

Speciale: Kandidat i Sygepleje

Universitet: RUC 2023

Vejleder: Lene Berring

Dato: 01.06.2023

Anslag: 179.782

Når små ting har stor betydning

- En Ricoeur-inspireret kvalitativ interviewundersøgelse af patientoplevelser af recovery i den akutte Psykiatri



Illustration: Lene B. Herler

Udarbejdet af: Sara Bodekær Hansen 76920 og Christina Thorgaard Nielsen 76849

Resume

Titel: Når små ting har stor betydning - En Ricoeur-inspireret kvalitativ interviewundersøgelse af patientoplevelser af recovery i den akutte Psykiatri.

Baggrund: I Danmark fokuseres der på en brugerinvolverende tilgang i psykiatrien, som fremmer patienternes mulighed for at genvinde et meningsfuldt liv. Recovery forventes at være en central tilgang til behandlingen.

Formål: At undersøge patienters oplevelse af hvordan personlig recovery integreres i det akutte indlæggelsesforløb. Herunder hvad der opleves at fremme eller hæmme recoveryprocessen. Hertil at identificere, hvordan sygeplejersken kan fremme patienters personlige recovery.

Metode: Kvalitativt studie med afsæt i Ricoeurs fænomenologisk-hermeneutiske fortolkningsteori. Empirien bygger på syv semistrukturerede interviews.

Fund: Der blev udledte fire temaer: *At være i gode hænder, At blive observeret men ikke set, At have et godt men tilfældigt møde og At genvinde livsrum.*

Konklusion: Den akutte indlæggelse kan udfordre implementering af recovery grundet kompleksitet og korte forløb. Undersøgelsen viser det på trods heraf er muligt og betydningsfuld, at arbejde recoveryorienteret. "Små ting" har stor betydning og fremmer håb.

(Anslag med mellemrum: 1200)

Abstract

Titel: When small things matter a lot - A Ricoeur-inspired qualitative interview study of patient experiences of recovery in acute psychiatry.

Background: In Denmark, there is a focus on having a user-involving approach in psychiatry, which promotes the patients' opportunity to regain a meaningful life. Recovery is expected to be a central approach to treatment.

Aim: To gain insight regarding patients experience of how personal recovery is integrated in the acute hospitalization. Including what they experience, can promote, or hinder the recovery process. To identify how the nurse can promote patients' personal recovery.

Methods: A qualitative study based on Ricoeur's phenomenological-hermeneutic theory of interpretation. The empirical evidence is based upon seven semistructured interviews.

Finding: Four themes were derived: *Being in good hands*, *Being observed but not seen*, *Having a good but random encounter* and *Reclaiming life space*.

Conclusion: The acute hospitalization can challenge the implementation of recovery due to complexity and lack of time. Despite this, it is possible and important to work in a recovery-oriented manner. "Small things" matter a lot and foster hope.

(Signs with space: 1191)

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	5
2. Baggrund	6
2.1 Recovery i et historisk perspektiv	6
2.2 Recoverystrategien i Region Sjælland	8
2.3 Hvad kendetegner den akutte indlæggelse i psykiatrien	9
2.4 Hvad siger den eksisterende forskning om Recovery i det akutte miljø	11
2.5 Afgrænsning	12
3. Problemformulering	14
4. Litteratursøgning	14
4.1 Indledende litteratursøgning	14
4.2 Systematisk litteratursøgning	15
4.2.1 Valgte databaser	16
4.2.2 Søgeord og søgeprofil	17
5. Metode	20
5.1 Videnskabsteoretiske overvejelser	20
5.1.1 Fænomenologi	21
5.1.2 Hermeneutikken	21
5.1.3 Ricoeurs fortolkningsteori	23
5.2 Undersøgelsesdesign	27
5.2.1 Det kvalitative forskningsinterview	27
5.2.2 Etske og juridiske overvejelser	28
5.2.3 Adgang til feltet og rekruttering af informanter	30
5.2.4 Præsentation af informanter	31
5.2.5 Optagelse af interview	32
5.2.6 Transskribering	33
6. Strukturanalyse	34
6.1 Opsamling naiv læsning	34
6.2 Introduktion til den poetiske fortælling	35
6.3 Den poetiske fortælling	36
6.4 De fremanalyserede temaer og undertemaer	37
6.5 Tema 1. At være i gode hænder	37
6.5.1 At være i samme båd	40
6.5.2 Den tryghedsskabende kontaktperson	43

6.6 Tema 2: At blive observeret men ikke set.....	45
6.6.1 Personalet ikke opsøgende	48
6.6.2 Klinisk fokus dominerer	51
6.7 Tema 3: At have et godt men tilfældigt møde	55
6.8 Tema 4: At genvinde livsrum.....	58
7. Kritisk fortolkning og diskussion	63
7.1 At være i gode hænder.....	64
7.2 At blive observeret men ikke set.....	68
7.3 At have et godt men tilfældigt møde	74
7.4 At genvinde livsrum.....	76
8. Metodediskussion	80
8.1 Diskussion af litteratursøgning.....	80
8.2 Diskussion af metode	81
8.3 Diskussion af interviewproces.....	81
8.4 Diskussion af analyse.....	82
9. Implikationer for sygeplejen	83
10. Perspektivering.....	85
11. Konklusion	86
10. Referencer.....	88

1. Indledning

Psykatrien har de senere årtier i stigende grad bevæget sig væk fra den traditionelle biomedicinske forståelse, der ellers har været dominerende inden for sundhedsvæsenet. Væk fra at anskue den sundhedsprofessionelle som ekspert i relation til den psykiatriske patient og til i stedet at se patienten, som en bruger, der selv skal have indflydelse og være medbestemmende. Det er blevet almindeligt kendt, at god psykiatrisk sygepleje, er kendetegnet ved, at man værdsætter og anerkender brugerens mening og ønsker i forhold behandlingen (Damsgaard and Angel, 2021).

Inddragelse i psykiatrien er vigtigt, på lige fod med i sundhedsvæsenet i øvrigt, og i tråd med den samfundsmæssige diskurs om patienten som partner (Riiskjær et al., 2014, Beedholm and Frederiksen, 2019). Jørgensen beskriver betydningen af at inddrage patienter i en psykiatrisk kontekst, med henblik på at fremme patientens egenomsorg og livskvalitet. Inddragelse i psykiatrien ses som udløber af den inddragende tilgang, som benævnes Recovery. Livskvalitet kan med de briller anskues som en del af de værdier, der er forbundet med personlig recovery (Jørgensen, 2022).

Begge forfattere til specialet, er ansat i psykiatrien i henholdsvis Region Hovedstaden (HS) og Region Sjælland (RS). Vi har gennem flere år været optaget af inddragelse og recovery i Psykiatrien, og har fulgt processen med at implementere recovery som strategi. Det har været tydeligt, at det ikke sker ubesværet. Ligeledes at det kan virke mere udfordrende i den akutte psykiatri. Viden på området, indikerer at en recoveryorienteret tilgang er nødvendig i hele indlæggelsesforløbet (Jørgensen, 2022, Hornik-Lurie et al., 2018, Jaeger et al., 2015). Udgangspunktet for nærværende speciale er et ønske om at generere øget indsigt i patientperspektivet på recoveryinddragelse i den akutte del af en psykiatrisk indlæggelse. Herunder afdække hvad der kan henholdsvis fremme eller hæmme recovery. Formålet hermed er at skabe viden om, hvordan sygeplejersker bedst kan understøtte personlig recovery, i den akutte psykiatri. I specialet forstået som perioden hvor patienten kommer fra en ofte kaotisk tid derhjemme og til den akutte indlæggelse på psykiatrisk afsnit. Det er vigtigt, at

sygeplejersker, forstår hvad der er centralt i denne periode så de ud fra viden kan fremme patienters mulighed for at komme sig og skabe et meningsfuldt liv trods psykisk lidelse. Specialet udarbejdes i samarbejde med forskningsenheden i Psykiatrien Region Sjælland, samt to psykiatriske akutmodtagelser og flere sengeafsnit i henholdsvis Vordingborg og Slagelse.

2. Baggrund

Det er væsentligt, at patienter oplever recovery i hele deres indlæggelsesforløb, det kan dog være mere udfordrende i den akutte psykiatri, hvor patienten er dårligere og man har kortere tid sammen med patienten. I det følgende baggrundsafsnit uddybes Recovery begrebet historisk, samt i forhold til de 3 tilgange, klinisk, personlig og social recovery. Det skitseres, hvilken betydning det har haft for psykiatrien og den psykiatriske patient. Desuden beskrives Phil Barkers omsorgs kontinuum, som består af fasen med behov for "øjeblikkelig omsorg", "overgangsomsorg" og "udviklingsomsorg" og Tidal modellen samt CHIME præsenteres. Der gives et kort overblik i forhold til Region Sjællands Recoverystrategi. Afslutningsvis fremlægges eksisterende viden på området i forhold til recovery i den akutte fase af en indlæggelse. Baggrundsafsnittet leder frem til specialets afgrænsning samt problemformulering.

2.1 Recovery i et historisk perspektiv

I psykiatrien internationalt, har recovery vundet indpas og inddragelse er et væsentligt parameter. Ifølge den danske recoveryforsker Kim Jørgensen, der har undersøgt, hvordan inddragelse i psykiatrien kan fremme patienternes egenomsorg og livskvalitet, kræver det, at sundhedspersonalet er bevidste om, hvordan man kan indgå i et samarbejde med den enkelte patient. Et samarbejde, der tilgodeser, at patienten kan give udtryk for forventninger og få indflydelse på behandling og pleje i hele indlæggelsesforløbet. Herunder også i den første del af en indlæggelse (Jørgensen, 2022). Begrebet Recovery har sit udspring i de sociale og politiske arenaer i bl.a. Australien, Canada, England og USA. Her blev begrebet op gennem 60'erne og 70'erne taget i brug af mennesker, som var optaget af brugerrettigheder i forbindelse med

bevægelser og organisationer inden for det psykiatriske felt. Her har særligt Patricia Deegan, psykolog og recoveryforsker, været en central foregangsperson. Recovery kan ses som et modsvar til eller måske rettere, et opgør med, den traditionelle psykiatri. Særligt i.f.t. magtanvendelse og tvang, samt den stigmatisering, der var og stadig er, omkring at have en psykiatrisk lidelse. Alvorlige psykiatriske lidelser bliver stadig ofte betragtet som kroniske. Samtidig kan Recovery anskues, som en forlængelse af andre borgerrettighedskampagner (Roper et al., 2020).

