er behov for en detaljeret sproglig analyse. Følelsesudtryk som grin medtages i transskriberingen for at sikre, at for eksempel ironiske udsagn bliver forstået korrekt af læseren. Dermed har jeg forsøgt at skabe en mere formel og skriftsproglig stil, der gør det transskriberede materiale læsevenligt og tilgængeligt til analysen (Kvale & Brinkmann, 2009).

3.3.1.5 Etisk protokol

I dette afsnit præsenterer jeg den etiske protokol og de moralske og etiske overvejelser, jeg har haft i forbindelse med udførelsen af mine interviews.

Det menneskelige samspil, der er i en interviewinteraktion, påvirker interviewpersonerne og den viden, der produceres i en interviewundersøgelse, påvirker vores forståelse af menneskets vilkår.

Derfor er interviewforskning præget af moralske og etiske spørgsmål, som er vigtige at være opmærksom på. For at sikre en etisk og moralsk forsvarlig praksis i udførelsen af forskningsinterviewene, tager jeg udgangspunkt i Kvale og Brinkmanns fire punkter *informeret samtykke, fortrolighed, konsekvenser og forskerens rolle* (Kvale & Brinkmann, 2009):

Ud fra et informeret samtykke sørgede jeg for at sikre, at interviewpersonerne var informeret om mulige risici og fordele ved at deltage i undersøgelsen. Derudover sikrede jeg mig, at interviewpersonerne deltog frivilligt, at de blev informeret om deres ret til når som helst at trække deres udsagn tilbage, og at deres oplysninger vil blive opbevaret fortroligt og anonymt (se bilag 9).

Informeret samtykke indebærer også spørgsmålet om, hvor meget information der bør gives og hvornår. Det kræver en nøje balance mellem at give for meget information på den ene side og udelade aspekter på den anden. Her gjorde jeg mig overvejelser om, ikke at præsentere min fulde forforståelse, da det kan påvirke interviewpersonerne og lede dem i en bestemt retning i interviewet. Jeg gjorde i den forbindelse nogle overvejelser om, hvor meget af mine egne erfaringer jeg skulle informere om. For at imødegå det tabu, som jeg på forhånd havde en forståelse om fandtes, og for at skabe et rum for fortrolighed og tryghed, valgte jeg derfor allerede i mit opslag på Facebook at præsentere, at jeg selv har arbejdet i psykiatrien og har egne erfaringer med psykisk sygdom, dog uden at gå yderligere i dybden.

Fortrolighed indenfor forskning indebærer, at data der kan identificere deltagerne, ikke afsløres. Derfor vil navne og steder som kan identificere interviewpersonerne, vil blive anonymiseret eller udeladt i transskriberingen og analysen.

Konsekvenser indebærer, at man bør forholde sig til de mulige konsekvenser, der kan være for at deltage i undersøgelsen. Mine refleksioner var i den forbindelse, at det at det kunne være et sårbart samtaleemne for interviewpersonerne. Men da de selv har meldt sig frivilligt gennem et Facebookopslag, vurderede jeg, at de måtte være i en tilstand, hvor de var okay med at tale om det. Jeg har dog samtidig været opmærksom på min rolle som forsker, og at den åbenhed og intimitet, der kendetegner kvalitativ forskning, kan være forførende og få interviewpersonerne til at give oplysninger, de måske senere vil fortryde, at de har givet. For at undgå dette indledte jeg interviewene med at sige, at de gerne måtte undlade at svare på spørgsmål. Efter interviewet spurgte jeg desuden, hvordan det havde været for dem at tale om det for at sikre, at det ikke havde været ubehageligt for dem. Derudover har de efter interviewene haft mulighed for at kunne kontakte mig.

3.4 Skriftligt interview af sygeplejefaglig direktør

For at få en viden om hvordan man på et institutionsniveau forholder sig til, at sygeplejersker har personlige erfaringer med psykisk sygdom, udførte jeg et skriftligt computerstøttet interview med sygeplejefaglig direktør Ole Rytto, som sidder i psykiatrilæden i Region Syddanmarks Psykiatri.

Med hjælp fra projektlederen i EN AF OS Johanne Bratbo, kontaktede jeg Ole Rytto via e-mail, og stillede ham en række spørgsmål om psykiatrilædens holdning til rekruttering og brug af og åbenhed om personlige erfaringer med psykisk sygdom hos ansatte i psykiatrien. Spørgsmålene tager udgangspunkt i regionens personalepolitik samt en beskrivelse af den regionale peer-tilgang (se bilag 10). Ole Rytto besvarede efterfølgende spørgsmålene og sendte dem retur (se bilag 11).

Jeg betegner interviewet som et eliteinterview, da Ole Rytto sidder som leder i den øverste ledelse i psykiatrien. Ledere, som sidder en magtfuld stilling som Ole Rytto, er ofte vant til at blive interviewet og kan mere eller mindre have forberedt et indlæg, der kan fremme de synspunkter, de ønsker at kommunikere ved hjælp af interviewet. Det kræver derfor en indsats fra interviewerens side at komme ud over dem (Kvale & Brinkmann, 2009). Da interviewet er foregået på skrift via et computerstøttet interview, og kun har været en kort kommunikation, har det ikke været muligt at spørge yderligere ind til Ole Rytto og psykiatrilædens holdning og udfordre deres udtalelser. Betydningen af det vil jeg diskutere i afsnit 4.1.2.

3.5 Dokumentanalyse

Da jeg ønsker at undersøge, hvilken sammenhæng sygeplejerskernes håndtering af egne erfaringer har med den recovery-orienterede strategi, som man politisk ønsker i psykiatrien, er det relevant at få en forståelse af, hvordan man også på et samfundsniveau ønsker at udfolde denne strategi på de psykiatriske afdelinger. Herunder hvilke kulturelle traditioner, normer og værdier man politisk ønsker, skal være dominerende i praksis. Til at undersøge dette vil jeg derfor anvende dokumentanalyse som metode. Formålet med at analysere dokumenter som et medium er, at give en så præcis beskrivelse af virkeligheden som muligt (Triantafillou, 2017).

Jeg tager udgangspunkt i dokumentet *En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser* fra 2013, som skal repræsentere det samfundsmæssige niveau i min analyse.

Dokumentet er offentligt tilgængeligt og består af en rapport udgivet af et særligt udvalg om psykiatri nedsat af regeringen i 2012. Rapportens formål er at sætte fokus på væsentlige udfordringer i indsatser

for mennesker med psykiske lidelser og give en kortlægning og analyse af udviklingen på det psykiatriske område. Denne udvalgsrapport var en del af startskuddet til at opstarte initiativer vedrørende inddragelse af borgere og pårørende i psykiatrien i form af en recovery-orienteret strategi i praksis. Jeg vil i denne dokumentanalyse tage udgangspunkt i rapportens femte kapitel: *Ramme og retning for indsatsen*. I dette kapitel beskrives de værdier, som bør udgøre den rammen og retningen for indsatser og giver dermed et overblik over det værdimæssige udgangspunkt for samfundet og psykiatrien som helhed (Regeringens udvalg om psykiatri, 2013) (se bilag 12).

Ved en dokumentanalyse er det væsentligt at vurdere og være kritisk overfor det anvendte dokument i forhold til dokumentets autenticitet, troværdighed, repræsentativitet og betydning i forhold til den problemstilling, der undersøges (Triantafillou, 2017). Dette diskuteres og vurderes i afsnit 4.2.

4. Diskussion af de anvendte metoder

I dette afsnit vil jeg kort diskutere de anvendte metoder i specialet.

4.1 Diskussion af interview som metode

4.1.1 Semistrukturerede interviews

Forskningsinterview som metode har en række styrker og svagheder, som er nødvendige at diskutere i forhold til undersøgelsens validitet, reliabilitet og generaliserbarhed. Jeg vil i dette afsnit kort diskutere nogle metodiske valg og overvejelser i forhold til dette.

Med den dialektisk materialistiske videnskabsteoretiske tilgang, kan jeg ikke undersøge et individ uden at se på den kontekst, det indgår i. Derfor er det også relevant at undersøge sygeplejerskernes håndtering af personlige erfaringer med psykisk sygdom i forhold til den praksis, de arbejder i, hvor en recovery-orienteret tilgang er fremtrædende. Det kvalitative forskningsinterview giver god mulighed for at få en forståelse for sygeplejerskernes håndtering ud fra deres eget perspektiv. En begrænsning ved at anvende det kvalitative forskningsinterview er dog, at der er begrænset mulighed for at indfange et nuanceret billede af de betingelser, sygeplejerskerne arbejder under i psykiatrien. Da der, som tidligere beskrevet, er mange forskellige kulturer på de forskellige afdelinger, er det forskelligt, hvilke betingelser sygeplejerskerne arbejder under og desuden også forskelligt, hvordan sygeplejerskerne oplever disse betingelser. Det vil derfor være subjektive perspektiver fra de enkelte sygeplejersker om deres oplevelser af at have personlige erfaringer med psykisk sygdom og arbejde

i psykiatrien. Ifølge Peter Busch-Jensen og Ernst Schraube kan man inden for psykologisk kvalitativ forskning, hvor man ønsker en dybere forståelse af et fænomen i dets kontekst, se de psykologiske processer som subjektive, partikulære og unikke, men på samme tid også som objektive processer. Det objektive opstår i, at der findes en overordnet fælles kontekst, som man kan sige noget generelt om ud fra de subjektive fortællinger (Busch-Jensen & Schraube, 2019). Sygeplejerskernes samlede perspektiver kan derfor, på trods af deres subjektivitet, være med til at give et billede af psykiatrien og hvilke kulturelle traditioner og værdier, der er gældende her. Det kan sige noget generelt om, hvordan sygeplejerskers handlemuligheder er i forhold til at håndtere personlige erfaringer med psykisk sygdom, så det giver mening for dem selv og patienterne.

Det kræver desuden gode forskningsmæssige færdigheder at fremstille en viden, som er troværdig og valid. Som beskrevet tidligere, vil den viden jeg producerer i specialet være formet af mig som forsker og person. Jeg har derfor gennem undersøgelsen bestræbt mig på at undgå en ensidig subjektivitet, hvilket vil sige, at jeg som forsker har forsøgt ikke kun at lægge mærke til fund, der understøtter min egen opfattelse, samtidig med, at jeg aktivt anvender min viden, forforståelse og teoretiske begreber til at fortolke min empiri og besvare problemformuleringen. Derfor er det også væsentligt, at jeg er gennemsigtig og er tydelig om forskningsprocessen, for at styrke reliabiliteten (Kvale & Brinkmann, 2009). For at styrke reliabiliteten og dermed gennemsigtigheden for specialet, har jeg derfor også vedlagt mit arbejde som bilag.

I den forbindelse er det også værd at reflektere over, at når jeg indtager en position som forsker, tidligere sygeplejerske i psykiatrien og en, som selv har erfaringer med problemstillingen, at der kan skabes et skævt magtforhold mellem interviewpersonen og mig som interviewer. Interviewpersonen kan derfor komme til at give normative svar. Normative svar kan forstås ved, at interviewpersonerne tror, at de skal give bestemte svar i interviewsituationen (Kvale & Brinkmann, 2009). For at undgå dette, har jeg forinden opstart af interviewet forsøgt at skabe en tryk atmosfære med et udtryk om, at alle oplevelser og erfaringer var velkomne. I den forbindelse er det også relevant i interviewsituationerne at forsøge at opnå en kommunikativ validitet ved at stille interviewpersonerne opfølgende spørgsmål til deres fortællinger og derved få verificeret mine fortolkninger løbende i interviewet. Idet interviewpersonerne accepterer mine tolkninger af deres udsagn, styrkes validiteten af min fortolkning (Kvale & Brinkmann, 2009).

Der har dog været visse begrænsninger ved interviewene, da de på grund af omstændighederne med Corona-krisen måtte afholdes over Facetime. Da det har været over en videokorrespondance, har det ikke været mulig at få samme kontakt, som hvis mødet havde foregået fysisk. Jeg har dog stadig kunne få en fornemmelse af interviewpersonernes udtryk og non-verbale kommunikation, som også har betydning for forståelsen og fortolkningen af deres udsagn. Dog kan lydforstyrrelser fra omgivelser samt signalproblemer også have gjort kommunikationen sværere, hvilket kan have påvirket interviewsituationen.

4.1.2 Skriftligt interview

Da det kun har været muligt at få en besvarelse af spørgsmål fra psykiatriledelsen og Ole Rytto gennem en skriftlig e-mailkorrespondance, er det derfor også relevant at diskutere og reflektere over anvendelsen af denne metode.

Det computerstøttede interview kan medføre et asynkront samspil, hvor jeg som interviewer sender en række spørgsmål, som jeg får et konkret og enkeltstående svar på. Det er således ikke en samtale, hvor jeg har mulighed for at stille opfølgende og uddybende spørgsmål til hans besvarelser. Dette samspil har desuden en manglende reflektiv interaktion, hvor talesprog og nonverbal kommunikation er udelukket, og som normalvis kan være med til at generere detaljerede beskrivelser i en interviewsituation (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg har desuden ikke haft mulighed for at uddybe mine spørgsmål og nuancere min forståelse af problemstillingen gennem interaktion.