Recovery oversættes på dansk ofte med betydningen "at komme sig". Begrebet kritiseres for ikke at være entydigt, og at der blandt fagfæller og patienter hersker usikkerhed om forståelsen og dets præmisser (Oute and Jørgensen, 2021). I Danmark begyndte recovery at finde vej i år 2000 (Slade, 2015), men kom først for alvor på dagsordenen fra ca. 2013. Her satte bl.a. Psykiatriudvalget i en rapport, fokus på en ny tilgang for indsatsen i forhold til psykiatriske lidelser. En tilgang hvor den sundhedsprofessionelle, i højere grad, forventedes at fokusere på at patienter med psykiske lidelser kan komme sig. I rapporten anvendes recoverybegrebet og der sættes fokus på brugerinddragelse (Psykiatriudvalget, 2013). Der findes tre anskuelser inden for recovery, som er forskellige i deres præmisser og afspejler forskellige videnskabsteoretiske perspektiver. Den personlige recovery afspejler en humanistisk tankegang og den kliniske recovery afspejler en naturvidenskabelig tradition.

Personlig recovery, er kendetegnet ved at tage udgangspunkt i menneskers levede erfaringer med at acceptere og overvinde de begrænsninger, som deres symptomer og behov for behandling medfører. Målet er at genvinde identitet og kontrol med eget liv og leve et meningsfuldt og tilfredsstillende liv, trods sygdom.

Klinisk recovery, udspringer af en biomedicinsk forståelse og fokuserer i høj grad på, symptomlindring, sygdomsindsigt, medicinering samt at genetablere sociale funktioner som at indgå i uddannelse, arbejde og samfundet.

Social recovery, fokuserer på individet i relation til det omgivende samfund og tydeliggør at recovery ikke kun kan anskues som et individuelt ansvar, men må ses i en

tæt sammenhæng med det sociale og samfundets strukturer (Hummelvoll and Eriksson, 2022, Oute and Jørgensen, 2021).

2.2 Recoverystrategien i Region Sjælland

I Region Sjælland (RS) har man siden 2014 haft fokus på Recovery, men uden at det er blevet fuldt ud implementeret. En undersøgelse i 2020 viste, at selvom personalet mente, at de arbejdede recoveryorienteret, så var det ikke det patienterne oplevede. Målingen viste at, medarbejdernes egen vurdering af at arbejde med Recovery, generelt var mere positiv end patienternes vurdering af at blive hjulpet i forhold til CHIME-elementerne (Psykiatrien_Region_Sjælland, 2020). Dette er i tråd med, hvad lignende undersøgelser har vist både i Danmark (Damsgaard and Angel, 2021, Waldemar et al., 2018), samt internationalt (Nardella et al., 2021).

For at fremme implementeringen satte Psykiatrien RS i 2019 et større projekt i gang, med henblik på at styrke udbredelsen og relancere en recovery strategi. Det indebar bl.a. afholdelse af recovery workshops for alle medarbejdere og temadage på de enkelte afsnit. Der er etableret en central tovholdergruppe. Ligeledes er der udarbejdet politikker og projektet er ledelsesforankret, så alle arbejder for at fremme recovery. Visionen er, at recovery skal ses som en overordnet forståelsesramme for behandlingen i Psykiatrien RS (Psykiatriledelsen_Region_Sjælland, 2014). Som et led heri, har RS sat den målsætning, at senest 2023 skal alle patienter i psykiatrien i forbindelse med den indledende journaloptagelse (AOP) have en dialog med behandler. Dialogen skal omhandle patientens konkrete ønsker samt mål for behandlingen i.f.t. klinisk og personlig recovery. Det skal formuleres i behandlingsplanen med patientens egne ord. Målsætningen er at 75% af patienterne i 2024 skal opleve at være blevet hjulpet med de ønsker, de selv har formuleret. Patienter, der indlægges, kommer ofte via den psykiatriske akut modtagelse (PAM). Det vurderes derfor, at der allerede her skal arbejdes recoveryorienteret og med inddragelse af patienten. Sygeplejerskens møde med patienten i den akutte fase har betydning for patientens samlede recovery (Chevalier et al., 2018).

2.3 Hvad kendetegner den akutte indlæggelse i psykiatrien

Den indledende fase kan som anført vanskeliggøres af det akutte element. I det følgende beskrives det ud fra litteratur samt anerkendt teori vedrørende recovery, hvad der kendetegner det akutte område sygeplejefagligt, i forhold til målgruppen.

Chevalier et. al har lavet et studie, baseret på interviews med 61 ny indlagte patienter på 4 forskellige psykiatriske hospitaler. Man så på hvad der kendetegner patienters oplevelser i de første dage af en akut indlæggelse. Det beskrives, at de første få dage af en indlæggelse er determinerende i forhold til, om den enkelte får en positiv eller negativ oplevelse af indlæggelsen. Negative oplevelser kan f.eks. være, magtmisbrug, manglende involvering eller en følelse af fremmedgørelse i relation til personalet. Mens det beskrives positivt, hvis der er en terapeutisk relation med personale og et støttende miljø, hvor patienterne oplever en oprigtig omsorg. (Chevalier et al., 2018). Ifølge Barker, er det akutte miljø kendetegnet ved, at patienter, der indlægges, ofte er komplicerede og udfordrende, både i forhold til deres symptomer og adfærd. Det er mennesker, som har behov for specialiseret sygepleje af høj standard. Det akutte forløb er kendetegnet af korte indlæggelser, hvor der sker en omhyggelig vurdering, observation, behandling såvel som ydes sygepleje der tager hånd om det øjeblikkelige behov for omsorg (Barker, 2009).

Barker, beskriver i The Tidal Model et omsorgskontinuum bestående af øjeblikkelig omsorg, overgangsomsorg og udviklingsomsorg. De er kendetegnet ved hver især at have fokus på det, der kendetegner den aktuelle situation og hjælpe den enkelte videre. The Tidal Model er, en psykiatrisk teori og filosofi i forhold til at praktisere recovery. Teorien kan støtte sygeplejersken i at hjælpe folk med at genvinde, "gøre indsigelse", forhold til deres lidelse og få stemmen tilbage. Teorien baseres på ti forpligtelser og værdier om menneskelig erfaring og hjælpende relationer (Barker and Buchanan-Barker, 2015).

Foruden Tidal modellen, er også CHIME-modellen meget anvendt i forhold til den Recoveryorienterede tilgang. Den er udviklet af Leamy et.al i 2011, i et samarbejde

mellem bruger, klinikere og psykiatere og er baseret på et omfangsrigt litteratur Review. Ud fra dette er der identificeret fem overordnede temaer, som vurderes centrale i forhold til Recovery. Der arbejdes i psykiatrien mange steder med disse grundelementer, som en måde at styrke den enkelte patient på. De danske formuleringer anført i parentes herunder er forfatterens (Roper et al., 2020).

De fem elementer:

1. Connectedness (forbundethed)
2. Hope and Optimism (håb og optimisme)
3. Identity (identitet)
4. Meaning and purpose (mening og formål)
5. Empowerment (at have kontrol og handlekraft)

(Leamy et al., 2011).

Formålet med akut indlæggelse er at identificere de livsproblemer, som den enkelte oplever samt give den nødvendige støtte og etablere et trygt og omsorgsfuldt miljø, hvor patienten kan opnå en vis grad af følelsesmæssig stabilitet (Simpson, 2009). Akut indlagte mennesker kan være førstegangsendlagte såvel som dem, der har været syge og i kontakt med psykiatrien i længere tid og nu oplever en akut forværring. Når man indlægges akut, er der tale om en krisetilstand. Det kan være livsforandrende for den enkelte og påvirke følelsen af identitet, tilhørsforhold til omverdenen, selvværd samt tro på fremtiden. Der kan opstå en overvældende følelse af afmagt. Derfor er behovet for støttende relationer mellem den indlagte og sygeplejersken af stor betydning (ibid). Undersøgelser viser, at det at implementere recoveryorienteret pleje er mere udfordrende i den akutte del af psykiatrien (Lim et al., 2019). Samtidig viser forskning også, at recovery kan implementeres selv i områder, hvor det traditionelt har været anset som vanskeligt, f.eks. inden for retspsykiatrien (McKenna et al., 2014).

2.4 Hvad siger den eksisterende forskning om Recovery i det akutte miljø

Litteratursøgning har vist, at den eksisterende forskning i forhold til recovery på det akutte område, overvejende fokuserer på personalet og organisationen. Der ses på betydningen af, de sundhedsprofessionelles uddannelse og kendskab til recovery samt deres syn på psykiatrisk sygepleje, stigmatisering m.v. se i øvrigt bilag 4 (Nardella et al., 2021, Solomon et al., 2021).

Den fundne litteratur italesætter ligeledes recovery ud fra det modsætningsfulde forhold, der kan opleves, i forhold til at være i et akut miljø med stort fokus på aggressioner og sikkerhed og det at turde at tage individuelle chancer og have en individuel tilgang (Gwinner and Ward, 2015, Lim et al., 2021, Lim et al., 2019). Andre beskriver hvilke barrierer og fremmede faktorer, der opleves. Her beskrives, at manglende viden og færdigheder hos personalet, forskelligartede opfattelser af recovery samt besvær med at omsætte det til dagligdags handlinger, kan udgøre en barriere. Ligeledes kan recovery opleves som et paradigmeskift. Omvendt kan uddannelse og en dybere indsigt og afklaring af recoverybegrebet samt træning af recovery virke fremmende (Gwinner and Ward, 2013, Hornik-Lurie et al., 2018, Nardella et al., 2021). Desuden beskrives særligt brugerinvolverende tiltag, som deltagelse i rapportsituation samt betydningen af at tilbyde terapeutisk samtale/miljø (Olasoji et al., 2020, Solomon et al., 2021).

Der findes kun meget begrænsede undersøgelser vedr. patientperspektivet på det akutte område. Indledende systematiske litteratursøgning vedrørende recovery i den akutte indlæggelse frembragte kun tre artikler med et patientperspektiv. Ligeledes beskriver disse studier, at der savnes forskning med fokus herpå og at patientens stemme ikke i tilstrækkeligt omfang bringes ind i forskning på området (Jaeger et al., 2015, Olasoji et al., 2020, Waldemar et al., 2018). Det beskrives, at trods forventninger om, at sygeplejersker i det akutte område bør arbejde recovery baseret, så mangler der undersøgelser af, hvad der kendetegner recovery i den akutte del af psykiatrien (Lim, E. 2021).