Ole Ryttovs besvarelse af spørgsmålene betragter jeg derfor også som en afspejling af et politisk og ledelsesmæssigt niveau, hvor jeg får svar ud fra klare politiske strategier og målsætninger for psykiatrien. Det ses også i interviewmaterialet (Bilag 11), hvor der henvises til politikker, handleplaner og strategier for psykiatrien i regionen. I en videre undersøgelse af problemstillingen kunne det her være interessant, gennem et semistruktureret interview, at spørge yderligere ind til psykiatriledelsens holdninger til dette på en måde, hvor jeg har mulighed for at spørge yderligere ind til de målsætninger, strategier og politiske løsninger, der er nedskrevet på papir, og udfordre disse forståelser gennem spørgsmål og fortællinger fra praksis.

Da jeg i undersøgelsen ønsker at få en forståelse af, hvordan psykiatriledelsen forholder sig til, at sundhedspersonalet har egne erfaringer med psykisk sygdom og åbenheden om dette, er interviewmaterialet dog stadig yderst relevant. Det er et udtryk for, hvordan man på ledelsesplan

anser denne recovery-strategi, og det at sundhedspersonalet også kan have egne erfaringer med psykisk sygdom.

4.2 Diskussion af dokumentanalyse som metode

Som beskrevet i metodeafsnittet, er dokumentanalysens formål at anvende dokumentet som medium til at give så præcis en beskrivelse af virkeligheden som muligt. Da dokumentet i denne tilgang benyttes som et spejl til at tilgå en virkelighed, er det også afgørende for denne tilgang, at det vurderes, i hvilken omfang dokumentet repræsenterer denne virkelighed på en sandfærdig og dækkende måde. Det skyldes, at dokumenter i et vist omfang samtidig vil repræsentere virkeligheden på en forvrænget måde. Det er derfor nødvendigt at udføre en kildekritik af dokumentet og her vurdere omfanget og karakteren af denne forvrængning. Jeg vil derfor kort diskutere dokumentet i forhold til *autenticitet*, *troværdig*, *repræsentativitet* og *mening* (Triantafillou, 2017).

Autenticitet handler om, hvorvidt dokumentet er det, det giver sig ud for at være. Herunder om oprindelsen og afsenderen af dokumentet kan identificeres entydigt (Lynggaard, 2015; Triantafillou, 2017). Det gælder for dokumentet, at det er et politisk og strategisk dokument, som afspejler konkrete strategier, løsninger og målsætninger, som man ønsker i samfundet og for psykiatrien. Der fremgår en klar afsender, bestående af flere repræsentanter blandt andet fra relevante faglige organisationer, brugere- og pårørende organisationer samt relevante ministerier. Jeg vurderer derfor, at dokumentet har en høj autenticitet.

Troværdighed handler om, hvorvidt man kan stole på de oplysninger, der fremgår af dokumentet. Den grundlæggende kildekritiske antagelse er her, at alle dokumenter er skrevet i en specifik situation med henblik på en særligt formål (Triantafillou, 2017). Formålet med dokumentet fremgår tydeligt og er med til at sætte en overordnet ramme for indsatser for mennesker med psykiske lidelser i samfundet og for psykiatrien, patienterne og medarbejdere. Troværdigheden vurderes derfor at være høj.

Repræsentativitet består af overvejelser om, i hvilket omfang dokumentet repræsenterer et typisk fænomen (Lynggaard, 2015). Der findes mange dokumenter, der beskriver den recovery-orienterede tilgang. Man kan derfor diskutere, om dokumentet fra regeringens udvalg om psykiatri er det mest repræsentative for denne strategi. Dog er jeg med denne dokumentanalyse særligt interesseret i at få en forståelse af, hvilke kulturelle traditioner og værdisæt man på et samfundsmæssigt plan ønsker for

psykiatrien. Da afsenderne bag dokumentet er så bredt repræsenteret, og formålet med dokumentet er at fremlægge en plan for fremtidens psykiatri med et fokus på blandt andet recovery-strategien og værdier, man ønsker for psykiatrien, finder jeg dokumentet relevant for analysen.

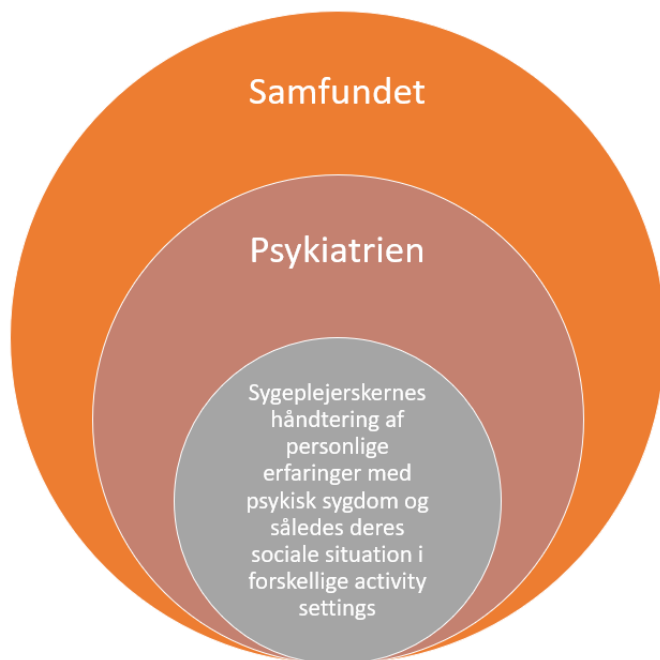
I forlængelse af ovenstående vurderes det, hvorvidt *meningen* i dokumenterne fremstår klart. Her fremstår den overordnede mening i dokumentet klar, men det er min opgave som forsker at bevæge mig ud over det, der står direkte og fortolke mig frem til, hvordan de præsenterede strategier og værdier kommer til udtryk i praksis, og hvordan sygeplejerskernes håndtering af personlige erfaringer hænger sammen med den kultur, man politisk ønsker for samfundet og psykiatrien.

5. Analyse

I dette afsnit vil jeg først præsentere min analysestrategi, efterfulgt af min analyse opdelt i to dele. Anden del af analysen vil være diskuterende i forhold til mine fund.

5.1 Analysestrategi

Jeg vil arbejde med en analysestrategi, der afspejler min toleddet problemformulering. Jeg vil i min analysestrategi tage udgangspunkt i Hedegaards (2012) analytiske niveauer, som ses i figur 2.



Figur 2.

Model over de tre niveauer med inspiration fra Mariane Hedegaard's model (Hedegaard, 2012).

De analytiske niveauer i figur 2 afspejler, at jeg gennem min analyse ser sygeplejerskernes håndtering af personlige erfaringer med psykisk sygdom som situeret i en institutionel kontekst, som igen er situeret i en samfundsmæssig kontekst, hvor alle niveauer er forbundet og påvirker hinanden dialektisk (Hedegaard, 2012).

Jeg er i første del af analysen orienteret mod at besvare første del af problemformuleringen som lyder: *Hvordan håndterer sygeplejersker med personlige erfaringer med psykisk sygdom deres erfaringer, så det giver mening for dem selv og patienterne på de psykiatriske afdelinger.* Første del af analysen opererer derfor på det individuelle niveau og dermed den inderste cirkel. Her er det interessant,

hvordan sygeplejerskerne, med hver deres sociale situation, indgår i forskellige activity settings med de betingelser, de har på baggrund af deres personlige erfaringer. Jeg har derfor i empiribehandlingen af interviewene med fire sygeplejersker fokuseret på, hvilke betingelser sygeplejerskerne har i deres arbejde i psykiatrien, og hvilke behov og motiver de har for at deltage på deres personlige måde. Jeg er yderligere optaget af at forstå deres arbejdsvirksomhed og sociale situation som indlejret i psykiatrien på et institutionsniveau, som gennem en samfundspåvirkning har gældende værdisæt og kulturelle traditioner, der påvirker sygeplejerskernes sociale situation og arbejde i psykiatrien.

I anden del af analysen vil jeg besvare anden del af problemformuleringen: *Hvilken sammenhæng er der i dette perspektiv med den recovery-orienterede tilgang, som politisk ønskes i psykiatrien, og hvilke perspektiver åbner sygeplejerskernes håndtering op for i denne recovery-orienterede kultur.*

Med udgangspunkt i første del af analysen, om sygeplejerskernes håndtering af deres personlige erfaringer med psykisk sygdom, vil jeg i denne del analysere og diskutere sammenhængen mellem sygeplejerskernes håndtering og den recovery-orienterede tilgang, som den præsenteres på et samfunds- og institutionsniveau. Jeg vil i denne del derfor analysere, hvordan den recovery-orienterede tilgang fremgår som en strategi på det samfundsmæssige niveau. Dette vil jeg gøre gennem en dokumentanalyse af regeringens udvalg om psykiatris præsentation af rammen og retningen for indsatser målrettet mennesker med psykiske lidelser. Jeg vil i analysen af dokumentet, med udgangspunkt i de virksomhedsteoretiske begreber og Hedegaards model over individets sociale situation (figur 1), se efter, hvilke kulturelle traditioner og værdisæt man ønsker på et samfunds- og institutionsniveau, og hvordan de kommer til udtryk i praksis.

Derudover vil jeg, gennem det skriftlige interview af den sygeplejefaglige direktør i regionen, fokusere på psykiatrien på det institutionelle niveau. I denne del vil jeg fokusere på, hvilke værdier og kulturelle traditioner man ledelsesmæssigt og strategisk ønsker i psykiatrien, herunder hvilke værdier og kompetencer de lægger vægt på hos personalet og i relationen mellem sygeplejerske og patienterne.

De forskellige niveauer vil analyseres som dialektisk påvirkende. Derudover vil jeg i analysen trække paralleller til problemfeltet for at nuancere diskussionen og besvarelsen af problemformuleringen.

5.3 Sygeplejerskernes håndtering af personlige erfaringer med psykisk sygdom

I følgende analyseafsnit vil jeg, ud fra de præsenterede centrale virksomhedsteoretiske begreber, analysere, hvordan sygeplejerskerne håndterer deres personlige erfaringer med psykisk sygdom, så det bliver meningsfuldt for dem selv og patienterne.

5.3.1 Personlige erfaringer med psykisk sygdom som motiv

Alle fire sygeplejersker arbejder i psykiatrien, der, ud fra virksomhedsteorien, kan forstås som deres arbejdsvirksomhed (Leontjev, 2002). En særlig betingelse for de fire sygeplejerskers arbejde i psykiatrien er, at de alle selv har eller har haft en psykisk lidelse. Sygeplejerskernes arbejde i psykiatrien, deres handlinger og sociale situation vil være rettet mod noget, de gerne vil opnå på baggrund af et opstået behov, som skaber et motiv hos dem (Leontjev, 2002). Fælles for de fire sygeplejersker er, at der blandt andet er opstået et behov og motiv for at arbejde i psykiatrien ud fra deres personlige erfaringer med psykisk sygdom (Bilag 4: 26, 27; Bilag 5: 38, 39; Bilag 6: 57; Bilag 7: 7,71).

Det er særlig markant for Anne, der ellers altid havde forestillet sig, at hun skulle arbejde med operationer og behandle sår (Bilag 7: 70). Da hun for 3 år siden blev indlagt i psykiatrien, fik det hende til at reflektere over, hvad der egentlig var vigtigst for hende i arbejdet som sygeplejerske. Hun fandt frem til, at det var at tale med patienterne og dykke ned i deres livssituation (Bilag 7: 70, 71). Derudover opstod et nyt motiv efter hendes indlæggelse:

”(...) Så også det der med, som mange oplever tror jeg, at man havde lyst til at bruge nogle af de ting man selv havde oplevet, som værende mangelfuldt eller uforståelige eller utrygge. Det vil man gerne være med til at ændre på. (...)” (Anne, Bilag 7: 70, 71)

Omkring et år efter Annes indlæggelse fik hun derfor et job på en psykiatrisk akutmodtagelse, på en lignende afdeling, som den hun selv havde været indlagt på (Bilag 7: 70).

De mål, sygeplejerskerne sætter, vil optimalt både være i overensstemmelse med motiverne og samtidig tage betingelserne på de psykiatriske afdelinger i betragtning. Fælles for de fire sygeplejersker er, at de overordnet handler mod et generelt mål om, at de patienter, de møder, skal

have den bedst mulige behandling med udgangspunkt i de erfaringer, de selv har gjort sig efter at have haft psykisk sygdom tæt inde på livet (Bilag 4: 17, 18; Bilag 5: 40, 41, 42; Bilag 6: 58, 59, 60; Bilag 7: 71, 76).