2.5 Afgrænsning

Specialet omhandler overgangen fra eget hjem til akut indlæggelse i behandlingspsykiatrien, for den frivilligt indlagte patient. I dette afsnit afgrænses emnet nærmere, i forhold til hvilken forståelse og elementer af recovery, som der arbejdes med i specialet. Desuden præsenteres hvilken recovery definition, der tages afsæt i. Specialet fokuser på de to første faser af Phil Barkers omsorgs kontinuum, øjeblikkelig omsorg og overgangsomsorg. Faserne betragtes, som svarende til den akutte indlæggelse i modtagelsen og overgangen til sengeafsnit. Mens den sidste omsorgsfase "udviklingsomsorg", kan anskues som den mere langsigtede udviklingsfase, der kan ske under længerevarende indlæggelse og/eller ambulante behandling. Disse udvælges, da det er den akutte del, der ønskes at belyse. Vores definition af den akutte fase er dermed inspireret af Phil Barkes omsorgsmodel, som er en del af The Tidal Model.

I undersøgelsen ses den akutte fase som første uge af en akut indlæggelse. I specialet vælges at bruge termen sygeplejerske, da specialet tager afsæt i en sygeplejefaglig baggrund. Overordnet kan det sidestilles med sundhedsprofessionel, da den recoverybaserede tilgang er relevant for alle, der møder den akutte psykiatriske patient. Ligeledes er det valgt at anvende termen patient fremfor f.eks. person. Vi er bevidste om, at det kan være kontroversielt set i forhold til recovery. Det er valgt, da begrebet afspejler den kliniske praksis, hvor begrebet patient typisk anvendes, om mennesker indlagt i psykiatrien. Ud fra en recovery tankegang, vil det mest korrekte være at anvende menneske/person (Barker and Buchanan-Barker, 2015).

I forhold til recovery definition, tages der udgangspunkt i den svenske teoretiker Alain Topor. Det vælges, da han dels er meget anvendt i netop skandinavisk kontekst men også fordi hans definition i højere grad medtager det sociale aspekt. Den mest anvendte definition af recovery er formentlig Anthonys. Den er dog blevet kritiseret, blandt andet af Topor, i forhold til at overindividualisere begrebet og at placere ansvaret for meget på individuelle faktorer. Selvom det er en vigtig del af Recovery, så er relationelle, sociale processer ligeledes vigtige (Oute and Jørgensen, 2021, Topor et al., 2011).

I specialet anvendes derfor Topors videreudvikling af Anthonys definition, som lyder:

”Recovery er en dybt social, unik og fælles proces, hvor vores levevilkår, materielle omgivelser, holdninger, værdier, følelser, færdigheder og/eller roller forandres. Det er en måde at leve tilfredsstillende, håbefulde og gensidige liv sammen med andre, selv om vi fortsat kan opleve vanskeligheder og problematiske erfaringer. Recovery indebærer, at vi indgår i nye sociale og materielle sammenhænge og deltager i åbne dialoger, hvor nye måder at forstå og håndtere vores situation, kan udvikles, i takt med at vi bevæger os igennem og forbi den psyko-sociale materielle krise” (Topor et al., 2020).

I specialet afgrænses fokus til personlig recovery. Den personlige og sociale recovery anskues som gensidigt afhængige, da den enkelte er indlejret i en social kontekst og nogle samfundsmæssige strukturerer, der påvirker hinanden. Dette ud fra den betragtning, af det har stor betydning for den enkelte patients empowerment og mulighed for at genvinde livsrum. Desuden har det stadig dominerende biomedicinske paradigme, været lettere at integrere i klinisk recovery. Det vurderes derfor, at personlig recovery bør have mere fokus for at fremme udviklingen af en recovery understøttende praksis.

Specialet afspejler en nysgerrighed på, i hvilket omfang det er muligt at arbejde recoveryorienteret i den akutte del af en psykiatrisk indlæggelse og ikke mindst, hvad patienterne giver udtryk for at have behov for i denne fase. Målet er at opnå øget indsigt i, hvordan sygeplejersken kan arbejde recoveryorienteret samt fokusere på patientens behov og dermed understøtte personlige recovery. Hvis patienten ikke mødes recoveryorienteret i denne del af indlæggelsen og i stedet får en negativ oplevelse, har det indflydelse på den enkeltes fremtid i forhold til muligheden for at komme sig. Så udover, at det ud fra et etisk og humanistisk synspunkt er værdifuldt, at medvirke til patienttilfredshed, kan en negativ oplevelse også prædikere en ringere fremtidsprognose. Herunder dårligere kontakt med omgivelser og forløb i det ambulante (Chevalier et al., 2018). Det ønskes derfor at lade patientens stemme komme til orde i undersøgelsen og lede frem til, om der kan identificeres faktorer, som henholdsvis kan udgøre en barriere eller være fremmende i forhold til at arbejde

recoveryorienteret i den akutte indlæggelse. I undersøgelsen betragtet som de første 7 dage af et frivilligt, akut indlæggelsesforløb. Ovenstående overvejelser har ført til følgende problemformulering.

3. Problemformulering

Hvordan oplever psykiatriske patienter, at personlig recovery integreres i forbindelse med indlæggelse og samarbejde med sundhedsprofessionelle i den akutte del af et indlæggelsesforløb?

-Herunder hvad der kendetegner de områder, som patienter oplever, kan fremme eller hæmme recovery i forbindelse med deres indlæggelse.

4. Litteratursøgning

Litteratursøgningen er udført med henblik på at opnå en forståelse af den eksisterende viden inden for specialets og problemformuleringens emneområde. Formålet er at sikre, at specialet placeres i en faglig kontekst som et gyldigt bidrag til videns- og kompetenceudvikling i en forskningsbaseret praksis (Buus et al., 2008). Således ud fra en videnskabelig kontekst, som mangler at blive belyst, så der kan udvikles ny viden inden for området. I det følgende afsnit redegøres for den indledende og den systematiske litteratursøgning.

4.1 Indledende litteratursøgning

Den indledende litteratursøgning dannede grundlag for at præcisere, problemformuleringen. Det foregik i en dynamisk proces, hvor personlige og faglige interesser blev kombineret med den eksisterende viden på området (Buus et al., 2008).

Den indledende søgning blev foretaget fra september 2022 til november 2022, men søgningen af forskellig litteratur har været en proces gennem hele specialet. Søgeprocessen blev indledt med en usystematisk litteratursøgning, ud fra det overordnet emne Recovery. Denne form for søgning kan være med til at danne et indledende og bredt overblik over hvad der generelt findes af litteratur (Bukh and

Skovvang Christensen, 2017). Der blev søgt på bibliotek.dk, Google, Region Sjællands hjemmeside og tidsskriftet Sygeplejersken. Efter indkredsning af emnet blev søgningen efterfulgt af en kædesøgning på Aarhus universitetsbibliotek: library.au.dk. Kædesøgning kan medvirke til inspiration ud fra andres citeringer og referencer. Formålet hermed er at finde centrale dele af den relevante litteratur (Bukh and Skovvang Christensen, 2017, Rasmussen et al., 2022). Søgningen gav indblik i, at der i Danmark i høj grad arbejdes med at styrke en recovery orienteret tilgang i psykiatrien. Søgningen medvirkede desuden til at identificere søgeord, der kunne anvendes i den systematiske litteratursøgning.

4.2 Systematisk litteratursøgning

I en systematisk litteratursøgning strukturerer og planlægger man sin søgeproces. Det anbefales under udformningen af søgestrategien at bruge et søgeværktøj, som en organiserende ramme, for at opstille termer efter de vigtigste begreber i søgespørgsmålet. Dette da søgeværktøjet kan bruges til at identificere komponenter af klinisk evidens for systematiske reviews i en evidens baseret praksis (Methley et al., 2014). De søgeord vores indledende søgning frembragte, blev derfor opsat og organiseret i et PICO skema. Se skema 1, herunder.

Før ordene blev indsat i skemaet, blev de oversat til engelsk, og herefter sat op i tre blokke, der er tilpasset PICO. Samtidigt blev det forsøgt at søgeordene skulle passe til de forskellige aspekter i vores problemformulering. Søgeordene blev gennemgået for synonymer, relaterede begreber, alternative stavemåder, forkortelser, og grammatiske og sproglige variationer af søgeordene (Rasmussen et al., 2022). De tre blokke består af ordene: *Mental Health, Recovery* og *Inpatient*.

Skema 1, PICO

PICO - til strukturering af kvalitative søgninger			
	AND		
	Patient/problem/population (P)	(Phenomenon of) Interest (I)	Context (Co)
OR	Mental health	Recovery	Inpatient
	mental health	recovery	acute care
	psychiatry	recovery orient*	acute ward*
	mental illness	personal* recovery	psychiatric ward*
	mental disorder*	social recovery	psychiatric unit*
	mental disease*	recovery-oriented practice*	psychiatric hospital
	mental problem*	recovery implementation	psychiatric hospitalization
	psychiatric service		psychiatric emergency
	psychiatric patient		emergency psychiatric psychiatric service*

De enkelte blokkes søgetermer blev vurderet af en forskningsbibliotekar fra Forskningsenheden i RS, før vi gik videre med den systematiske søgning. Undervejs i søgeprocessen, er søgetermer og strategi blevet kvalificeret af samme forskningsbibliotekar. Ud fra skema 1, ses det, at en blok med søgeord består af ligestillede søgeord, som betyder det samme eller har samme ord for søgningen. Hver blok består altså af kontrollerede emneord og fritestord. For at afdække problemformuleringen, blev det vurderet, at der skulle anvendes tre blokke, med tre forskellige emneord (Rasmussen et al., 2022).

Det næste skridt i litteratursøgningen var at søge i forskellige videnskabelige databaser, som vil blive beskrevet i næste afsnit. Udover nævnte referencer blev der i søgeprocessen fundet inspiration til søgeprofilen fra Aarhus University Library om Systematisk litteratursøgning (AU-Library, 2022).

4.2.1 Valgte databaser

Formålet med en database er at stille referencer til rådighed inden for et afgrænset og veldefineret emneområde. Referencerne i de internationale databaser er som hovedregel udvalgt fra tidsskrifter, der har en intern kvalitetskontrol i form af peer-review. Peer-review giver imidlertid ingen garanti for en artikels videnskabelige niveau, og det er altid nødvendigt at være kritisk i sin læsning (Buus et al., 2008).

Ud fra emnet, blev det valgt at søge i tre databaser: PsycINFO, CINAHL og PubMed. Tilsammen dækker de valgte databaser de mest sygeplejerelevante databaser. Databaserne er omfangsrige inden for det meste af det sundhedsvidenskabelige område og indeholder publikationer indenfor sygeplejen. PsycINFO adskiller sig ved særligt at fokusere på Psykologi samt referencer fra psykiatrien, derfor vurderes det, at de tre databaser samlet set er dækkende og relevante for undersøgelsens problemformulering (ibid.).

4.2.2 Søgeord og søgeprofil

Der er væsentlige forskelle på, hvordan der søges på de forskellige internationale databaser. Det var derfor nødvendigt at sætte sig ind i de strukturer, som de er bygget op efter. Hver database har et unikt emneordsregister med forskellige definitioner af kontrollerede emneord (Buus et al., 2008). I forhold til emneordsregister inddeles de i tesaurushierarkier. I PsycINFO kaldes dette Thesaurus, i PubMed MeSH Terms og i CINAHL Subject Headings. For at kunne foretage så præcise søgninger som muligt, blev søgeordene kontrolleret i de forskellige thesaurushierarkier. De kontrollerede emneord, blev herefter anvendt i søgningen sammen med fritekstordene.

Søgeordene blev overvejet ud fra forskellige søgeteknikker. Der blev anvendt frasesøgning, hvor man sætter ordene i anførselstegn ("..."), for at søge på sammensatte begreber, for eksempel "*Mental health**", "*social recovery*" og "*acute care*", se skema 1. Frasesøgning er velegnet til at søge på begreber bestående af flere ord, som er entydige strenge af ord (Rasmussen et al., 2022). Der blev dertil anvendt trunkering, hvor der indsættes (*) efter slutningen af ordet, som erstatter et eller flere bogstaver i ordets endelse. For eksempel anvendtes dette ved "*mental disorder**" samt "*acute ward**", se skema 1. Mange databaser søger kun på det nøjagtige skrevne ord, hvor trunkering giver mulighed for at søge på forskellige endelser (ibid.).

Søgeord og tilhørende blokke blev kombineret ved hjælp af boolske operatører OR og AND, som det fremgår af skema 1. Dette da AND udvider søgningen ved at kombinere de forskellige ord, hvorved OR indsnævrer søgningen, samt sammenfatter alle blokke til en søgestreng (Bilag 1, Bilag 2 og Bilag 3). Efter udvikling af søgestrengen, blev den

afgrænset for at gøre søgningen endnu mere præcis og målrettet (ibid.). Dette ud fra følgende in- og eksklusionskriterier:

Inklusionskriterier:

- Psykiatriske frivilligt indlagte patienter
- Den akutte behandlingspsykiatri
- Mænd/kvinder
- Alder: Voksne 18 år +
- Sprog: Engelsk og Skandinavisk
- Peer-reviewed
- Kvalitative studier eller mixed methods
- Tids-afgrænsning: Fra 2010 og frem

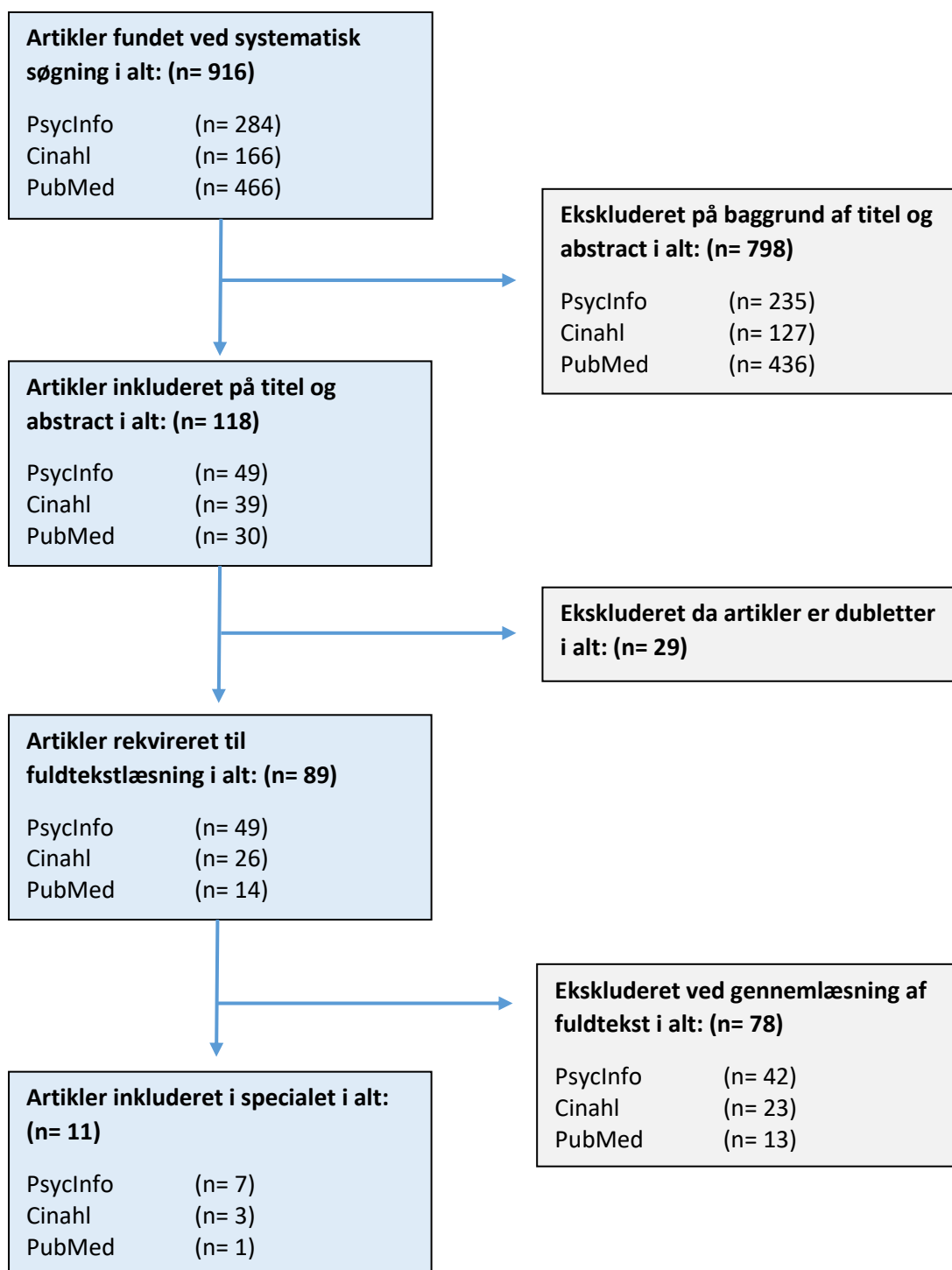
Tidsafgrænsningen er valgt, da den indledende litteratursøgning viste, at Recovery først for alvor vandt indpas i Danmark i denne periode. Dertil var vi interesseret i den nyeste forskning.

Eksklusionskriterier:

- Tvangsindlagte patienter samt domspatienter
- Længerevarende samt ambulante forløb
- Kvantitative studier
- Tids-afgrænsning: ældre end fra 2010
- Studier der ikke vurderes sammenlignelige med en Skandinavisk kontekst

Ovenstående søgeproces kan forefindes i bilag 1, 2 og 3. Med henblik på at skabe struktur og bevare overblik i forhold til processen, blev der udarbejdet følgende flowchart.

Skema 2, Flowchart til den systematiske litteratursøgning



Flowchartet viser, at der er fundet 11 artikler. Dertil er der gennem citations- og referencesøgning fundet yderligere 1 relevant artikel. Tilsammen er der fundet 12 forskningsartikler, som udvælges som primære artikler til at belyse specialets

problemområde ud fra en videnskabelig kontekst. De inkluderede artikler er alle kvalitetsvurderet ved anvendelse af CASP og blev inddraget, når de opfyldte disse kvalitetskriterier. For at skabe et overblik over de udvalgte artikler, er der udarbejdet et oversigtsskema. Dette viser forfatter, årstal, tidsskrift, land, fund samt metode (Bilag 4). Den viden, som tilvejebragtes gennem den samlede litteratursøgning, dannede udgangspunkt for baggrundsafsnittet, samt medvirkede til afgrænsning af problemområdet således at der genereres ny viden.

5. Metode

Formålet er at undersøge menneskers levede erfaringer med recovery, dette afspejles i specialets videnskabsteoretiske afsæt, som præsenteres herunder sammen med en beskrivelse af, hvordan det empiriske materiale, er genereret. Der redegøres for det semistrukturerede interview samt etiske overvejelser. Afslutningsvis vil den valgte analysemetode, der lægger til grund for specialet, blive præsenteret.

5.1 Videnskabsteoretiske overvejelser

Vores forskningsspørgsmål lægger op til en kvalitativ tilgang, da der ønskes at få indsigt i det levede liv og patienters oplevelser i den akutte fase, relateret til Recovery. Denne viden, kan der kun opnås adgang til gennem patienternes fortællinger. Det kvalitative forskningsinterview, er en metode, hvorved der kan opnås indsigt i hvordan mennesker oplever og forholder sig til et givet fænomen. Den viden, som kan opnås herved, er derfor at foretrække frem for en kvantitativ tilgang, når det, der ønskes, er at tilegne sig en forståelse af, hvordan eller hvorfor noget erfares, som det gør (Bornø Jensen et al., 2019).

I specialet tages der afsæt i den humanvidenskabelige tradition og med en fænomenologisk- hermeneutisk tilgang. Der anvendes Paul Ricoeurs filosofiske fortolkningsteori i forhold til undersøgelsens analyse og fremstilling. Fænomenologien og hermeneutikkens præsenteres herunder kortfattet og afslutningsvis introduceres der til Ricoeurs tænkning og fortolkningsteori, herunder de tre elementer i strukturanalysen.

5.1.1 Fænomenologi

Fænomenologi betyder videnskab om fænomenerne og kommer af det græske ord phainomenon (noget som viser sig) og Logos (lære om). Fænomenologien beskæftiger sig med fænomener, som de fremtræder for vores bevidsthed (Lübcke and Alstrup, 2010). Fænomenologiens ærinde er at "komme til sagen selv", dvs. at lade fænomenerne tale for sig selv uden at tilføje teori eller hypoteser. Fænomenologi er en filosofisk refleksion over, hvorledes verden fremtræder for os som oplevelser i vores bevidsthed og gennem vores sanser. Der refereres ofte til Edmund Husserl som fænomenologiens ophavsmand, men andre fremtrædende filosoffer som Heidegger, Sartre, Merleau-Ponty og Levinas er også eksponenter for fænomenologien (Heimann Hansen and Heimann Hansen, 2019).

Centrale elementer i den fænomenologiske tankegang er begreberne essens, epoche, reduktion, subjektivitet, intentionalitet, perception, kropslighed, tidslighed og socialitet. Mennesket forstås som kropsligt, socialt og kulturelt indlejret i verden. Reduktionen var oprindeligt Husserls idé om, at vi kan forlade den naturlige attitude og "sætte parentes om "vores forforståelse. Det indebærer en "indstillingsændring" fra den naturlige indstilling til den videnskabelige attitude.

Fænomenologien er samtidig en kritisk modpol til den reduktionisme som objektivisme og scientisme udspringer af, altså positivismen som enhedsvidenskab. Fænomenologien har inspireret psykiatrien, sociologien, antropologien og også sygeplejen, hvor f.eks. Dahlberg og Martinsen, har en fænomenologisk tilgang. Fænomenologien er af deskriptiv karakter, altså beskrivende i forhold til fænomenet, som det fremtræder for en (Zahavi, 2018).