Med udgangspunkt i Annes motiv om at hjælpe andre, ud fra de erfaringer hun selv har gjort sig som patient, handler hun mod et mål om, at hendes patienter ikke skal opleve de mangler og uforståeligheder, som hun selv oplevede under hendes indlæggelse i psykiatrien:

”Jeg oplevede første gang at være patient i et system som man ikke rigtig forstår (...). Det hele var sådan lidt skræmmende og mærkeligt, og jeg syntes kun de gik op i piller, der var rigtig mange ting som jeg havde rigtig svært ved at forstå, som jeg følte at jeg ikke blev informeret ordentligt om (...). Især det der med ventetid og føle sig enormt overset, eller føle sig uinformet, det tog jeg rigtig meget med mig tilbage da jeg kom på arbejde igen (...)” (Anne, Bilag 7: 70)

Man kan se Annes personlige erfaringer med at have været indlagt i psykiatrien som en personlig kompetence, hun anvender i sit arbejde (Bilag 7: 71). En kompetence alle fire sygeplejersker oplever i deres arbejde (Bilag 4: 17, 18; Bilag 5: 46; Bilag 6: 60, 65; Bilag 7: 76). De personlige erfaringer med psykisk sygdom gives på den måde en særlig mening ved, at de kan anvendes som en kompetence i arbejdet. Denne meningskabelse sætter Katrine ord på:

”(...) Jeg kan ikke sige at jeg er taknemmelig for de oplevelser jeg har haft, men de er der, og hvis jeg kan bruge dem til noget, så er det måske ikke helt spildt. Jeg tror på ingen måde at jeg ville være en lige så dygtig sygeplejerske, som jeg føler at jeg er, hvis ikke jeg havde de erfaringer.” (Katrine, Bilag 6: 63)

Gitte og Lotte, som er de to erfarne sygeplejersker, beskriver, at deres interesse for psykiatrien startede tidligt, hvor de fandt det meningsfuldt at arbejde med det psykiatriske område (Bilag 5: 38, 39; Bilag 4: 19, 20). Det kan skyldes, at både Gitte og Lotte også er pårørende til nære familiemedlemmer med psykiske lidelser. Det at hjælpe mennesker, som har en psykisk sygdom, kan

derfor allerede tidligt i deres liv have været højt i deres motivhierarki og en del af deres selvforståelse. Gitte oplevede for eksempel som pårørende, at hendes moster og mormor blev uretfærdigt behandlet under indlæggelser i psykiatrien. Det motiverede hende til at gøre en forskel for mennesker i samme situation og til at blive sygeplejerske og derigennem arbejde med psykiatriske problemstillinger (Bilag 5: 38, 39). Hun er derfor ligeledes rettet mod at gøre en forskel for andre, på baggrund af hendes personlige erfaringer med psykisk sygdom, og sikrer, at patienterne får en værdig behandling, når de er indlagte i psykiatrien, så de ikke skal opleve de samme uretfærdigheder, som hun har været vidne til (Bilag 5: 40, 41).

Sygeplejerskernes egne erfaringer med psykisk sygdom har skabt et behov og et motiv for at hjælpe andre. De personlige erfaringer med psykisk sygdom og motivet om at gøre en forskel på baggrund af deres erfaringer giver dem en kompetence og skaber mening, betydning og igangsætter de handlinger, som sygeplejerskerne udfører i deres arbejde.

Det er dog ikke altid lige let for sygeplejerskerne at navigere mellem dette motiv på den ene side og målsætningen og betingelserne på den anden. Jeg vil i de følgende afsnit analysere, hvordan sygeplejerskerne handler efter at opnå målet om at sikre, at patienterne får en god behandling når de er indlagte i psykiatrien. Her er det særligt interessant, at selvom sygeplejerskerne er motiveret for at arbejde i psykiatrien på baggrund af deres personlige erfaringer med psykisk sygdom, og de alle fire ser disse erfaringer som en kompetence i deres arbejde, betyder betingelserne, at det ikke en erfaring og kompetence, som de ikke normalvis kan dele direkte og åbent med ledere, kollegaer og patienter. Det er kun Gitte, der åbent deler ud af sine personlige erfaringer med psykisk sygdom.

5.3.2 En underliggende stigmatisering

Tre af sygeplejerskerne har generelt ikke været åbne om deres personlige erfaringer med psykisk sygdom. De beskriver betingelser i psykiatrien, som gør, at de ikke føler, at de har mulighed for at være åbne omkring dette. Lotte beskriver sin oplevelse af dette:

Interviewer: *"Fortalte du så også dem der at du havde været syg med en depression?"*

Lotte: *"Nej det kan du tro at jeg ikke lige gjorde. Så havde jeg ikke fået noget job. (...)"*

Interviewer: *"Hvorfor tror du ikke det?"*

Lotte: *”Fordi man har den holdning når folk er bipolare, så er de ikke helt til at regne med. Hvis du er lidt for glad, så vil der blive lagt mærke til det, og hvis du er fjollet og siger dumme vittigheder, det gør jeg nogle gange, uden at være spor manisk (...) Holdningen er jo meget ”dem” og ”os”. Og der bliver ikke altid snakket lige pænt om patienterne, og det der med at dine ord har ikke samme vægt. Jeg har jo meget faglig stolthed, fordi jeg har arbejdet i det samme fag i så mange år, og faktisk har været rimelig dygtig vil jeg nok sige og skarp på det. Så kunne jeg ikke bære hvis der skulle sættes tvivl ved min person og de udsagn jeg har.”* (Bilag 4: 17).

En frygt for at blive forstået på baggrund af hendes psykiske lidelse, har fået Lotte til at holde sin bipolar diagnose skjult for både kollegaer og ledere i 30 år af hendes arbejdsliv. Lotte taler ind i det tabu og den stigmatisering, der kan forekomme om mennesker med psykiske lidelser blandt personalet i psykiatrien, hvor der ikke altid bliver talt pænt om patienterne (Bilag 4: 25, 31). En stigmatisering de tre andre sygeplejerskerne også italesætter (Bilag 5: 43; Bilag 6: 62, 65; Bilag 7: 85). Denne stigmatisering kan betyde, at sygeplejerskerne ikke ønsker at blive kategoriseret som en af patienterne, i frygt for selv at blive stigmatiseret på baggrund af deres psykiske lidelse (Bilag 6: 62; Bilag 7: 75).

Undersøgelserne fremhævet i problemfeltet bekræfter denne tendens. Diskriminationsundersøgelsen af EN AF OS viste blandt andet, at en stor procentdel angav, at mennesker med psykiske lidelser er mere ustabile end andre. At Lotte har denne frygt, tolkes som et udtryk for en selvstigmatisering, hvor hun har internaliseret den negative forskelsbehandling, hun har oplevet og på baggrund af den, har sat begrænsninger for sig selv med en forventning om, at hun vil blive mødt med negativ forskelsbehandling og fordomme (Epinion, 2017).

Først da Lotte gik på efterløn fandt hun modet til at fortælle hendes kollegaer, at hun havde en psykiatrisk diagnose. Hun ønskede at bryde det tabu, som hun oplevede (Bilag 4: 24, 25).

5.3.3 Psykisk sygdom som en kvalifikation?

Ligesom for Lotte, har Anne og Katrine også en frygt for, at kollegaer og ledere vil kategorisere dem på baggrund af deres personlige erfaringer med psykisk sygdom (Bilag 6: 62; Bilag 7: 75). Anne sætter ord på en kultur i psykiatrien, hvor fokus er på at kategorisere mennesker:

”(...) Man bliver jo lidt en del af en kultur, og man får faktisk hurtigt sat de her patienter i en kasse, det er jo det man gør når man diagnosticere. Jeg føler lidt at psykiatrien er meget fokuseret på diagnoser, det jo det der er deres opgave. (...) Jeg tror at jeg ville være bange for at hvis jeg sagde, at jeg havde haft det på den her måde, selv at komme ned i en kasse og måske blive set på som mindre robust eller mindre kvalificeret til noget (...)” (Anne, Bilag 7: 75)

Denne kultur, som har et stort fokus på diagnosticering, har betydning for, at sygeplejerskerne ikke har lyst til at være åbne om deres personlige erfaringer med psykisk sygdom. For netop dét, at være mindre robust når man arbejder i psykiatrien, går imod de værdisæt, som psykiatrien bygger på:

”Jeg vil så også sige i forhold til åbenhed for mine kollegaer, der føler jeg at det er meget at man skal passe lidt på med at være, hvert fald på min afdeling (...) for følsom i gåseøjne. Fordi der er sådan en kultur eller sådan en uskrevne regel om at hvis du arbejder på en psykiatrisk akutmodtagelse, så skal du være en robust person og du skal kunne håndtere de her svære ting” (Anne, Bilag 7: 74)

Sygeplejerskernes oplevelser og perspektiver peger på, at der kulturelt er nogle værdisæt i psykiatrien, der rammesætter, at man ikke må være for følsom og sårbar som sygeplejerske. Som det blev præsenteret i problemfeltet, er der i psykiatrien en række krav om, hvilke følelser man må fremvise som professionel (Kristensen, 2013). Dette bekræfter Anne ved, at hun beskriver, at kulturen betinger, at man ikke viser følelser, når man er på arbejde (Bilag: 7: 82, 83).

Sygeplejerskernes udtalelser viser derved, at psykisk sygdom forstås som en sårbarhed, som kan betyde, at man opfattes som mindre robust (Bilag 6: 62; Bilag 7: 75). En forståelse, som har en underliggende stigmatisering, og som betyder, at der skabes et skel mellem to grupper af mennesker: dem der er sårbare, og dem der er robuste. Her ønsker sygeplejerskerne ikke at blive kategoriseret som sårbare. Denne forståelse er med til at opretholde adskillelsen mellem patienterne og

sygeplejerskerne, som to forskellige grupper af mennesker, hvor patienterne er de sårbare. Denne forståelse betyder også, at sygeplejerskerne ikke kan have fællestræk med patienterne, da det vil gå ud over sygeplejersken som person og hendes faglighed som sygeplejerske. Der opstår således en særlig forståelse af, at man som sygeplejerske fremstår professionel, hvis man er robust og ikke viser følelser og derved kan sygeplejersken heller ikke være åben om, at hun har personlige erfaringer med psykisk sygdom.

I praksis består psykiatrien af flere forskellige activity settings, hvor flere deltager med hver deres sociale situation (Hedegaard, 2012). En activity setting, der blandt andet fremgår af empirien, er sparring mellem kollegaer om en patient:

”For nyligt (...) havde vi en patient indlagt. (...) Patienten gik virkelig meget ind i mig, og jeg tænkte: ”gad vide hvad det bunder i, og gad vide hvad hun vil fortælle” [patienten talte ikke] Det er noget jeg har lært fra mig selv i psykiatrien, at alt adfærd er en form for kommunikation. Så jeg var meget nysgerrig på, hvad det var hun ville fortælle. Da jeg så egentlig har været i det i to dages tid, så tager jeg den op blandt nogle kollegaer og sagde at jeg syntes at det er rigtig svært, og jeg har sådan en dårlig mavefornemmelse med, at der må være sket den her pige noget. (...) Så tager jeg det så op, og bliver egentlig bare mødt af at ”jamen hun er bare en autist der er blevet overbelastet”. Hun har ikke nogen diagnose da hun kommer ind til os, og der kunne jeg mærke, at nu var hun puttet i den kasse, og jeg føler også at det var meget den måde hun så også blev behandlet på.” (Anne, Bilag 7: 77, 78)

Denne sparring mellem kollegaer er forankret i en institutionel, kulturel og historisk tradition, og hver medarbejder vil i denne activity setting have hver deres sociale situation, hvor de er optaget af noget forskelligt (Hedegaard, 2012). Anne er med hendes personlige erfaringer rettet mod, at patienten skal føle sig hørt, forstået og tryk. De kulturelle og institutionelle værdisæt og traditioner betyder, at Annes kollegaer i deres sociale situation har fokus på at tildele patienten en diagnose og forstå patienten ud fra denne. Dette går imod Annes motiv og intentioner i hendes sociale situation, hvor hun er rettet mod at hjælpe patienten og finde ud af, hvad der ligger bag patientens handlinger og kommunikation.

En situation som denne sætter Anne i et svært dilemma, da hun er bundet af de kulturelle værdier om, hvordan man forstår og behandler patienterne ud fra diagnostiske kriterier, men samtidig har hun en personlig erfaring med, hvordan man kan reagere, og hvad man kan have behov for, når man er indlagt i psykiatrien. De to ting stemmer ikke overens for Anne. Der er altså nogle modsatrettede værdisæt på spil for Anne i denne activity setting, hvor hun med hendes personlige erfaringer med psykisk sygdom har en viden om, hvordan hun ønsker at være professionel, hvor hun ønsker at se det hele menneske og ikke blot en diagnose. Et dilemma opstår også for Anne ved, at hun ikke kan dele ud af hendes erfaringer overfor kollegaer, som hun føler kan være med til at nuancere billedet af patientens situation (Bilag 7: 79). Her har den særlige forståelse af, hvordan man er professionel betydning for, at Anne ikke kan dele ud af hendes personlige erfaringer. Hun må derfor forholde sig til de strukturelle betingelser, som betyder, at hun må holde denne viden skjult og acceptere, at hun ikke kan opstille et mål om at finde årsagen til patientens adfærd. Det kan også påvirke Annes selvforståelse, at hun må gå på kompromis med en del af hende selv, fordi denne del ikke bliver anerkendt i hendes arbejde i psykiatrien.