5.1.2 Hermeneutikken

Begrebet kommer af græsk "hermeneuein" som betyder, tolke, fortolke, fortolkningskunst, forståelselære (Lübcke and Alstrup, 2010).

Hermeneutikken beskæftiger sig med fortolkning af menneskelige fænomener. Oftest, men ikke udelukkende, af en sproglig karakter. Hermeneutikken har afsæt i Husserls fænomenologiske tankegang. Fænomenologi og hermeneutik er dermed ikke to helt

forskellige ting, men kan anskues som et kontinuum i forhold til hvor meget man "tøjler sin forforståelse". Hvor man med fænomenologien tøjler den mest og er beskrivende og med hermeneutikken fortolkende. Hermeneutikken, har en lang historie, hvor den tidligste hermeneutik blev præget af foregangsmænd som Friedrich Schleiermacher (1768 – 1834) og Wilhem Dilthey (1833-1911). Hermeneutikken har bevæget sig fra et teologisk fokus til en metodologisk videnskabsfilosofi for humanvidenskaberne, et modstykke til naturvidenskabens positivisme. Dilthey ønskede at gøre mennesket til genstand for videnskab i lighed med den anerkendte metodiske stringens som positivismen repræsenterede (Heimann Hansen and Heimann Hansen, 2019).

Hermeneutikken, som videnskabelig position, skulle afspejle mennesket som et historisk og selvfortolkende væsen. Denne forståelse blev senere uddybet af filosofen Martin Heidegger, som beskæftiger sig med menneskets væren i verden og at tilegne sig en forståelse heraf gennem fortolkning. Hans elev og en af de mest indflydelsesrige hermeneutiske teoretikere, Hans Georg Gadamer, byggede videre herpå med den nyere hermeneutiske tænkning (ibid).

Den menneskelige væren udtrykkes gennem sprog eller handling og gennem fortolkning kan man opnå en ny erkendelse. Gadamer beskriver forforståelse eller fordom, som han benævner det, som en uundgåelig faktor, der har betydning for hvordan man forstår et fænomen. Forforståelsen er således altid aktiv, når man søger at forstå et fænomen. Gennem fortolkning kan man overskride sin forforståelse og opnå en horisontsammensmeltning i forhold til fænomenet og hermed en ny forståelse. Et andet centralt begreb er den hermeneutiske cirkel, som henviser til forståelsens cirkularitet. Et cirkulært forhold mellem helhedsforståelse og delforståelse. Når man ønsker at undersøge noget, må man være parat til at sætte sin forforståelse i spil og være åben og ydmyg for at forstå på en ny måde. Dette forudsætter at man er sin egen forståelseshorisont bevidst og søger at tøjle den men ikke benægte dens tilstedeværelse (Birkler, 2005).

5.1.3 Ricoeurs fortolkningsteori

I specialet anvendes Ricoeurs fortolkningsteori med henblik på at opnå en ny og dybere indsigt af at være i verden, i forhold til recovery i den akutte del af et indlæggelsesforløb. Paul Ricoeur er fransk filosof (1913-2005).

Ricoeur, bygger videre på Gardamers hermeneutik og udvikler en såkaldt kritisk hermeneutik. Ricoeur, har haft stor indflydelse på hermeneutisk og fænomenologisk filosofi (Heimann Hansen and Heimann Hansen, 2019). Inden for sundhedsfagene ses det hyppigt, at der tages udgangspunkt i Ricoeurs fortolkningsteori i forhold til fortolkningsmetode. Med variationer, er metoden blevet udviklet og anvendt af flere nordiske sygeplejeforskere igennem de seneste årtier. Her kan bl.a. Pia Dreyer, Charlotte Simonj, Anders Lindseth og Astrid Nordberg nævnes. I nærværende speciale har vi særligt taget inspiration i Pia Dreyers udlægning af Ricoeur (Heimann Hansen and Heimann Hansen, 2019, Dreyer, 2010). Sproget står helt centralt i Ricoeurs filosofi. Han ser det som et udtryk for hvordan "mennesket har taget sig selv og verden op". Ricoeur mener, at sproget og talen handler om at forstå sagen og går dermed videre end fænomenologien, idet han mener, at man må supplere sin tænkning med teori om fortolkning (Pedersen and Dreyer, 2018).

Han bruger udtrykket at "*pode hermeneutikken på Fænomenologien*" (Rendtorff, 2000). Patientfortællinger genereret i form af interviews kan fortolkes og dermed åbnes for at danne nye indsigter og forståelse i en faglig kontekst. Ifølge Ricoeur muliggør sproget, en interaktion mellem mennesker, "nogen siger noget til nogen om noget" (Heimann Hansen and Heimann Hansen, 2019). Historicitet er centralt for Ricoeur, mennesket erkender, erfarer og bliver til gennem narrativer. Fortællinger har en begyndelse, en midte og en afslutning, og dette gælder også hverdagsfortællinger i dagligdagsprog. Når der skabes fortællinger med begyndelser og afslutninger, gribes der fortolkende ind i det afgrænsede forløb og det gives en narrativ mening. Fortolkningen muliggør at fortællingen ikke kun er meningsskabende i et historisk og nutidigt perspektiv, men også kan være foreskrivende i forhold til et fremtidigt perspektiv. Ricoeur ser ikke fortællingen som en ren deskriptiv udlægning af virkeligheden eller det levede liv, da han mener, at der i fortællingen altid er en fortolkning af det levede liv og verdenen.

Han betegner det som en "dobbelt reference" til henholdsvis en virkelig og en fortolket verden (Pedersen and Dreyer, 2018).

Når en fortælling nedskrives, i dette tilfælde ved at transskribere interviews, gives fortællingen en ny rækkevidde. Ved at talen fæstnes til skriften, opstår en ny rækkevidde, der muliggør en grundigere fortolkning.

Tilknytningen til fortælleren og den konkrete situation ophæves og der sker det Ricoeur benævner en "distancering". Fordi tilknytningen til forfatteren er væk og det kun er selve teksten og sproget, der består, opnås en særlig narrativ karakter "*der kan råbe læseren an*". Der skabes mulighed for at rette sin opmærksomhed i højere grad mod fortællingen end hvis læseren havde en samtale med fortælleren (Heimann Hansen and Heimann Hansen, 2019).

For at fortællinger, i et Ricoeursk perspektiv, skal kunne berette om det levede liv samt hvad mennesker finder betydningsfuldt, forudsætter det, at man i interviewundersøgelser fokuserer på at indfange gode og righoldige fortællinger. Man må som forsker give rum til, at patienten selv kan fortælle i eget sprog og udtrykke det de selv ønsker og finder betydningsfuldt. Det forudsætter åbne spørgsmål og at patienten støttes i at udfolde sin fortælling. Dog altid med udgangspunkt i undersøgelsens forskningsspørgsmål. Metaforer er ifølge Ricoeur en særlig rig måde at udtrykke sig på, hvormed fortælleren kan "strække ordene" ud over dagligdagsbrug og dermed udkrystalliseres en særlig ordrigdom (Pedersen and Dreyer, 2018).

En Ricoeur inspireret analysemetode indeholder 3 elementer:

- 1. Den naive læsning**
- 2. Strukturanalyse**
- 3. Kritisk analyse og diskussion**

Man bevæger sig fra overfladefortolkning til dybdefortolkning og i læsningen af interviews, arbejdes der i en konstant dialektisk fortolkningsproces mellem de tre niveauer. Forståelsen dannes ved at blive sat i spil på flere måder i forhold til teksten. Dette muliggør at fortolkeren kan tilegne sig en forståelse af, hvad teksten taler om. Den

dialektiske bevægelse består af at gå fra forståelse til forklaring og fra forklaring til forståelse. Det er en forudsætning, at man som fortolker stiller sig åben og nysgerrig og sætter sin forforståelse i spil. Herunder vil de tre niveauer kort blive uddybet i forhold til de væsentligste elementer (Simony and Dreyer, 2019).

Naiv læsning:

Gennem den naive læsning skabes det første overblik i forhold til materialet, som gennemlæses flere gange som helhed. Forskeren stiller sig åben og lyttende overfor teksten, og mærker efter om noget berører en. Der sker en første spontan antagelse af, hvad teksten handler om, uden at gå i dybden. Det beskrives som at sætte sig i tekstens retning. I processen rejses spørgsmål til teksten og på baggrund heraf opstår gæt og antagelser i forhold til hvad teksten taler om. Disse førstehåndsindtryk af de samlede tekster, kan formuleres i en kortfattet tekst.

Strukturanalyse:

Det overordnede helhedsindtryk, som blev dannet via den naive læsning, underkastes herefter en nærmere undersøgelse.

De gæt og antagelser, der dannede sig på første niveau, bliver testet og valideret. Teksten genlæses og strukturen afdækkes nærmere. Fortolkeren følger her tekstens bevægelse fra betydning til reference. Hvorved en dybere forståelse opnås. Det er kendetegnet ved en dialektisk bevægelse fra forståelse til forklaring og forklaring til forståelse. Strukturanalysen udgør det forklarende element mellem den naive læsning, overfladefortolkning og en kritisk dybdefortolkning.

Teksten inddeles i meningsenheder (Hvad siges der?) og betydningenheder (hvad tales der om?) og derfra uddrages der slutteligt mulige temaer. Strukturanalysen kan udføres ved anvendelse af et skema med tre kolonner. Se skema 3, indsat herunder:

Skema 3, Eksempel strukturanalyse

Meningsenheder: (hvad siges der?)	Betydningsenheder: (Hvad tales der om?)	Tema:
Det er jo fordi vi bliver behandlet som mennesker, vi bliver ikke behandlet som om at vi er skøre. Altså det er det de gerne vil ikke, et eller andet sted, fordi ude i samfundet, hvis det er at de ser mig pissefuld rende oppe i byen, så tænker de, det første det er jo at sætte mig i en bås. De båse virker det ikke rigtig som om personalet de har heroppe. Der er vi alle sammen mennesker, vi er alle sammen det samme sted og det er sådan noget jeg sætter pris på	Ude i samfundet kan ptt. godt opleve at blive stigmatiseret, men når de indlægges, sætter personalet ikke i bås på den måde. Det opleves at personalet har en forståelse for den enkelte og dennes behov og er parate til at hjælpe.	At være i gode hænder

I strukturanalysen, bliver den sag, som interviewtekstens samlet set udtrykker, med andre ord forklaret og forstået. Det er en fordel at drøfte det, man kommer frem til med hinanden og evt. andre med henblik på at vurdere, om der er en logisk sammenhæng og forståelse, i beskrivelsen. Det er med til at styrke fortolkningens troværdighed (Simony and Dreyer, 2019).