Den særlige forståelse af, hvordan man er professionel, har også betydning for, hvordan sygeplejerskerne interagerer med patienterne. Her er der en kulturel tradition om, at man ikke deler private oplysninger om sig selv med patienterne, når man skal fremstå professionelt:

”(...) Jeg føler ikke på samme måde den der frygt med patienterne med, at skulle blive set anderledes på. Jeg tror egentlig mest, at grunden til at jeg ikke gør det er fordi, at jeg føler, at det ikke er velset. (...) det er ikke fordi, at nogle har sagt, hvis du selv har været indlagt, så må du ikke fortælle om det. (..) Jeg tror bare at det er sådan en usagt ting, det der med at du må gerne fortælle nogle lidt private ting som at du er gift, du har nogle børn men du skal alligevel ikke gå helt ned i det personlige og sådan dybe. (...) (Anne, Bilag 7: 78,79)

Det paradoksale er her, at selvom Anne oplever, at en indlæggelse er en personlig information, som man ikke bør dele, så har hun ikke problemer med at fortælle om indlæggelser på almindelige hospitalsafdelinger (Bilag 7: 79). Det underbygger, at der er en særlig stigmatiserende forståelse af

det at have personlige erfaringer med psykisk sygdom. Et andet fokus der opstår i interviewene er, hvornår det er brugbart og meningsfuldt for patienten, at få en viden om sygeplejerskens personlige erfaringer (Bilag 6: 60, 61; Bilag 7: 79):

Interviewer: Men hvad er den største frygt med at sige at det er erfaring fra dig selv? Er det det der med at du ikke vil belemre patienten med dit?

Katrine: Ja det er det faktisk. Det er ikke så meget at det er fordi, at jeg ville føle mig udsat. (...) det ikke er noget man normalt snakker om, så bliver det sådan 'hov, kan man sige det', og så fjerner man fokus fra dem over på mig. Det fjerner fokus fra det jeg skal." (Bilag 7: 60, 61)

Overfor patienterne har sygeplejerskerne ikke samme frygt for at blive kategoriseret ud fra deres historik med psykisk sygdom, som de har overfor kollegaerne. Det viser dog, at sygeplejerskerne alligevel fremstår som mindre professionelle overfor patienterne, hvis de fortæller om egne erfaringer med psykisk sygdom, da det ikke er en del af deres kerneopgave. Det kan gøre det svært for sygeplejerskerne at udføre handlinger, som giver mening for dem, da de jo blandt andet har et motiv om at anvende deres personlige erfaringer med psykisk sygdom til at gøre en forskel for patienterne. Det sætter dem i et dilemma mellem deres motiver på den ene side, og de værdisæt og kulturelle traditioner der påvirker psykiatrien på den anden. For at fremstå professionelle må de derfor skjule denne erfaring og kompetence. Samtidig har de dog en viden om, hvordan de selv ville ønske at de professionelle i psykiatrien havde mødt dem og deres pårørende med værdighed, forståelse og med et helhedsorienteret blik, men som ikke er muligt for dem at efterleve på grund af betingelserne. Da de må indrette sig efter, hvordan man er professionel på en særlig måde, er de paradoksalt nok samtidig med til at opretholde disse værdier og kulturelle traditioner i psykiatrien. Dette ses især hos Lotte:

Interviewer: (...) hvordan oplevede du det med at skulle holde de to verdener så adskilt, (...)?

Lotte: *"Når man det synes jeg ikke var svært fordi det har altid irriteret mig, når folk der skulle lave et terapeutisk arbejde, havde så travlt med at snakke om dem selv. Jeg synes det er så aldeles uvedkommende (...)"* (Bilag 4: 20)

Denne opretholdelse af kulturen, hvor man adskiller det professionelle og private, er Lotte også med til at opretholde ved, at hun tidligere har italesat overfor en yngre kollega, at kollegaen skulle passe på med at dele for meget omkring hende selv og de psykiske udfordringer, hun kæmpede med, når de sad på personalekontoret. Både fordi Lotte kunne høre, at der blev talt om kollegaen bag hendes ryg, men også fordi, at kulturen og denne adskillelse af patienterne og personalet betød, at man på personalestuen ikke skulle føle, at man sad med en patient (Bilag 4: 32).

Den særlige måde, som man fremstår professionel på, har også haft betydning for, at Anne og Katrine kun enkelte gange har forsøgt sig med at fortælle om deres personlige erfaringer med psykisk sygdom til patienter. For Anne var det da en patient direkte spurgte hende, om hun selv havde prøvet at være indlagt i psykiatrien. I situationen følte hun, at det gav mening for patienten at høre om, hvilke erfaringer hun selv havde gjort sig under hendes egen indlæggelse i psykiatrien. På samme måde har Katrine også været i en situation, hvor hun følte at det gav mening i situationen, at fortælle en patient om hendes eget sygdomsforløb. Anne og Katrine havde dog to forskellige oplevelser med dette. Katrine fik bekræftet, at der er en kulturel tradition om, at man ikke fortæller om dette, når man skal agere professionelt. Hun fik netop følelsen af, at hun fjernede fokus fra patienten og hendes kerneopgave som sygeplejerske (Bilag 6: 58, 60, 61).

Anne havde, til forskel fra Katrine, en god oplevelse med at være åben:

"Jeg oplevede faktisk en positiv reaktion. (...) Selvom jeg jo er den professionelle og hun er patienten, så opstod der en eller anden form for ligeværd i den situation (...) Og jeg ved ikke om det bare var min egen følelse, men jeg følte faktisk selv at det var en af de patienter som jeg kom mere tæt på, og havde nogle andre snakke med end jeg måske havde med nogle andre. (...)" (Anne, Bilag 7: 73)

Dette viser, at selvom sygeplejerskerne blandt andet er motiveret af deres personlige erfaringer med psykisk sygdom, og finder mening i deres handlinger på baggrund af disse, så har betingelserne i form af de kulturelle traditioner og værdisæt, der gør sig gældende på deres arbejdsplads, betydning for, hvordan de i sidste ende handler. De kulturelle værdisæt trækker på historiske ideer om, hvordan man er henholdsvis professionel og ikke-professionel, som to kategorier, der er gensidigt udelukkede. Selvom Anne i det forrige citat får en oplevelse af, at det både var meningsfuldt for både hende og patienten, at dele personlige erfaringer, er det kun den ene gang, hun har gjort det på grund af de kulturelle og historiske traditioner og værdisæt, der er i psykiatrien om, hvordan man er professionel.

Det peger på samme problematik, som blev fremhævet i problemfeltet, hvor en undersøgelse viste, at sygeplejersker i høj grad anvendte personlige erfaringer med psykisk sygdom i deres arbejde i psykiatrien. Det var dog sjældent at de talte åbent om disse personlige erfaringer, både fordi det var tabubelagt, men også fordi de fik følelsen af, at det overskred nogle grænser i relationen mellem dem som professionelle og patienten (Oates, Drey & Jones, 2017).

5.3.4 En gensidig objektgørelse

Denne grænsesætning i relationen ses også i sygeplejerskerne fortællinger om en kultur, hvor det ikke er normalt og velset, at man får en for god relation med patienterne. Det bliver opfattet som en overinvolvering eller en besværlig tilgang (Bilag 7: 74; Bilag 5: 52, 53).

Denne forståelse af en overinvolvering og den beskrevne adskillelse mellem patienter og sundhedspersonale, som fremgår i det foregående afsnit, er med til at fastlåse en relation mellem patient og personale, hvor der sker en gensidig objektgørelse. Den gensidige objektgørelse kan opstå ved, at patienten bliver genstand for den professionelles arbejde, og den professionelle bliver redskab for, at patienten kan få det bedre. Således opstår der en gensidig funktionel relation mellem sygeplejersken og patienten, hvor relationen udelukkende bygger på, hvad der er nødvendigt for patienternes behandling. Derfor vil det også blive påtalt, når sygeplejerskerne får en relation, som ikke bygger på denne objektgørelse, da det er blevet en del af de gældende traditioner og værdisæt i psykiatrien.

Alle fire sygeplejersker oplever, at de indimellem engagerer sig mere i patienterne, end deres kollegaer gør (Bilag 4: 23; Bilag 5: 52, 53; Bilag 6: 61; Bilag 7: 80). Måske netop på baggrund af deres motiver, og at deres handlinger er målrettet et ønske om, at patienterne får en god behandling.

Når sygeplejerskerne handler ud fra dette, og det samtidig bliver forstået som noget uacceptabelt hos kollegaerne, skaber det frustration hos sygeplejerskerne:

”Jamen det har provokeret mig flere gange. (...) Frustreret mig også, fordi selvfølgelig skal man være professionel, og jeg er heller ikke tilhænger af, at man skal sidde og græde med patienterne (...). Men jeg synes det er rigtig vigtigt, at man viser menneskelighed (...) Jeg føler nogle gange at så bliver det meget sådan professionelle overfor patienterne, og så skal man hele tiden passe på. Det bliver sådan en linedans på en måde. Ikke fordi jeg har oplevet at patienterne har syntes, at det var for meget, men egentlig at det har været mine kollegaer der har sagt at de syntes det var for meget, og at man var for overinvolveret. (...)” (Anne, Bilag 7: 74)

Anne har ud fra hendes personlige erfaringer med psykisk sygdom en viden om, hvad der kan være meningsfuldt og vigtigt for patienten i relationen, men betingelserne gør, at hun ikke har mulighed for at handle derefter. Hun beskriver følelser som frustration og provokation, hvilket kan ses som et udtryk for, at Annes handlinger ikke bringer hende nærmere hendes motiv men tværtimod længere fra det.

5.3.5 Recovery er mulig

Gitte skiller sig ud fra de tre andre sygeplejersker ved, at hun åbent deler ud af sine personlige erfaringer med psykisk sygdom til både kollegaer, ledere og patienter (Bilag 5: 42). Gitte oplever på samme måde som de tre andre sygeplejersker, at hun skiller sig ud fra hendes kollegaer og fra de kulturelle traditioner og værdisæt i psykiatrien, men Gitte udfordrer dog i højere grad de betingelser:

(...) Jeg har oplevet nogle gange at nogle [kollegaer] synes at jeg er for meget, eller for mærkelig, eller at jeg gør tingene på min måde. Nogle gange tror jeg også, at de synes at det er for besværligt på min måde, fordi man skal have tæt kontakt, man skal snakke meget. (...). Jeg går ikke så meget op i regler og forskrifter på den måde, vi har en hel masse lorteting vi skal sidde og registrere og man tænker ”ej det giver jo ingen

mening". Jeg kan blive lidt træt. Og så kan jeg tænke, rend mig i røven, det gider jeg ikke." (Gitte, Bilag 5: 52, 53)

Gitte prøver at skabe en overensstemmelse i hendes motivstruktur, og at ophæve konflikten mellem hendes motiver om at bruge egne erfaringer med psykisk sygdom og at man er professionel på en særlig måde. Gitte beskriver, at hun grundlæggende er imod den forståelse af sundhedspersonalet, som opdeles i privat, personlig og professionel (Bilag 5: 51, 52). Hvis hun føler, at det giver mening for hende selv og for patienten og kollegaer, at hun fortæller om hendes personlige erfaringer med psykisk sygdom, så gør hun det, og tager her ikke udgangspunkt i de kulturelle værdisæt om at være professionel på en særlig måde. Hendes handlinger er orienteret af hendes motiv om at anvende egne erfaringer med psykisk sygdom og centreret mod målet om at sikre, at patienternes får en værdig og retfærdig behandling (Bilag 5: 40, 41). Når Gitte oplever, at patienterne ikke får en værdig behandling og bliver mødt med manglende respekt, reagerer hun overfor hendes kollegaer (Bilag 5: 39, 40, 41). Her bruger hun ofte sig selv som eksempel:

"Ja der var én en dag, der sad og sagde "deprimeret, deprimeret, det er vi sgu alle sammen". Hvor jeg så sagde "sig mig engang, har du nogensinde prøvet det?", "nej" sagde han. "Nej, men det har jeg, og det der det gider jeg ikke at høre på, fordi så meget har du ikke snakket med den patient, vel?"" (Gitte, Bilag 5: 44)

Det fremgår, at der for Gitte er opstået et motiv om at kæmpe for patienterne. Denne kamp er blevet en del af hendes virksomhed om at gå på arbejde, og dermed også en del af hendes personlighed.

Ved at Gitte anvender sine personlige erfaringer i hendes arbejde, bliver hun på denne måde også et eksempel på, at man kan opnå personlig recovery.

5.3.6 Selvstigmatisering

Gitte fortæller i slutningen af interviewet, at hun aldrig har tænkt over, at hun kan have kollegaer, som også har personlige erfaringer med psykisk sygdom, som de bruger i deres arbejde i psykiatrien (Bilag 5: 54, 55). Det er paradoksalt, når Gitte selv har forsøgt at skabe en åbenhed. Det kan være et

udtryk for, at Gittes handlinger ikke har været med til at påvirke de kulturelle traditioner og værdier, der er gældende for psykiatrien, men at hun har været ene om at gå imod disse.

Hvad er det så særligt, der adskiller Gitte fra de tre andre sygeplejersker og gør, at hun udfordrer betingelserne for at handle på det, som hun finder meningsfuldt? Ifølge Gitte har det blandt andet noget med alder og erfaring at gøre:

” (...) Jeg er jo også så gammel nu efterhånden, at jeg ikke er så bekymret for hvad de tænker om mig. Eller om jeg skulle blive fyret, for jeg føler mig sikker som sygeplejerske. Jeg har mine kompetencer, det kan jeg jo mærke. I de unge år følte jeg, at jeg ikke kunne finde ud af noget.” (Gitte, Bilag 5: 44, 45)

Det handler altså også om, hvordan sygeplejerskerne ser sig selv. Denne sikkerhed som Gitte føler, gør også, at hun finder hendes egen måde at være professionel på i en praksis, som ellers har andre kulturelle traditioner og værdisæt, der definerer rollen som professionel. For Lotte har selvstigmatiseringen og frygten for at blive valgt fra på grund af hendes sygdom fyldt mere end hendes faglige sikkerhed (Bilag 4: 17, 21, 22).

At de to sygeplejersker udtrykker sig så forskelligt på trods af, at de begge har arbejdet i psykiatrien i mange år, kan være et udtryk for, at sygeplejerskernes selvforståelse kan blive påvirket af denne kultur. Når sygeplejerskerne oplever en stigmatisering og negativ omtale af patienterne, gør det noget ved deres selvforståelse, da psykisk sygdom er en del af deres motivhierarki og personlighed. Stigmatiseringen kan derfor medføre, at de vil internalisere disse udtalelser og opleve selvstigmatisering. Gitte har ikke på samme måde denne selvstigmatisering, er ikke bange for at miste sit job og beskriver, at hun ikke er bekymret for, hvad andre tænker om hende (Bilag 5: 41, 44, 45).

5.3.7 Meningsfulde handlinger på trods af begrænsende betingelser

Som beskrevet tidligere, kan sygeplejerskerne stå i et dilemma mellem deres motiv på den ene side, og de værdisæt og kulturelle traditioner, der er rammesættende for psykiatrien på den anden side. For at håndtere dette dilemma, omtaler sygeplejerskerne deres personlige erfaringer, og den viden de har fået, fra deres eget sygdomsforløb, i tredje person (Bilag 6: 62; Bilag 7: 75, 76). Det bliver en strategi,

de anvender, for fortsat at kunne handle, så det giver mening for dem selv og for patienterne. Samtidig tilpasser de sig de kulturelle traditioner og værdisæt, der er på de psykiatriske afdelinger. Gennem denne strategi, kan sygeplejerskerne også være professionelle ud fra den særlige forståelse om, at man som professionel ikke viser sårbarhed ved at have eller have haft en psykisk sygdom.

Denne kulturelle tradition om, hvordan man er professionel, betyder også, at man godt kan dele personlige erfaringer med at være pårørende til en med en psykisk sygdom (Bilag 4: 27; Bilag 7: 77). Katrine fortæller, at hun har gode erfaringer med åbent at fortælle om hendes far:

”Jeg har haft nogle patienter hvor det ikke har været nok at sige at jeg har erfaring fra andre, men hvor den der autoritet gør at der er en barriere, hvor patienten ikke rigtig vil høre på de ting jeg siger. Det var den patient som jeg fortalte om min far til. Der kunne jeg mærke at han, efter den samtale, så lyttede han til mig på en helt anden måde, fordi jeg tror, at han kunne mærke, at de ting jeg sagde, ikke kun var noget jeg havde lært på sygeplejerskolen. Jeg så ham som person og ikke som en patient, (...) Hvis jeg havde sådan en patient igen, hvor jeg kan mærke, at jeg ikke kommer igennem uden at give noget mere af mig selv, så ville jeg nok fortælle det.” (Katrine, Bilag 6: 63)

Katrine finder mening i at dele noget mere privat om sig med patienten, og bryder derved med den gensidige objektgørelse i relationen. Men da de kulturelle traditioner indebærer, at man ikke kan være professionel og samtidig have en fortid med psykisk sygdom, kan hun ikke fortælle, at hun også selv har været syg. I stedet kan hun fortælle om hendes far, hvilket ikke er begrænsende og stigmatiserende. Det, at hun viser en autentisk side af sig selv, fremmer relationen mellem hende og patienten. Her opstår et paradoks, da Katrine ønsker at bryde med det, der normalt kendetegner relationen mellem sygeplejerske og patient. Hun beskriver, at hun oplever, at der opstår en troværdighed hos hende som sygeplejerske. Men det er netop denne deling af private oplysninger, der ikke er strukturelt og socialt acceptabelt, og som Katrine også selv har svært ved at navigere i. Hun står her i et dilemma, hvor hun er bange for at belemre patienten med informationer, som patienten ikke har brug for. Samtidig mærker hun også, at det fremmer relationen og patientens recovery-proces at dele noget privat om hende selv (Bilag 6: 63, 64).

5.3.8 Når det meningsfulde mangler

Når Katrine i det foregående afsnit og citat fortæller om, at hun ønsker at bryde med den autoritet, der kan være i sygeplejerskens rolle, ønsker hun også at bryde med den traditionelle kultur, hvor patienter og personale opdeles i *dem* og *os*. Katrine har et ønske om, at psykiatrien var mere åben overfor at personalet også kunne dele deres personlige erfaringer med psykisk sygdom og generelt bruge sig selv mere, for at skabe en mere ligeværdig relation til patienten (Bilag 6: 67).

Når strukturen i psykiatrien består af de beskrevne værdisæt og kulturelle traditioner, bliver det svært for sygeplejerskerne at handle på det, de finder meningsfuldt for dem selv og patienterne, på trods af, at de forsøger at finde andre strategier for at opnå mening. For Lotte betød en struktur, hvor dokumentation i skemaer blev prioriteret højere end selve kontakten og samtalen med patienterne, at hun ikke længere kunne udføre handlinger, som var meningsfulde for hende:

”(...) Det var også en af grundene til at jeg holdt op, jeg var ved at brække mig. De kunne sætte en arbejdsplan til at lave mit arbejde, fordi jeg behøvede ikke at være sygeplejerske for at rende med de krav der blev stillet.” (Lotte, Bilag 4: 23)

På samme måde går Anne med overvejslen om, at hun ikke ønsker at arbejde i psykiatrien længere, da hun bliver en del af en kultur, hvor fokus er på at kategorisere mennesker, som netop er modsatrettet hendes motiver (Bilag 7: 81). Der opstår derfor en diskrepans og konflikt mellem stærke motiver for Anne, som hun ikke formår at kombinere på en tilfredsstillende måde for hende selv, så hun alligevel oplever en meningsfuldhed ved hendes handlinger. På grund af denne konflikt vil hun være i en konstant kamp med sig selv og de kulturelle traditioner og værdier, som vil påvirke hendes selvforståelse og vil betyde, at hun ikke oplever en overensstemmelse mellem det hun finder meningsfuldt og de handlinger, hun udfører i hendes arbejde i psykiatrien.

Katrine bliver på samme måde frustreret, når det ikke er muligt for hende at give patienterne en god behandling:

”(...) Der er meget mere recovery-orienterede, de skal inddrages på en helt anden måde. Så kan jeg blive frustreret når det ikke er muligt, hvis vi bliver tvunget til at

udskrive patienter til en dårlig behandling fordi der ikke er et godt nok samarbejde. Eller når jeg føler at vi ikke har gjort nok for patienten (...)” (Katrine, bilag 6: 64).

Denne frustration ses som et udtryk for, at hendes handlinger ikke altid bringer hende nærmere hendes motiver, og at det ikke lykkedes hende at indfri sine mål. Hun er dog samtidig ikke klar til at forlade de motiver og mål, da denne frustration samtidig er med til at give hende en kampånd. En kampånd som betyder, at hun fortsat ønsker at arbejde i psykiatrien med henblik på at ændre den (Bilag 6: 64). De kulturelle traditioner og værdisæt, som ind imellem gør det svært for Katrine at udføre handlinger, der bringer hende nærmere hendes motiv, gør derved også, at der opstår et nyt motiv, om at ændre på psykiatrien, så den bliver mere recovery-orienteret. Denne kampgejst ses også hos Gitte, som tidligere beskrevet (Bilag 5: 39, 40, 41).

De kulturelle traditioner og værdisæt kan både betyde, at man mister nogle dygtige sygeplejersker, men samtidig også, at nogle vil få en kampgejst. En kampgejst der dog fremstår som et individuelt forhold.

5.3.9 Delkonklusion

Jeg har i ovenstående analyseret, hvordan sygeplejerskerne håndterer deres personlige erfaringer med psykisk sygdom, så det giver mening for dem selv og for patienterne. Gennem analysen bliver det tydeligt, at sygeplejerskernes personlige erfaringer med psykisk sygdom har givet dem et motiv for at arbejde i psykiatrien. Det giver dem en oplevelse af, at deres erfaringer og oplevelser med psykisk sygdom får en særlig mening, når de kan anvende dem til at hjælpe andre. De oplever ligeledes, at disse erfaringer bliver en kompetence i deres arbejde. På baggrund af det, har sygeplejerskerne et ønske og behov for at sikre, at patienterne får en god behandling, føler sig hørt, forstået og trygge under deres indlæggelser. De ønsker derfor at skabe relationer til patienterne, der bygger på ligeværdighed og et helhedsorienteret blik. Sygeplejerskernes oplevelser og beskrivelser peger dog samtidig på, at der i psykiatrien ikke er en kulturel tradition for, at fagpersonalet fortæller om personlige erfaringer med psykisk sygdom. Det skyldes, at der forekommer en særlig måde, hvorpå man fremstår professionel. Det at være professionel indebærer bestemte værdier, hvor man ikke må vise sårbarhed, og man ikke må få en dybere relation med patienterne, end det der behandlingsmæssigt er nødvendigt. Det betyder også, at mødet og relationen mellem

sygeplejerskerne og patienterne ikke bliver ligeværdigt. I stedet opstår en gensidig objektgørelse, hvor patienten bliver genstand for behandling og sygeplejerskerne bliver genstand for at give denne behandling. Det betyder også, at kulturen er præget af en tradition, hvor man har fokus på at forstå mennesker ud fra diagnoser. I denne kultur er der indimellem stigmatiserende udtalelser om patienterne, hvilket er med til at skabe selvstigmatisering og frygt hos sygeplejerskerne. Denne selvstigmatisering gør, at de holder deres personlige erfaringer skjulte i frygt for, at de ville fremstå mindre troværdige og fagligt dygtige som sygeplejersker. Det er alene Gitte, der åbent taler om hendes erfaringer med at have en psykisk lidelse, da hun ikke oplever en selvstigmatisering. De tre andre sygeplejersker omtaler deres erfaringer i tredje person. På den måde sikrer de, at de fortsat har mulighed for at anvende deres erfaringer, så det giver mening for dem selv og for patienterne, og hvor de samtidig også forholder sig til de gældende traditioner og værdier i psykiatrien. Ved at holde det skjult er de dog samtidig med til at opretholde en kultur, hvor man ikke deler ud af personlige erfaringer med psykisk sygdom. Gitte har alene fundet en identitet i at være en enmandshær og bryde med nogle af de kulturelle traditioner og værdier, der gør sig gældende i psykiatrien, for at skabe mening for hende selv og patienterne. Hun lader sig ikke handlingslamme på trods af betingelserne. For fortsat at skabe mening i arbejdet opstår et nyt motiv for sygeplejerskerne om at kæmpe for at ændre psykiatrien. Det bliver først problematisk i det øjeblik sygeplejerskerne oplever, at de er magtesløse og ikke føler, at de kan udføre meningsfulde handlinger. I det øjeblik vil de søge væk fra arbejdet i psykiatrien.

5.4 Den recovery-orienterede praksis

I denne del af analysen vil jeg besvare anden del af problemformuleringen: *Hvilken sammenhæng er der i dette perspektiv med den recovery-orienterede tilgang, som politisk ønskes i psykiatrien, og hvilke perspektiver åbner sygeplejerskernes håndtering op for i denne recovery-orienterede kultur?* Jeg vil tage udgangspunkt i første del af analysen og sygeplejerskernes håndtering og analysere og diskutere den op imod interviewet af Ole Rytto, sygeplejefaglig direktør i Region Syddanmark, samt dokumentet om recovery og åbenhed som en politisk strategi på et samfundsmæssigt niveau.

I rapporten *En åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser* præsenterer et særligt udvalg om psykiatri, nedsat af regeringen i 2013, en række værdier, som bør danne retning og ramme for fremtidens psykiatri i hele landet. Det kan ses som et dokument, der afspejler det overordnede samfundsmæssige niveau i Mariane Hedegaards model (Hedegaard, 2012). Den

forståelse der først og fremmest lægges vægt på i rapporten er, at mennesker med psykiske lidelser ikke må opfattes som værende sin lidelse, men i alle sammenhænge af samfundet skal opfattes som et menneske med en psykisk lidelse. Derudover bør mennesker med psykiske lidelser ikke betragtes som kronisk syge, men der skal i højere grad være et fokus på, at man kan komme sig fra en psykisk lidelse og have et velfungerende liv. Her bliver den recovery-orienterede strategi præsenteret, som en måde at overkomme disse udfordringer i samfundet. De skriver om recovery-tilgangen (Regeringsudvalg om psykiatri, 2013) (Bilag 11: 99, 100):

”Den recovery-orienterede rehabilitering, som tager afsæt i at hjælpe mennesket videre i livet ved at fokusere på selvbestemmelse, involvering og håb. Den recovery-orienterede rehabilitering forudsætter et bredt udgangspunkt, hvor der udover et biomedicinsk fokus også er fokus på psykologiske og sociale aspekter. Dermed inddrages det enkelte menneskes eget perspektiv og samspil med omgivelserne. En recovery-orienteret rehabilitering handler således ikke kun om behandling og støtte, men også om mange andre faktorer, der har afgørende betydning for muligheden for at komme sig og komme videre i livet.” (Bilag 11: 99)

Recovery-tilgangen bliver på et samfundsniveau dermed præsenteret som en politisk strategi for fremtidens psykiatri. Det kommer også til udtryk i psykiatrien, hvor recovery forsøges integreret i de kulturelle traditioner og værdisæt (Bilag 10: 91).