Strukturanalysen er en tidkrævende og væsentlig del af undersøgelsen og omhyggelighed er centralt, da det vil danne udgangspunkt for specialets resultat afsnit. De identificerede temaer vil udgøre overskrifter. Fortolkningsteksten (betydningsenheder) vil blive den forklarende tekst i forhold til resultatet og udvalgte citater fra teksten (meningsenheder) vil medvirke til at underbygge og skabe transparens i processen (ibid.). I specialet er det valgt at anvende en poetisk fortælling i fremlæggelse af mening og betydning i forbindelse med strukturanalysen jf. Pia Dreyers udlægning af Ricoeur. Det vil blive uddybet senere (Dreyer, 2010).

Kritisk fortolkning og diskussion:

I det sidste niveau i den Ricoeurinspirerede fortolkning, vil de identificerede temaer blive diskuteret. Den kritiske del er karakteriseret ved, at det foregår i en dialektisk bevægelse mellem yderligere forklaring og fortolkning af de fund, der udsprang af strukturanalysen. Her tilegner fortolkeren sig teksten. Dette vil udgøre diskussionen og der inddrages

relevant teori samt forskningsresultater præsenteret i specialets baggrundsafsnit. De mest sandsynlige tolkninger og betydninger sættes hermed også i relation til den sygeplejefaglige kontekst som specialets forskningsspørgsmål adresserer. Ved at diskutere strukturanalysens temaer, belyses deres betydning i et alment relevant perspektiv. Det er centralt at fremhæve, at teori først inddrages, når strukturanalysen temaer er færdigt fremanalyseret. I forhold til den hermeneutisk- fænomenologiske fortolkningsproces, udgør strukturanalysen en mere beskrivende del i forhold til det patienterne har udtrykt og givet betydning og deres udsagn tages alvorligt. Først herefter diskuteres der op mod viden og teori (Simony and Dreyer, 2019).

5.2 Undersøgelsesdesign

I de følgende afsnit vil undersøgelsesdesignet, interview, blive beskrevet. Herunder de etiske og juridiske overvejelser, rekruttering af informanter, præsentation af adgang til forskningsområdet samt informanter. Metode til optagelse af interviews, samt transskribering af disse til videre analyse fremlægges. Selve det kvalitative forskningsinterview vil tage udgangspunkt i Steinar Kvaales bog *Interview*. Baseret på kvalitativ metode, semistrukturerede interviews af patienter i den akutte psykiatri. Der udarbejdes interviewguide jf. Kvale. Interviews transskriberes ordret helst inden for 1 døgn eller hurtigst muligt, dels af hensyn til at have det frisk i hukommelsen og dels i forhold til hurtig anonymisering og sikker dataopbevaring. Inklusionskriterier og overvejelser for deltagere i undersøgelsen beskrives. Der udarbejdes transskriberingsregler for at støtte processen, og for at de to interviewere kan arbejde så ens som muligt hermed.

5.2.1 Det kvalitative forskningsinterview

Med henblik på at understøtte, at det semistrukturerede interview adresserer vores forskningsspørgsmål på bedste vis, blev der taget inspiration i temaerne fra CHIME-modellen, der beskriver 5 områder, der via en omfattende litteraturgennemgang er identificeret som særligt vigtige i.f.t. recovery (Roper et al., 2020), såvel som RSA-R Person in Recovery self assesmentscale (Bilag 5). Begge dele er velafprøvede og valideret, både af personer med brugererfaring og af klinisk personale. Dermed er der

evidens for at komme omkring de temaer, der opleves mest centrale i forhold til recovery. Inspiration derfra samt det semistrukturerede interviewdesign balanceres dog hele tiden således, at de åbne spørgsmål ikke har været styrende for samtalen, som det er tilstræbt skulle være så åbent som muligt. Dette for at tilskynde at fortællingen blev fortalt med patientens egen stemme og indholdsmæssigt frembragte det patienten ønskede at fortælle om. Grundlaget til et godt interview ligger i en omhyggelig forberedelse, hvori forberedelsen består af tre dele: at opnå adgang til udvalgte informanter, at tilegne sig et kvalificeret kendskab til forskningsemnet samt at udarbejde en hensigtsmæssig spørgeguide (Bornø Jensen et al., 2019).

5.2.2 Ethiske og juridiske overvejelser

I følgende afsnit beskrives de etiske overvejelser, samt handlinger der er forbundet med dataindsamling og - opbevaring af interview i specialet. For mens det primære formål med forskning er at generere ny viden, kan dette mål aldrig gå forud for de enkelte forskningspersoners rettigheder og interesser (WMA, 2018, SNN, 2003). De etiske overvejelser tager udgangspunkt i de etiske retningslinjer for sygeplejeforskning i Norden, der er udarbejdet på baggrund af FN's menneskerettighedserklæring samt Helsinkideklarationen (SNN, 2003). Dette vil blive sammenholdt med de generelle principper i forhold til behandling af oplysninger efter databeskyttelsesforordningen (Datatilsynet, 2017).

GDPR har til formål at styrke og harmonisere beskyttelse af personoplysninger i EU. Dette omfatter enhver form for håndtering af personoplysninger. Det er primært elektronisk behandling af oplysninger, der er omfattet af reglerne. Det kan for eksempel være indsamling, registrering, systematisering opbevaring, søgning, brug, videregivelse eller sletning af oplysninger (Datatilsynet, 2017). Under hele specialet er de generelle principper for GDPR overholdt, se nedenstående etiske overvejelser.

Sygeplejerskernes samarbejde i Norden (SSN), lægger vægt på, at sygeplejerskeforskning er styret af følgende etiske principper: autonomi, at gøre godt, ikke at forsage skade og retfærdighedsprincippet (SNN, 2003).

Dertil stiller de etiske retningslinjer fire krav, som skal følges af forskeren i mødet med deltagerne. Disse omhandler information, samtykke, fortrolighed og deltagerens sikkerhed (ibid). De etiske retningslinjer og krav er det gennem hele specialet søgt at reflektere over, samt på bedste vis opfylde.

Forinden interviewundersøgelsen blev deltagerne skriftligt og mundtligt informeret om undersøgelsens formål og anvendelse af resultaterne. Dette ud fra et letforståeligt og klart sprog. Det skriftlige materiale i specialet består af en plakat, som blev ophængt i samtlige afsnit, der havde indvilge i deltagelse i undersøgelsen. Dertil en pjece, der blev udleveret af det sundhedsfaglige personale til den enkelte deltager (Bilag 6 og Bilag 7). Desuden blev deltagerne også mundtligt informeret om undersøgelsen, først af personalet på afsnittene og dernæst i forbindelse med selve interviewet.

For at sikre informanternes samtykke, udfyldte de eller det sundhedsfaglige personale i samråd med patienterne pjecen (Bilag 7), hvori informanter gav skriftligt samtykke til at de måtte kontaktes. Det blev efterfølgende indscannet af personalet, og sendt til vores arbejdsmails. Dette for at sikre fortrolighed i.f.t personfølsomme oplysninger. Inden interviewet blev deltagerne desuden informeret om behandling af deres personoplysninger, samt rettigheder ved deltagelse i undersøgelsen. Herunder at deltagelse var frivillig, at de ville blive anonymiseret og til enhver tid kunne trække sig fra undersøgelsen.

Ud fra ovenstående informationer underskrev de en samtykkeerklæring (Bilag 8). Kopien blev gemt og den originale udleveret til informanten. Samtykkeerklæringen tager udgangspunkt i Aarhus Universitets skabelon til samtykke til behandling af personoplysninger (Aarhus_Universitet, 2023). For videre at sikre fuld fortrolighed af de indsamlede oplysninger, blev deltagerne informeret om, at det kun er forfattere samt vejleder, som har adgang til data. Interviews transskriberes hurtigst muligt og lydfilen slettes efterfølgende.

Da det er indlagte psykiatriske patienter, i den akutte fase af deres indlæggelse, som specialet omhandler, kan patienterne være særligt sårbare. Der måtte derfor tages etiske hensyn i forhold til informanternes. Undervejs var der opmærksomhed på, at der

kunne være ting som informanten ikke havde lyst eller overskud til at tale om. Dette blev balanceret op imod, at man som forsker ikke skal lade sig begrænse af en forudindtaget forventning om at et emne, kan være for følsomt til at tale om. Det at informanter kan dele deres oplevelser med sygdom, kan opleves som berigende (Bornø Jensen et al., 2019). I interviewprocessen søgtes det at tage hensyn og undervejs mærke efter, om der var emner, som kunne trigge informanterne. Hvis det under interviewet virkede til at noget kunne være svært for informanten at tale om, blev det vurderet, om der var behov for videre udfoldelse.

5.2.3 Adgang til feltet og rekruttering af informanter

Tilrettelæggelsen af en undersøgelse kræver mange overvejelser og valg inden selve dataindsamlingen (Bornø Jensen et al., 2019, Kvale and Brinkmann, 2015).

For at kunne besvare problemstillingen blev det valgt at inkludere 5-10 informanter. Det beskrives at udgangspunktet for rekruttering af informanter, er mennesker, som har oplevet eller er involveret i det, der undersøges. For at kunne beskrive fænomenets kompleksitet, stræbes der efter at indhente så mangfoldige og varierede beskrivelser som muligt. I det kvalitative interview, interviewes nok personer til at besvare ens fænomen. Der indhentes ofte fortællinger fra få deltagere. Typisk fra en til ti deltagere (Martinsen and Norlyk, 2011, Kvale and Brinkmann, 2015). Det valgtes at inkludere patienter fra alderen 18+. De skulle være frivilligt indlagt og aktuelt indlagt i den akutte behandlingspsykiatri. Desuden skulle informanterne minimum have været indlagt i et døgn og maksimum 7 dage. Denne afgrænsning, da informanterne skulle have været en vis tid i afsnittet, for at have tilegnet sig erfaringer og oplevelser. Samtidigt skulle de stadig være i den akutte del af indlæggelsen. I specialet skelnes der ikke mellem forskellige diagnoser og køn. Dertil skulle patienterne være habile og kunne kommunikere på dansk. Patienterne blev ekskluderet, hvis de var tvangsindlagte eller retspsykiatriske patienter indlagt i henhold til dom.

Adgang til forskningsfeltet blev opnået via gatekeepers i to større regionale psykiatrisygehuse. Kontakten blev etableret gennem deltagelse i mødefora, hvor centrale personer fra ledelsen deltog. Her blev specialets forfattere og projektet

præsenteret. Der blev givet tilsagn til deltagelse i undersøgelsen. Efterfølgende var der ligeledes en introduktion til det sundhedsfaglige personale, i de enkelte afsnit, på begge matrikler. Herved blev der skabt en relation til personalet og givet mulighed for uddybning af undersøgelsens formål. Ved denne lejlighed medbragtes forskelligt materiale til det sundhedsfaglige personale, som blev gennemgået, se bilag 6, 7 og 9. Blandt materialet var en plakat, som henvendte sig til patienterne, denne hængte personalet op ude på gangene og i miljøet (Bilag 7).