5.4.1 Diagnose eller menneske?

Første del af specialeafhandlingens analyse peger på, at alene det, at mennesker med psykiske lidelser ikke bør betragtes som deres sygdom, men som et menneske med en psykisk lidelse, er svært at tilgå i praksis. Sygeplejerskernes oplevelser og erfaringer viser, at psykiatrien har nogle kulturelle traditioner og værdisæt, som bygger på at forstå og kategorisere mennesker ud fra diagnostiske kriterier. På baggrund af den kultur, er de selv bange for, at de ved at være åbne om deres personlige erfaringer med psykisk sygdom, vil blive betragtet som deres sygdom. Allerede her opstår nogle kulturelle traditioner og værdisæt, som går imod det der er tiltænkt i den recovery-orienterede strategi.

For hvis personalet frygter at blive forstået på baggrund af deres psykiske lidelse, kan man diskutere, hvilke muligheder patienterne har for ikke at blive forstået på baggrund af deres diagnose.

At man som sygeplejerske ikke kan være professionel og samtidig have eller have haft en psykisk lidelse, kan også være et udtryk for, at psykiatrien er en institution, hvor der i virkeligheden ikke er en fælles forståelse og kulturel tradition om, at man kan komme sig fra en psykisk sygdom og leve et velfungerende og meningsfuldt liv. For hvis sygeplejerskerne ikke kan være professionelle, når de har eller har haft en psykisk lidelse, kan patienterne så se frem til et liv uden begrænsninger på baggrund af deres lidelse? Der fremstår her en underliggende stigmatisering af psykisk sygdom i psykiatrien. Det fremgår i første del af analysen, at sygeplejerskerne har et motiv om at give patienterne håb om, at de kan få det godt igen. Man kan dog her diskutere, hvilke muligheder der er for at give patienterne dette håb i en kultur, hvor man i virkelighed ikke tror på, at man kan komme sig fra psykisk sygdom.

Første del af analysen viser, hvordan der blandt sundhedspersonalet i fælles sparring om patienternes behandling er fokus på at tildele patienterne diagnoser, frem for at sikre, at patienten føler sig hørt, forstået og tryk. Den fælles sparring er ikke et udtryk for en recovery-orienteret tilgang, hvor der også er fokus på andre faktorer end det biomedicinske. Her er det Anne alene, der er rettet mod de psykologiske og sociale aspekter hos patienten. Det underbygger, at der i psykiatrien er et dominerende medicinsk behandlingsparadigme, som det blev præsenteret i problemfeltet (Madsen, 2018). Dette fremstår paradoksalt i en kultur, hvor man politisk ønsker at den grundlæggende værdi skal bygge på ligestilling. I første del af analysen argumenterer jeg for, at sygeplejerskerne ikke har mulighed for at møde patienterne ligestillet grundet de kulturelle traditioner og værdisæt om, hvordan man er professionel på en særlig måde. I stedet opstår der en gensidig objektgørelse mellem patienterne og sygeplejerskerne, hvor relationen mellem dem ikke må blive for god. I den relation kan det også blive svært at inddrage patienten og sikre deres selvbestemmelse gennem en recovery-orienteret tilgang. Hvis man ser patienterne som en genstand for diagnosticering, og ikke som en ligestillet partner der er aktivt deltagende i deres egen recovery-proces, kan patientens perspektiv blive mindre relevant. Det kan påvirke patientens eget motiv for at opnå recovery, hvis patienten ikke inddrages i eget behandlingsforløb.

5.4.2 *Dem* og *os*-kultur

Denne kulturelle udfordring, hvor relationen ikke er ligeværdig, sætter regeringens udvalg om psykiatri fokus på. De skriver, at der må gøres op med den tankegang, hvor der tales om *dem* og *os* i forhold til patienter og personale. De ønsker derfor et fokus på værdier som medmenneskelighed, åbenhed, dialog og inddragelse af patienten og dennes pårørende og netværk. I relationen mellem patient og det professionelle personale, er det derfor væsentligt, at der er fokus på samarbejde, selvbestemmelse og gensidig respekt. Det er i denne sammenhæng vigtigt, at de professionelle oplever at have indflydelse på egen arbejdssituation og at have de nødvendige kompetencer for at kunne håndtere de faglige og personlige udfordringer, der kan være (Bilag 11: 98).

Første del af analysen viser, at sygeplejerskerne ikke deler deres personlige erfaringer med psykisk sygdom med patienterne, fordi det ikke er en kulturel tradition at gøre dette, hvilket også betyder, at sygeplejerskerne ikke ved, hvordan de skal gribe det an. Det er på trods af, at de har en viden fra sig selv om, hvad det kunne betyde at en sygeplejerske kunne møde dem med ligeværd og åbenhed, og med en mindre autoritet i rollen. En viden som netop understøtter de recovery-orienterede værdier. Det er altså ikke en kultur, der bygger på værdisæt som åbenhed og dialog mellem personale og patient, som der ellers politisk er tiltænkt. Det er alene Gitte der gennem åbenhed og dialog møder patienterne ligeværdigt ved, at hun blandt andet deler hendes erfaringer med psykisk sygdom for at skabe håb, mening og mestring hos patienterne. Men at Gitte i hendes lange karriere som sygeplejerske, kun har oplevet, at det er hende der gør dette, er et udtryk for, at det kan være svært at praktisere disse værdier under de dominerende værdisæt og kulturelle traditioner, der er gældende i psykiatrien, og som ses i første del af analysen.

Hvilke kompetencer er så nødvendige hos de professionelle, for at kunne ændre på kulturen med *dem* og *os*, som regeringens udvalg om psykiatri ønsker? De fire sygeplejersker har netop motiver om at gøre en forskel for andre med udgangspunkt i deres personlige erfaringer. De ønsker at lytte til patienterne, skabe håb for deres fremtid, skabe tryghed og vise anerkendelse og forståelse. Det er motiver, der giver dem en kompetence, som stemmer overens med de værdier, der ønskes for psykiatrien gennem recovery-tilgangen.

5.4.3 Åbenhed om psykisk sygdom blandt personalet

I det skriftlige interview af Ole Rytto, sygeplejefaglig direktør i Region Syddanmarks Psykiatri, spørger jeg ham netop om, hvilken holdning psykiatrilæden har til åbenhed om psykisk sygdom

blandt medarbejderne. I hans besvarelse henviser han til regionens personalepolitik samt det sociale kapitel. Han sætter fokus på fastholdelse og rekruttering af medarbejdere med faglighed, engagement, energi og menneskelig indsigt. Derudover på det gode arbejdsmiljø, på trivsel og sundhed blandt medarbejderne samt integration af og ansættelse af medarbejdere med nedsat arbejdsevne (Bilag 10: 91). Han skriver yderligere:

”Psykiatrideledelsen ser tilsvarende ansættelsen af medarbejdere på særlige vilkår som et centralt element. Både for den enkelte medarbejder og for kvaliteten i behandlingstilbuddene, da kontakten til ligesindede er væsentlig for den enkelte patients recovery.” (Ole Rytto, Bilag 10: 91)

Ole Rytto og psykiatrideledelsen anerkender dermed effekten af, at patienterne møder ligesindede som en del af deres recovery-proces (Bilag 11: 97, 99, 100). I hans besvarelse er han dog samtidig med til at kategorisere personale med personlige erfaringer i en gruppe, hvor der opstår særlige vilkår i ansættelsen. Denne tanke med at være en medarbejder ansat under særlige vilkår, er en af de faktorer, der får sygeplejerskerne til at holde deres personlige erfaringer med psykisk sygdom skjulte for ledere og kollegaer (Bilag 6: 62; Bilag 7: 75). Det skal ikke underkendes, at der er medarbejdere, som bliver ansat på særlige vilkår og effekten af det. Udtalelsen anerkender dog ikke det, at sundhedspersonalet ansat på almindelige vilkår kan møde patienterne som ligesindede. For alligevel at anerkende, at sundhedspersonalet kan have personlige erfaringer med psykisk sygdom, og som et forsøg på at skabe en større åbenhed blandt medarbejderne, beskriver Ole Rytto, at man i hvert introforløb for nye medarbejdere i psykiatrien, får besøg af en ambassadør fra EN AF OS (Bilag 10: 92, 93). Ole Rytto beskriver her, at de primært ønsker en ambassadør, som samtidig også er sundhedsfagligt uddannet. Til dette beskriver han:

”At medarbejdere ansat i psykiatrien møder en kollega i rollen som patient, har stor betydning for medarbejdernes evne til at se hele mennesket samt personens udfordringer, og det øger deres kvalifikationer til at understøtte patienternes recovery-”

proces. Personlige erfaringer med psykisk sygdom gøres på denne måde eksplicit ved introforløb for alle nyansatte (...)” (Ole Rytto, Bilag 10: 92)

Når Ole beskriver denne EN AF OS-ambassadør, er det dog stadig i rollen som patient. Der er altså ikke et direkte fokus på, at det er en, der er sundhedsfagligt uddannet. Det er med til at underbygge den forståelse af, at rollerne som patient og professionel gensidigt udelukker hinanden. Hvis de nyansatte medarbejdere også ser denne ambassadør som en patient, og ikke som en professionel, kan det derfor diskuteres, hvor meget det udvikler deres evne til at se det hele menneske. I forlængelse af dette skabes der også tvivl ved, om et oplæg ved et introforløb kan skabe en forandring i medarbejdernes evne til at se det hele menneske, hvis de alligevel kommer til at indgå i en kultur, hvor medarbejderne ikke har tradition for at gøre dette. Der vil her være en risiko for, ligesom for sygeplejerskerne i første del af analysen, at nye medarbejdere ikke også vil blive en del af denne kultur, og på samme måde forholde sig til de værdisæt og kulturelle traditioner, der er gældende her, og i sidste ende være med til at opretholde dem.

Ledelsen lægger altså, med denne strategi, ikke et direkte fokus på, at medarbejdere kan anvende personlige erfaringer med psykisk sygdom i deres arbejde i psykiatrien. Ole Rytto beskriver i den forbindelse:

”(...) I forhold til ansættelsesforløb for øvrige sundhedsfaglige personer er det ikke standard, at spørge direkte ind til ansøgerens egne erfaringer med psykisk sygdom. Her er det ansøgeren selv, der afgør, hvad vedkommende ønsker at dele med ansættelsesudvalget. (...)” (Ole Rytto, Bilag 10: 92)

Når de kulturelle traditioner og værdisæt ikke bygger på åbenhed, på trods af, at det er en værdi og tradition, man ønsker, at psykiatrien skal bygge på gennem den recovery-orienterede tilgang, forestiller jeg mig, at det vil være få sundhedsfagligt uddannede, der ved en ansættelsessamtale vil fortælle om egne erfaringer. Det kan skyldes selvstigmatisering og en frygt for, at man ikke vil få jobbet.

5.4.4 Ansættelse af peer-medarbejdere

For at sikre at patienterne møder ligesindede, som en del af deres recovery-proces, er en del af den politiske recovery-orienterede strategi også at ansætte peer-medarbejdere, som kan være agenter for øget fokus på borgerens ressourcer, ønsker og behov (Bilag 10: 91). Om den recovery-orienterede strategi og ansættelsen af peer-medarbejdere skriver Ole Rytto:

”Denne klare politiske vægning af området har afgørende betydning for psykiatrilædelser, daglige ledelser og medarbejdere. At alle afdelinger af psykiatrisygehuset har peers-ansatte, viser tydeligt ønsket om at inddrage de levede erfaringer som denne gruppe medarbejdere bidrager med, og det sætter sit positive præg på kulturen og kommunikationen på de enkelte afdelinger. En kultur der forhåbentlig øger øvrige medarbejders tilbøjelighed til at inddrage personlige erfaringer, hvis det giver faglig mening i den psykiatriske behandling.” (Ole Rytto, Bilag 10: 91)

Det kan her diskuteres, hvilken mulighed peer-medarbejderne har for at skabe en forandring i denne kultur, hvor rollerne mellem patienter og personale er så fastlåste. For hvis sygeplejerskerne ikke fremstår fagligt dygtige og professionelle, når de samtidig har en psykisk lidelse, hvordan stiller det så peer-medarbejderne? Det fremgår i første del af analysen, hvordan kulturelle traditioner og værdisæt betød, at personalet og patienterne var opdelt i to grupper. Det kunne man blandt andet se ved, at det blev italesat, når sygeplejersker på personalekontoret fortalte om psykiske udfordringer, fordi personalet ikke skulle få følelsen af at være sammen med en patient. Hvor stiller det peer-medarbejderne, når de sidder på kontoret som en del af medarbejderne, og hvor deres tydelige fokus er at bidrage med personlige erfaringer med psykisk sygdom? Måske vil de på baggrund af denne kultur, hvor man forstår mennesker ud fra diagnoser, og hvor man som professionel ikke kan have en psykisk lidelse, blive set som en patient. Det vil kræve en særlig indsats af dem og deres selvforståelse at begå sig i psykiatrien, hvor de med deres særlige rolle skal finde sig tilpas i en kultur, hvor rollerne er så tydeligt optegnet og gensidigt udelukkende.

Gittes handlinger, hvor hun i høj grad bruger hendes personlige erfaringer både overfor kollegaer og patienter, er på mange måder lig de handlinger, man ønsker at peer-medarbejderne udfører. Gitte formår at møde patienterne ligeværdigt, at give dem selvbestemmelse, håb og hjælper dem i deres recovery-proces. Samtidig er hun et eksempel på at recovery er mulig, og bruger sine egne erfaringer som eksempler. Forskellen mellem de peers-ansatte og sygeplejerskerne, som har personlige erfaringer med psykisk sygdom, er dog, at peer-medarbejderne er uddannede til at bruge deres personlige erfaringer. Den tvivl der kommer til udtryk hos sygeplejerskerne om, hvornår patienterne kan have behov for, at sygeplejerskerne fortæller om deres personlige erfaringer, er derfor ikke til stede hos peer-medarbejderne. De har en viden om, hvordan de skal anvende dem, mens de samtidig beskytter sig selv. Derfor er de også bedre rustet til at tage denne slags samtaler med patienterne.

5.4.5 Manglende medindflydelse

Som tidligere beskrevet peger regeringens udvalg om psykiatri på, at for at den recovery-orienterede strategi skal fungere, er det vigtigt, at de professionelle oplever at have indflydelse på egen arbejdssituation (Bilag 11: 98). Første del af analysen viser dog, at denne indflydelse kan være begrænset. Analysen viser, at de kulturelle traditioner og værdisæt betyder, at sygeplejerskerne ikke føler, at de kan udføre meningsfulde handlinger, men i stedet må forholde sig til de ydre rammer, og tilpasse deres handlinger hertil. Der fremgår her en risiko for, at psykiatrien mister de medarbejdere, som har fokus på de værdier, der ønskes gennem recovery-strategien, hvis de ikke oplever mening ved deres arbejde. Ole Ryttovej fremhæver, at man arbejder ud fra en personalepolitik med fokus på: *”fastholdelse og rekruttering af medarbejdere med faglighed, engagement, energi og menneskelig indsigt”* (Ole Ryttovej, Bilag 10: 91). Alligevel er der i den nuværende kultur en risiko for, at man mister medarbejdere med netop disse kvalifikationer.

Hvad hvis sygeplejerskerne i højere grad havde medindflydelse på deres arbejdsforhold i forhold til deres personlige erfaringer med psykisk sygdom? Til slut i hvert interview spurgte jeg de fire sygeplejersker om, hvilket råd de ville give videre for at skabe en større åbenhed om personlige erfaringer med psykisk sygdom blandt personalet. Det fremgår i første del af analysen, hvordan Katrine ønskede, at hun kunne bruge sig selv mere personligt i hendes arbejde, for at bryde med den autoritet hun har i rollen som sygeplejerske, og skabe en mere ligeværdig relation til patienten (Bilag 6: 63). Hun fortæller i den forbindelse også, at hun ville ønske, at hun kunne få noget mere viden om, hvornår det så ville være relevant at dele ud af disse personlige erfaringer, og hvornår det modsat

ville være en belastning for patienten. Denne viden og italesættelse ville, ifølge hende, kunne skabe en større åbenhed og forståelse i psykiatrien (Bilag 6: 68). De andre sygeplejersker peger på, at der er brug for flere rollemodeller, som stiller sig op, og er åbne omkring dette overfor ledere og kollegaer (Bilag 4: 32; Bilag 5: 55). Jo flere der gør det, jo mere vil det være med til at forandre de kulturelle traditioner og værdier. Men hvordan kommer vi så derhen? Anne slutter vores interview af med at fortælle, at interviewet og den refleksion hun har gjort sig i den forbindelse, har givet hende mod på at fortælle hendes kollegaer, at hun selv har været indlagt i psykiatrien i et håb om, at det kan være med til at skabe en større åbenhed blandt personalet (Bilag 7: 85, 86). Det, at Anne kommer frem til denne erkendelse i interviewsituationen, kan ses som et udtryk for, at et direkte fokus og italesættelse af denne problematik, kan være et startskud for at skabe en refleksion hos personalet om denne problematik og for at skabe en større åbenhed blandt personalet.

5.4.6 Delkonklusion

I denne del har jeg analyseret og diskuteret, hvordan sygeplejerskernes håndtering af personlige erfaringer med psykisk sygdom, som blev analyseret i første del af analysen, hænger sammen med den recovery-orienterede strategi, der politisk ønskes i psykiatrien. Derudover har jeg analyseret og diskuteret, hvilke perspektiver sygeplejerskernes håndtering åbner op for, i den recovery-orienterede tilgang.

Det fremgår, at der på et samfundsniveau er et ønske om, at psykiatrien skal værne om patienternes mulighed for at opnå recovery. En grundlæggende opfattelse bør her være, at man ikke forstår patienterne ud fra en diagnose, men ser dem ud fra et helhedsorienteret blik. Dette fokus kommer også til udtryk i psykiatrien på et institutionsniveau, hvor man ønsker, at den recovery-orienterede tilgang skal præge behandlingen af patienterne, gennem fokus på håb, åbenhed, dialog, inddragelse og ligestilling mellem sygeplejerske og patient. Det ses dog samtidig, at andre kulturelle traditioner og værdier er gældende i psykiatrien. Traditioner som betyder at man på trods af denne strategi fortsat forstår og behandler patienter ud fra diagnostiske kriterier. Sygeplejerskernes fortælling i første del af analysen viser, at praksis er påvirket af stigmatiserende holdninger om psykisk sygdom, som har betydning for, at man ikke kan fremstå som professionel og samtidig have eller have haft en psykisk lidelse. En holdning, som sætter tvivl ved, om man i praksis overhovedet har en tro på, at det er muligt at komme sig fra psykisk sygdom på trods af, at det er hele tankegangen bag recovery-tilgangen. Ud fra denne forståelse bliver det svært at give patienten et håb om

muligheden for at komme sig. Her fremgår det også, at patienter og personale er opdelt i en dem og os-kultur, som har betydning for, at der ikke skabes en ligeværdigt møde mellem de to parter. Det kan have den konsekvens, at det er svært at arbejde ud fra de recovery-orienterede værdier, hvor patienten inddrages i eget behandlingsforløb, og ses som en ligeværdig partner.

Psykiatrideledelsen forsøger at indbyde til mere åbenhed og mindre stigmatisering omkring psykisk sygdom, herunder personalets psykiatriske udfordringer ved, at invitere en ambassadør fra EN AF OS, som også er sundhedsfagligt uddannet. Man anerkender dermed, at personalet kan have personlige erfaringer med psykisk sygdom, men det fremgår samtidig i analysen, at denne indirekte strategi ikke sætter et direkte fokus på, og anerkender, at sygeplejersker aktivt kan anvende deres erfaringer i arbejdet. Det fremgår derfor, at det på denne baggrund kan være svært at skabe en kultur med større åbenhed og mindre stigmatisering. Det underbygger første del af analysen og det, at man skal fremstå professionel på en særlig måde. Denne kultur og særlige forståelse af hvor man er professionel, sætter også peer-medarbejderne i en svær rolle ved, at de er ansatte på baggrund af deres psykiske lidelse. Der er her en sandsynlighed for, at de vil blive anset som en af patienterne, hvilket kan være en udfordring for dem i en ansættelse, hvor de også skal agere professionelle. Det kan sætte dem i en svær situation, når de skal agere rollemodeller for kulturforandring på afdelingerne.

De gældende værdier og traditioner i psykiatrien står i direkte modsætning til den recovery-orienterede tilgang. Der er derfor også risiko for, at psykiatrien mister de medarbejdere, som netop ønsker at handle ud fra de recovery-orienterede værdier. Værdier og kompetencer som sygeplejerskerne med personlige erfaringer med psykisk sygdom i høj grad besidder. Denne del af analysen og en diskussion af problemstillingen åbner derfor op for, at der kan være behov for en større åbenhed og direkte italesættelse af, hvad det betyder at arbejde i psykiatrien og samtidig have personale erfaringer med psykisk sygdom.

6. Konklusion

Jeg har i dette speciale undersøgt, hvordan sygeplejersker håndterer personlige erfaringer med psykisk sygdom på en måde, som giver mening for dem selv og patienterne på de psykiatriske afdelinger. Derudover hvilken sammenhæng dette perspektiv har med den recovery-orienterede tilgang, som man politisk ønsker i psykiatrien, samt hvilke perspektiver sygeplejerskernes håndtering åbner op for i denne recovery-orienterede kultur.

Min interesse for at undersøge dette genstandsfelt udsprang sig af en personlig erfaring med at stå i positionen som sygeplejerske, hvor jeg så flere muligheder i at have denne dobbelte kompetence med både en faglig og personlig vinkel på psykisk sygdom i et arbejde i psykiatrien. Gennem problemfeltet så jeg, hvordan stigmatisering, tabu og tavshed prægede samfundet og psykiatrien, som havde betydning for, at sundhedspersonale ville tilbageholde denne erfaring på grund af stigmatisering, selvstigmatisering og en kultur, hvor man ikke deler private informationer om sig selv som professionel. Min undersøgelse bekræfter disse tendenser og giver en bredere forståelse for, hvordan og hvorfor dette optræder, og hvordan det hænger sammen med den recovery-orienterede kultur, der politisk ønskes for psykiatrien.

Gennem undersøgelsen bliver det tydeligt, at sygeplejerskerne, som har personlige erfaringer med psykisk sygdom, har fået et motiv for at arbejde i psykiatrien på baggrund af disse erfaringer. Det giver dem en oplevelse af, at deres erfaringer og oplevelser med psykisk sygdom får en særlig mening, når de kan anvende dem til at hjælpe andre. De oplever ligeledes, at disse erfaringer bliver en kompetence i deres arbejde, da har en viden om, hvad patienterne kan have behov for i deres recovery-proces. På baggrund af det, har sygeplejerskerne et fokus på at sikre, at patienterne får en god behandling, føler sig hørte, forstået og trygge under deres indlæggelser. De ønsker med dette at skabe relationer til patienterne, der bygger på værdier som ligeværdighed, åbenhed og anerkendelse. Værdier som man gennem den recovery-orienterede strategi ønsker at sættes fokus på både på et samfundsplan og lokalt i psykiatrien. Sygeplejerskerne oplever dog samtidig en praksis, som ikke altid gør det muligt for dem at udføre handlinger, som bygger på de værdier.

I stedet fremstår en praksis, hvor der er en skarp opdeling mellem sygeplejerskerne og patienterne, hvor man ikke kan fremstå professionelt, hvis man også har en psykisk sygdom, og hvor rollerne mellem patient og sygeplejerske bliver gensidigt udelukkende. En opdeling der samtidig gør det svært at

placere de peer-medarbejdere, der uddannes og ansættes som et forsøg på at skabe en kulturforandring. Det fremstår her som en svær sag for peer-medarbejderne at skabe denne forandring, da der ikke er en fælles forståelse og tradition om, at man kan komme sig fra psykisk sygdom. I stedet er der en underliggende stigmatiserende holdning til psykisk sygdom, som betyder, at der indimellem er stigmatiserende udtalelser omkring patienterne, som får betydning for, at sygeplejerskerne selv frygter at blive kategoriseret på baggrund af deres diagnose. Denne stigmatisering kan føre til en selvstigmatisering hos sygeplejerskerne, som vil være med til at opretholde en kultur, hvor man ikke er åben om personlige erfaringer med psykisk sygdom. Denne kultur forsøger psykiatrilædelserne at overkomme ved at invitere en EN AF OS ambassadør, som har en psykisk lidelse og er sundhedsfagligt uddannet. Denne ambassadør skal være et eksempel på, at recovery er mulig, og er psykiatrilædelsernes strategi til indirekte at indbyde til større åbenhed om psykiatriske udfordringer blandt sundhedspersonalet. Psykiatrilædelserne anerkender, at sundhedspersonalet kan have personlige erfaringer med psykisk sygdom, men beskriver det ikke som en direkte kvalifikation, man har fokus på i rekrutteringen og fastholdelsen af medarbejdere. Det fremstår paradoksalt, når de kompetencer man ønsker gennem recovery-strategien, netop er kompetencer, som de sygeplejersker med personlige erfaringer med psykisk sygdom besidder.

Den opdeling, der er mellem patienter og professionelle, betyder også, at mødet og relationen mellem sygeplejersker og patienter ikke bliver ligeværdigt. I stedet opstår en gensidig objektgørelse, hvor fokus i relationen er på behandling ud fra et biomedicinsk behandlingsparadigme. En tilgang som betyder, at man i høj grad forstår mennesker ud fra diagnoser, og ikke møder dem med et helhedsorienteret blik. Relationen til patienten må i den forbindelse ikke bære præg af at være for privat og personlig, men skal blot afspejle det behandlingsmæssige behov. Det vil gøre det svært at inddrage patienten som ekspert i eget liv, og give patienten medbestemmelse, som er en del af den recovery-orienterede tilgang.