Dataindsamlingen fandt sted primo december 2022 til ultimo januar 2023. Fra de to regionale psykiatriske sygehuse blev der rekrutteret 8 informanter, hvor der blev gennemført interviewes. Det ene interview blev ikke inkluderet i specialet, da informanten var for usammenhængende, bevægede sig væk fra mikrofonen og ikke kunne besvare spørgsmål uden at miste tråden. Interviewet fremstod derfor ikke anvendeligt og måtte fravælges, selvom informanten havde været interesseret i deltagelse.

5.2.4 Præsentation af informanter

Samlet set inkluderes 7 informanter, som alle opfyldte inklusionskriterier for undersøgelsen. Et enkelt af disse interview foregik over Zoom, da patienten var blevet udskrevet dagen forinden, og var i egen bolig. Alle andre informanter opholdt sig og blev interviewet på deres stue, da de forsat var indlagt. En patient havde sin kæreste med under samtalen, men ellers foregik det kun med informant og specialets forfattere tilstede. De udvalgte informanter er blevet anonymiseret og præsenteres i skema 4 herunder.

Skema 4, Skematisk oversigt Informanter

Nr.	Køn:	Aldersgruppe:	Varighed af Interview:	Indlæggelsesdag på interview tidspunkt:	Afsnit:
Informant 1	M	20-30 år	51 min. (Zoom)	7	Alm. Psyk. Sengeafsnit
Informant 2	K	50 - 60 år	29 min.	2	PAM
Informant 3	K	80 - 90 år	24 min.	3	Ældre Psyk.
Informant 4	M	70 - 80 år	31 min.	2	Ældre psyk.
Informant 5	M	30 – 40 år	34 min.	2	PAM
Informant 6	M	50 – 60 år	32 min	4	PAM
Informant 7	K	20-30 år	21 min.	3	Alm. Psyk. sengeafsnit

Ud fra de 7 interview, er der i alt er 222 min. interviewmateriale. Gennemsnitlig interviewlængde er på 32 min. pr interview. Der er i alt 82 sider transskriberet materiale, som analysen udarbejdes på baggrund af. Interviews var fordelt ligeligt på de to geografier.

5.2.5 Optagelse af interview

Til optagelse af interview blev der anvendt lydoptagelse ved brug af mobiltelefon til optagelse. Desuden blev der i ét tilfælde anvendt videooptagelse over Zoom. Herudover anvendtes noter efter samtalen for at fastholde kontekst og tanker i forbindelse med interview.

Formålet var, at interviewer kunne koncentrere sig om selve interviewet med støtte fra den semistrukturerede interviewguide, se bilag 10, samt fokusere på dynamikken i samtalen. Under interviewet var en eller begge forfattere til stede. Der var altid kun én primær interviewer. Begge forfattere vekslede mellem at være interviewer. De gange hvor begge forfattere var til stede, observerede den anden blot samtalen.

Ud fra den semistrukturerede interviewguide (bilag 10) blev det estimeret, at hver interview ville vare ca. 30-45 min. Hvilket stemte overens med selve interviewene, som kom til at vare mellem 21-51 minutter.

De enkelte interviews blev transskriberet inden for 1-2 døgn, af forfatterne selv, hvorefter lydoptagelsen blev slettet. Dette dels af hensyn til at have interviewet frisk i hukommelsen, og dels på grund af hurtig anonymisering og sikker dataopbevaring - overholdelse af GDPR (Datatilsynet, 2017).

5.2.6 Transskribering

I det følgende redegøres for overvejelser i forbindelse med transskriberingsprocessen. De mundtlige interviews nedskrives og ændres til skriftformat. Disse konstruktioner danner videre udgangspunkt for analysen.

Transskribering anvendes, som et effektivt redskab til at nedfælde det talte sprog. Kvale beskriver, hvorledes de sproglige til skriftlige formater undervejs ved transskribering kræver vurderinger og beslutninger. Dette for at sproget bliver så præcist og virkelighedsnært som muligt. Hukommelsen kan svigte over tid, og man genkalder måske interviewene for upræcist til ens formål (Kvale and Brinkmann, 2015).

Der er ikke nogen universel form eller guide for transskription, men der er nogle standardbeslutninger (ibid.). Det vælges i specialet at transskribere interview ordret. Hertil inkluderes gentagelser, lydord med mere, da denne metode giver dybere indsigt i selve samtalen, personernes tilstand og interaktioner.

Da transskribering foregik manuelt, af de to forfattere til specialet, var der behov for gennemsigtighed i processen og faste retningslinjer. Der blev derfor udarbejdet en transskriberingsguide for at støtte processen og understøtte anvendelsen af samme teknik. Se bilag 11 (ibid.). Ved at transskribere egne interviews, skabes der jf. Kvale, en større forståelse for egen interviewstil og der påbegyndes en meningsanalyse af det narrative indhold. Dertil blev det første interview, efter transskribering, gennemgået med vejleder mht. at gennemgå og kvalificere spørgeteknikker og interviewspørgsmål.

6. Strukturanalyse

I det følgende fremlægges den Ricoeur-inspirerede analyse ud fra de tre trin, naiv læsning (herunder en poetisk fortælling), strukturanalyse og slutteligt kritisk fortolkning og diskussion. Ricoeurs analysemetode er grundigt beskrevet, under metode i afsnit 5.1.3. Der identificeres temaer ud fra den indsamlede empiris fremanalyserede narrativer.

6.1 Opsamling naiv læsning

Gennem den naive læsning af de 7 interviews, har der tegnet sig et umiddelbart billede af at den akutte psykiatriske patient ofte har haft en kaotisk og svær tid op til indlæggelsen, hvor evnen til at drage egenomsorg har været svært kompromitteret. Det professionelle og personlige netværk, medvirker til at støtte op om indlæggelsen, som patienten også selv erkender behov for. Den akutte indlæggelse er grundlæggende forbundet med en følelse af at blive taget godt imod og at personalet er søde og hjælpsomme og understøtter opfyldelsen af basale behov.

Kontakten til personalet opleves dog lidt tilfældig og meget afhængig af den enkelte sygeplejerske. Patienterne oplever et større behov for samvær og samtale med personalet end de modtager. Patienterne oplever det som berigende og understøttende for at komme sig, når personalet møder patienten på en ligeværdig måde og med et oprigtigt nærvær. Den enkelte patient kan føle sig ladet alene om den personlige recovery, som opleves som en rejse hvor man selv skal finde vejen. Personalet beskrives gennemgående som fortravlede. Rammerne i afsnittet og særligt på patientstuen, beskrives oftest som klinisk og upersonlig.

Samspillet med andre patienter under indlæggelsen beskrives som betydningsfuldt og kan både udgøre en positiv såvel som negativ effekt på tilstanden. Patienterne værdsætter at blive involveret af personalet. Patienterne har ofte brudte relationer i en eller anden form bag sig. Der udtrykkes en bekymring for at belaste eksisterende netværk. Patienterne ønsker at genvinde normalitet og deres livsrum igen. Det beskrives at personalet lægger op til udskrivelse, når de forskellige målbare værdier ser ud til at

være stabile, men subjektivt oplever patienten ofte ustabilitet og ubalance og er bange for udskrivelsen og usikker på egen formåen.

6.2 Introduktion til den poetiske fortælling

Inden de fremanalyserede temaer fremlægges, anvendes der med udgangspunkt i Pia Dreyers udlægning af distanceringen i Ricoeurs fortolkningsteori (Dreyer, 2010), en poetisk fortælling som optakt.

Den er udformet på baggrund af deltagernes strukturerede citater fra interviews. Læsning af hvad der siges på tværs af data, har givet forståelse af, hvordan det opleves at blive indlagt i en akut psykiatrisk tilstand. Fortællingen herunder, rummer mening og betydning af helheden. Der skabes en fiktiv fortælling i et billedligt sprog og en litterær form, der repræsenterer den fortolkede virkelighed. Herved udlægges en forståelse på tværs af data. Betydningen findes på denne måde i citaterne, men præsenteres i en fiktiv fortælling i jeg-form. Dermed fremstilles en "væren i verden" med reference til data. Hensigten er at medvirke til at læseren, får en dybere forståelse af mening og betydning, præsenteret i en narrativ, rammende og udtryksfuld form (Dreyer, 2019). Se skema 5.

6.3 Den poetiske fortælling

Skema 5, Fortælling: Den akutte indlæggelse

Jeg ser mig omkring, stakke af papir, bunker af tøj, opvasken fra jeg ved ikke hvor længe, står på køkkenbordet, sammen med halvåbne konservesglas, flasker og tallerkener med indtørret mad. Jeg har ikke haft appetit længe. Fjernsynet kører, men jeg ænser det ikke. Alt er vokset mig over hovedet. Jeg ved ikke længere hvad der er op og ned, går bare hvileløst i ring i stuen. Jeg hører en høj lyd, forskrækket indser jeg at det er mit eget skrig, men stemmen synes fjern og ukendt. Pulsens banker i kroppen, det føles som om hjertet vil hoppe ud og jeg falder sammen i stolen. Jeg ved ikke hvor længe jeg sidder der. Det ringer på døren - men min krop er som frosset, jeg kan ikke rejse mig. En stemme kalder på mig fra brevsprækken, banker, bliver ved med at kalde på mig. Jeg får til sidst åbnet døren og ser at det er min kontaktperson. Hun spørger "hvad sker der?" "men jeg kan end ikke forklare hende det. Gentager bare for mig selv, "Jeg kan ikke mere, jeg kan ikke mere" - hun lægger en hånd på min skulder og siger "Det kan jeg godt se".

Det næste jeg sanser er, at jeg ligger i en seng midt på gulvet i et mørkt rum "Hvor er jeg?". Langsomt genkender jeg det, vinduerne, de tunge møbler, fjernsynet bag en sikkerhedsskærm i væggen, lydene ude fra gangen, jeg er i PAM.

En let banken på døren og en smilende sygeplejerske kigger ind og ser jeg er vågen. Det er tidlig morgen, siger hun, jeg har sovet siden jeg kom i går. Er jeg sulten eller tørstig, spørger hun mig. Jeg får en sandwich og en tår saftvand. Når dagvagterne kommer, vil de komme ind og sige hej, siger hun. Det er som om en byrde letter og jeg mærker, at jeg kan trække vejret lidt bedre. Jeg er her nu, der er hjælp at hente og måske kan jeg få det godt igen. Jeg bliver glad da jeg ser Helle, som jeg kender fra sidste gang. Hun skriver sit navn på min tavle. I dag er hun min kontaktperson. Jeg skal snakke med lægen snart, siger hun. Han kigger på mig over sin brillekant, kigger på skærmen og spørger til en masse: Hvordan har jeg sovet? tager jeg min medicin? er der sket noget særligt i den sidste tid? Måske kan vi justere lidt på den her medicin, så det virker bedre, det skal han lige vende på middagskonferencen.