Denne kultur kan sætte sygeplejerskernes i et svært dilemma mellem på den ene side at være bundet af de kulturelle værdier om, hvordan man forstår og behandler patienterne, og den særlige måde man skal agere professionelt. På den anden side har de en personlig erfaring og viden om, hvad man kan have behov for, når man er indlagt i psykiatrien, som ikke stemmer overens med de værdisatte og traditioner, der er gældende. Det betyder også, at sygeplejerskerne bliver begrænset i at håndtere deres personlige erfaringer på en måde, som skaber mening for dem selv og patienterne. For dog alligevel

at skabe denne mening, anvender de deres personlige erfaringer med psykisk sygdom i tredje person, og kan på den måde fortsat understøtte den recovery-orienterede tilgang i praksis. Det kan dog påvirke sygeplejerskernes selvforståelse ved, at de må gå på kompromis med en del af dem selv, fordi den ikke bliver anerkendt i deres arbejde i psykiatrien, hvilket igen skaber en selvstigmatisering.

Én ud af de fire sygeplejersker er dog åben om personlige erfaringer med psykisk sygdom både overfor kollegaer og patienter. Hun adskiller sig fra de andre sygeplejersker ved, at hun ikke har internaliseret den stigmatisering hun har oplevet, men har i stedet sagt fra overfor for dem. Selvstigmatisering er derfor en væsentlig faktor for, at sygeplejerskerne ikke er åbne om deres personlige erfaringer med psykisk sygdom.

Denne tavshed fra sygeplejerskerne, og omtalen af deres erfaringer i tredje person, vil opretholde den stigmatisering og selvstigmatisering, der fremgår, hvor det også på et samfundsplan vil være med til at bidrage til at skabe kulturelle traditioner og værdier, hvor forståelsen af psykisk sygdom vil være præget af stigmatisering og tavshed. Det åbner op for, at der er brug for et direkte fokus på og italesættelse af, hvad det betyder at arbejde i psykiatrien og samtidig have personlige erfaringer med psykisk sygdom. Derudover også hvordan man kan bruge disse erfaringer på en kvalificeret måde, som både kan hjælpe patienterne, men også skabe en meningsfuld praksis for sygeplejerskerne, som del er med til at understøtte den recovery-orienterede kultur, men også fastholde og udvikle medarbejdere, der er engageret og har en menneskelig indsigt og faglighed. Værdier psykiatrilæden netop ønsker for deres medarbejdere, for at de kan understøtte en recovery-orienteret kultur.

7. Perspektivering

Konklusionen giver afsæt til at se på, hvad der kan gøres aktuelt og fremadrettet for at udvikle psykiatrien med et fokus på, at det sundhedsfaglige personale også kan have personlige erfaringer med psykisk sygdom, hvor de enten har eller har haft en psykisk lidelse. Specialet peger her på et behov for en større opmærksomhed på, hvad der er meningsgivende for den enkelte sygeplejerskes arbejde. Specialets undersøgelse viser, at sygeplejersker med personlige erfaringer, kan have en særlig opmærksomhed på recovery-orienterede værdier, fordi de har en personlig viden om, hvad der kan være betydningsfuldt for et menneske i en recovery-proces. Specialet viser dog også, at dette ikke er en kompetence, man sætter særligt fokus på ledelsesmæssigt i psykiatrien.

Da det ikke er et felt, der er undersøgt i en dansk kontekst, er der et samfundsmæssigt og individorienteret behov for, at der arbejdes videre med denne problemstilling. Det ses i undersøgelsen, at Anne i interviewsituationen kommer frem til, at hun vil prøve at være mere åben om hendes personlige erfaringer med at have været indlagt i psykiatrien. Det ser jeg et udtryk for, at sygeplejerskens refleksion over egne erfaringer kan motivere hende til at være åben. Hvis man derfor udbredte denne viden og skabte refleksion hos det sundhedspersonale, der sidder med lignende erfaringer, ville det fremme modet hos flere. Hvis flere stillede sig op og løftede denne åbenhed i flok, og blev rollemodeller for andre, kunne det være med til at skabe en større åbenhed om psykisk sygdom, både på et samfundsplan og i psykiatrien som arbejdsplads. Jeg vil derfor i et videre arbejde forsøge at skabe denne opmærksomhed.

I forlængelse af det kunne det være interessant i en videre undersøgelse at interviewe tidligere patienter fra psykiatrien om, hvordan de har oplevet det, når en sygeplejerske har delt ud af private informationer om dem selv, herunder at de har eller har haft en psykisk lidelse. Ved at have begge vinkler, kunne det være med til at skabe en baggrund for at starte en debat og italesættelse af, hvornår det kan være behjælpeligt, at den sundhedsprofessionelle bruger egne erfaringer, og hvornår det ikke er. I den forbindelse er det interessant med en diskussion om, hvorvidt man skal adskille det private, personlige og professionelle, eller om man i højere grad kan bruge private erfaringer på en faglig måde. Her med et forbehold om, at det ikke er alle der har lyst til at dele ud af private erfaringer. Derfor er et fokus på, hvad der er meningsfuldt for den enkelte medarbejder et vigtigt fokusområde i arbejdet med at fastholde og udvikle personalet i psykiatrien, og for at sikre en recovery-orienteret praksis.

8. Litteraturliste

Andersen, P. (2020) *Recovery – kan man komme sig af psykisk sygdom?* Psykiatrifonden.

<https://www.psykiatrifonden.dk/viden/gode-raad-og-temaer/recovery/recovery-kan-man-komme-sig-af-psykisk-sygdom.aspx>

Lok. 12.02.20

Bedre Psykiatri (2019). *Estimat: Antallet af psykisk syge i Danmark*. S. 1-3.

Bentzen, J. (2019). *Fakta om psykisk sundhed i Danmark*. Psykiatrifonden.

<https://www.psykiatrifonden.dk/viden/fakta.aspx>

Lok. 04.02.20

Brinkmann, S. Tanggaard, L. (2015). Interviewet: Samtalen som forskningsmetode. I: Brinkmann, S. Tanggaard, L. (Red.) *Kvalitative metoder. En grundbog*. Forfatterne og Hans Reitzels Forlag. 2. udg. 3. oplg. S. 29-54

Broeng, S. (2009) *Fokus på relationer – Psykiatri i praksis*. Forfatterne og Hans Reitzels Forlag. 1. udg. 1. opl. s. 9-37

Busch-Jensen, P., Schraube, E. (2019). Zooming in zooming out: Analytical strategies of situated generalization in psychological research. I: Højholt, C. & Schraube, E. (Red.), *Subjectivity and knowledge: Generalization in the psychological study of everyday life*. New York: Springer. S. 1-24

Christensen, G. (2014). *Psykologiens videnskabsteori. En introduktion*-. Samfundslitteratur. 2. udg.

Conchar C. & Repper J. (2014) *Walking wounded or wounded healer? Does personal experience of mental health problems help or hinder mental health practice? A review of the literature*. Mental Health and Social Inclusion 18-35

EN AF OS (2019). *Om Landsindsatsen EN AF OS*.

www.en-af-os.dk/Om%20kampagnen.aspx

Lok. 30.01.20

Epinion (2017). *EN AF OS Befolkningsundersøgelse 2017*. Primetime Kommunikation

Farrelly, S. Brown, G., Szmukler, G., Rose, D., Birchwood, M., Marschall, M., Waheed, W., Thornicroft, G. (2014) *Can the therapeutic relationship predict 18 month outcomes for individuals with psychosis?* Published by Elsevier. *Psychiatry Research* 220. 585-591

Frederiksen, M. (2015). Mixed methods-forskning. I: Brinkmann, S., Tanggaard, L. (Red.) *Kvalitative metoder - En grundbog*. 2. udg. 3 opl. S. 197-213

Green, C., Polen, M., Janoff, S., Castleton, D., Wisdom, J., Vuckovic, N., Perrin, N., Paulson, R., Oken, S. *Understanding How Clinician-Patient Relationships and Relational Continuity of Care Affect Recovery from Serious Mental Illness: STARS Study Results*. *Psychiatr Rehabil J*. 2008;32(1): 9–22

Harangozo, J., Reneses, B., Brohan, B., Sebes, J., Csukly, G., López-Ibor, JJ., Sartorius, N., Rose, D., Thornicroft, G. (2014). *Stigma and discrimination against people with schizophrenia related to medical services*. In: *International Journal of Social Psychiatry* 2014, Vol. 60(4) 359 –366.

Hedegaard, M. (2012). *Analyzing Children's Learning and Development in Everyday Settings from a Cultural-Historical Wholeness Approach*. *Mind, Culture, and Activity*, 19:2, 127-138

Henderson, C., Noblett, J., Parke, H., Clement, S., Caffrey, A., Gale-Grant, O., Schulze B., Druss. B., Thornicroft, G. (2014). *Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings*. In: *Lancet Psychiatry* 2014; 1: 467–82

Hopper, K., Harrinson, G., Janca, A., Sartorius, N. (2007) *Recovery from schizophrenia - An international perspective. A report from the WHO collaborative project. The international study of schizophrenia*. Oxford University Press 2017. S. 27-32

Juul, S. Pedersen, B. K. (2012): Videnskabsteoretiske retninger og projektarbejdet. I: Juul, S og Pedersen, K.B (Red.) *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori: En indføring* 1. udg., 1. opl., Hans Reitzels Forlag S. 406-407

Karpatschof, B. (2002). Introduktion til den kulturhistoriske skole og til Leontjevs teori. I: Leontjev, A. N.: *Virksomhed, bevidsthed, personlighed*. København: Hans Reitzels Forlag. S. 7-45

Kelley J. M., Kraft-Todd G, Schapira L, Kossowsky J, Riess H (2014) *The Influence of the Patient-Clinician Relationship on Healthcare Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials*.

Knutagård, H. (2013) *Introduktion til den kulturhistoriske virksomhedsteori*. Århus: Forlaget Klim. 1. Udg.

Kristensen, S. T. (2013). *Psykisk arbejdsmiljø blandt sygeplejersker*. Dansk Sygeplejeråd.

Kvale, S., Brinkmann, S. (2009) *Interview: Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. Hans Reitzels Forlag. København. 2. udg. 1. opl.

Leontjev, A. N. (2002). *Virksomhed, bevidsthed, personlighed*. København: Hans Reitzels Forlag.

Lynggaard, K. (2015) Dokumentanalyse. I: Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (Red.) *Kvalitative metoder - en grundbog*. 2. udg. 3. opl. forfatterne og Hans Reitzels Forlag. s. 153-167

Madsen, A. (2018) *Recovery orientation in clinical practice: How does it unfold in mental health inpatient settings?* PhD Thesis. University of Copenhagen.

Oates, J., Drey, N., Jones, J. (2017) *'Your experiences were your tools'. How personal experience of mental health problems informs mental health nursing practice.* Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2017, 24, 471–479

Petersen, L., Thorup, A., Øqhlenschlæger, J., Øqstergaard, T., Jeppesen, P., Krarup, G. Jørgensen, P., Mortensen, E., Nordentoft, M. (2008) *Predictors of Remission and Recovery in a First-Episode.* La Revue Canadienne de Psychiatrie, vol 53, no 10.

Rasmussen, H. (2019). *Recovery-mentorer i Region Hovedstadens Psykiatri.* Region Hovedstadens Psykiatri. https://www.psykiatri-regionh.dk/centre-og-social-tilbud/kompetencecentre/Rehabilitering-og-recovery/Recovery-mentorer_i_Region_Hovedstadens_Psykiatri/Sider/default.aspx

Lok. 04.02.20

Rasmussen, P. & Ejbye-Ernst, P. (2015) *Oplevet diskrimination og stigmatisering blandt mennesker med psykisk sygdom - Opfølgende undersøgelse (2013-2015) som et led i landsindsatsen EN AF OS.* Det nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning. KORA og forfatterne. S. 1-71.

Regeringens udvalg om psykiatri (2013). *En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser.* Rapport fra Regeringens udvalg om psykiatri.

Socialstyrelsen (2017). *Recovery – Definition.* Vidensportalen på det sociale område.

<https://vidensportal.dk/voksne/recovery/definition>

Lok. 13.02.20

Sonne-Ragans, V. (2012). *Anvendt videnskabsteori - reflekteret teoribrug i videnskabelige opgaver.* Frederiksberg: Samfundslitteratur. 1. udg.

Stærkind, B. (2019). *Recovery*. Region Hovedstadens Psykiatri.

<https://www.psykiatri-regionh.dk/centre-og-social-tilbud/kompetencecentre/Rehabilitering-og-recovery/Om-rehabilitering-og-recovery/Sider/Recovery.aspx>

Lok. 04.02.20

Sundheds- og Ældreministeriet (2018). *Styringsgennemgang af psykiatrien. Delrapportering 1*. Vers. 7.3.2018.

Sundhedsstyrelsen (2019). *Videnskatalog: Forankring og implementering af peerstøtte*. Version 1.0. 2019. Sundhedsstyrelsen.

Tay, S., Alcock, K., Scior, K. (2017) *Mental health problems among clinical psychologists: Stigma and its impact on disclosure and help-seeking*. *J Clin Psychol*. 2018; 74: 1545–1555.

Triantafillou, P. (2017). Analyse af dokumenter og dokumentation. I: Kristensen, J., C. & Hussain, M. (Red.) *Metoder i samfundsvidenskaberne*. Samfundslitteratur. 1 udg. 3. opl. Side 125137

Waugh, W., Lethem, C., Sherring, S., Henderson, C. (2017) *Exploring experiences of and attitudes towards mental illness and disclosure amongst health care professionals: a qualitative study*. *J Ment Health*, 2017; 26(5): 457–463