Æggemadden på min tallerken er pyntet med karse og der står et glas med mælk på bordet. Jeg spiser og mærker for første gang længe, at jeg nyder det. Nogle af de andre ved bordet kigger mærkeligt på mig føler jeg. Det gør mig utryk. Jeg rejser mig og går ind på stuen. Helle kaster et blik på mig da jeg passerer hende. Efter noget tid, der føles som en evighed, kommer hun ind til mig, Hvordan har du det?

Jeg har det rigtig skidt, siger jeg. Hun spørger om jeg har brug for noget PN-medicin? Hun skal lige snakke med lægen, om hvad jeg kan få. Jeg sidder alene igen og venter på at hun kommer, jeg hører skridt ude på gangen, nogen løber hurtigt, en klokke ringer. Lyset begynder at forsvinde ud af rummet. Hvorfor kommer hun ikke? Jeg begynder allerede at tænke på udskrivelsen, når jeg mon at blive klar? Hvem kan støtte mig derhjemme? Hvad med min kat? Tankerne kører rundt i mit hoved. Måske har de travlt? Måske vil de synes, jeg er besværlig, hvis jeg ringer efter dem og jeg magter ikke at gå hen til kontoret. Gid der var en der kunne sidde lidt sammen med mig, snakke med mig, fortælle mig at det nok skal blive bedre. Ligesom sidste gang. Der var Anja bare så opmærksom på mig, vi gik tur og talte om alt det jeg gerne ville kunne igen. Hun var så god til at se ressourcer i mig. Nogle gange var vi også bare sammen uden at sige så meget, spillede spil og sådan. Jeg begyndte ligefrem selv at se mere lyst på det hele. Egentlig er de alle sammen søde og rare her, de kommer med piller, mad og drikke, rene håndklæder og tandbørste. Jeg har endda også fået en oplader til min telefon. Men det er bare som om ingen rigtig ser mig alligevel og sådan rigtig prøver at forstå, hvordan jeg har det. De skraber ligesom kun i overfladen.

6.4 De fremanalyserede temaer og undertemaer

I det følgende vil de temaer, som strukturanalysen har udfoldet, blive fremlagt. Der er identificeret 4 temaer, hvoraf der til de to første er i alt 4 subtemaer. Herunder ses en skematisk oversigt i forhold til temaer og subtemaer.

Skema 6, Temaer og subtemaer

Hovedtema:	Subtema:
1. At være i gode hænder	<ul style="list-style-type: none"> • At være i samme båd • Den tryghedsskabende kontaktperson
2. At blive observeret men ikke set	<ul style="list-style-type: none"> • Personalet ikke opsøgende • Klinisk fokus dominerer
3. At have et godt men tilfældigt møde	
4. At genvinde livsrum	

6.5 Tema 1. At være i gode hænder

At være i gode hænder forstås som at komme i sikkerhed og møde god behandling på et psykiatrisk sygehusafsnit, hvor de sundhedsprofessionelle medarbejdere tager godt imod og rummer den akutte patient og dennes behov. Samtidig er "i gode hænder" en metafor, der blev anvendt af en af patienterne, til at beskrive følelsen af tryghed ved at være blevet indlagt. At være i gode hænder, fremkommer på baggrund af oplevelser vedrørende tiden op til indlæggelsen samt i den akutte fase. Patienterne beskriver, at tiden op til indlæggelsen har været kendetegnet ved en kaotisk tilstand, et sammenbrud hvor verden omkring dem er krakeleret og symptomerne har taget overhånd og et evt. misbrug ofte er eskaleret. Som en midaldrende mand, der tidligere har haft et par indlæggelser i psykiatrien beskriver, efter et lidt kaotisk indlæggelsesforløb, hvor han først ankom til somatikken, men hurtigt overflyttes til psykiatrisk akut modtageafdeling.

"Det er fordi jeg fik det psykisk dårligt. Så psykisk dårligt, at jeg ikke vidste hvor jeg var. Det hele det bimplede og det bamlede og det gjorde ved. Selv hjemmeplejen de kunne se hvordan jeg havde det" (informant 6).

At være i gode hænder beskrives af deltagerne ved at indlæggelsen kommer til at udgøre

en sikker havn, hvor det, for de flestes vedkommende, er muligt at finde mere tryghed og ro. For mange af patienterne har der i samfundet været nogen, som har hjulpet med at kontakte psykiatrien og medvirket til indlæggelse, men patienterne har også, som illustreret i ovenstående citat, selv erkendt behovet. Det kan både være pårørende, hjemmepleje eller andre i det professionelle netværk, der støtter i kontakt og indlæggelse. Det er kendetegnende, at det har været tydeligt både for den enkelte patient og de nærmeste omkring patienten, at situationen derhjemme var uholdbar og at der var et akut behov for hjælp. En ældre mand, der bor alene og først sent i livet har fået psykisk sygdom, indlægges via PAM til ældrepsykiatrien. Han har kun få indlæggelser bag sig, den sidste indlæggelse er mere end et år tilbage. Han udtrykker det således:

“Det var kaotisk, øhh, sammenbrud, jeg hørte nogen stemmer, jeg havde ingen appetit. Jeg havde nogen små angstanfald, og øhh jeg har besøg af hjemmesygeplejen to gange om dagen og de mente, at nu gik den ikke længere” (informant 4).

At blive taget godt imod og i nogle situationer blive genkendt af personalet fra tidligere indlæggelse, er med til at fremme trygheden og troen på at indlæggelsen kan hjælpe på rette kurs igen. Patienterne oplever tryghed ved at komme ind på sygehuset og har man været indlagt tidligere, kan det næsten opleves som et andet hjem. Det betyder noget, at der er nogen, der støtter en og ser en som et menneske med behov for hjælp. En ung mand, med op til flere indlæggelser i PAM bag sig, udtrykker det særlige forhold man kan få til både stedet og personalet i PAM, på denne måde:

“Altså jeg ved godt det lyder dumt, men det er ligesom mit andet hjem. De fleste kender mig.... Det er jo fordi at, når jeg ikke har nogen støtte i hverdagen eller dermed føler jeg er alene og jeg sidder med alle de her ting, så ved jeg jo, at jeg altid kan ringe herop. Og så lige meget hvilken relation jeg har til de ansatte, så er de her for at støtte mig og det betyder rigtig meget at vide, når man kommer herop” (informant 5).

Det er tydeligt at den akutte indlæggelse, får en særlig betydning for patienterne, når de føler sig velkomne og godt modtaget. Det er vigtigt at vide, at man altid kan tage kontakt og at der er nogen, der vil lytte til en, lige meget hvor dårligt man har det.

Ude i samfundet kan patienterne godt opleve at andre ser skævt til dem, når deres psykiske symptomer bliver voldsomme og måske påkalder sig opmærksomhed. Det kan medføre, at omgivelserne reagerer negativt og at ptt. kan opleve at blive stigmatiseret. Ved indlæggelsen, opleves det, at personalet ikke sætter i bås på den måde. Personalet har en anden forståelse for patienterne og deres tilstand. Det medvirker til følelsen af at være i gode hænder. Personalet kan rumme patienten og de udviser forståelse for den enkelte og dennes behov, samt er parate til at støtte og hjælpe.

”Det er jo fordi vi bliver behandlet som mennesker, vi bliver ikke behandlet som om, at vi er skøre. Altså det er det, de gerne vil ikke, et eller andet sted. Fordi ude i samfundet, hvis det er, at de ser mig pissefuld rende oppe i byen, så tænker de, det første det er jo at sætte mig i en bås. De båse virker det ikke rigtig som om personalet, de har heroppe. Der er vi alle sammen mennesker, vi er alle sammen det samme sted og det er sådan noget jeg sætter pris på” (Informant 5).

Patienterne oplever, at personalet har en anden tilgang end den, de mødes med uden for sygehuset i samfundet. Det beskrives, at personalet møder dem som et menneske. Derfor oplever patienterne ikke at blive behandlet, som om de er ”skøre. For størstedelen af patienterne opleves der en umiddelbar beroligelse ved at være blevet indlagt og der beskrives i flere tilfælde en lindring af symptomer og lettelse, fordi der nu er nogen til at hjælpe. Grundet det ofte langvarige og kaotiske forløb op til indlæggelsen, har patienterne følt sig meget alene, usikre og bange. Derfor er utrygheden stor og behovet for kontakt og støtte altoverskyggende. Efter ankomst til psykiatrien beskrives, at personalet hurtigt identificerer patienternes behov. De yder en øjeblikkelig omsorg ved at dække de helt basale behov. Det kan f.eks. være mad og drikke. Alene det ikke at skulle bekymre sig om de basale behov, men at personalet tager vare på det, værdsættes meget højt af patienterne. Det opleves som en tiltrængt omsorg og patienterne fortæller, at det medvirker til at skabe den nødvendige ro til at komme sig. Som en patient indlagt i PAM udtrykte det, under en samtale:

”Der er den der saftevand. Jeg får sådan en hel kande ind, som jeg bare kan drikke og det er dejligt og det beroliger mig også lidt og det er positivt for mig.... Jeg synes, at jeg får ikke så mange angstanfald som jeg fik før. Det er rart at det er blevet mindre, det er det og jeg kan godt mærke det i mig

*selv.... At jeg er begyndt at slappe mere af, jeg er ikke så anspændt mere”
(informant 6).*

Citatet viser at en ”lille ting” ting som af få lidt saftvand eller en kop kaffe, uden selv at have bedt om det, kan have stor betydning. Det fremgår af størstedelen af beskrivelserne. Det opfattes som omsorgsfuldt af personalet og de møder et umiddelbart behov, som patienterne ikke selv har kunne tage hånd om.

6.5.1 At være i samme båd

At være i samme båd omhandler samværet med medpatienter og den betydning det kan have for den enkelte under indlæggelsen. Det er et undertema til at være i gode hænder. Her forstået ved at patienterne oplever tryghed ved samvær med andre medpatienter og oplever værdi ved at kunne spejle sig i hinanden. Herunder italesættes også personalets rolle i forhold til at facilitere muligheden for samvær. Hovedparten af patienterne beskriver at samværet med medpatienter, under indlæggelsen, kommer til at have stor betydning for hvordan indlæggelsen opleves.

En væsentlig faktor i forhold til samspillet med andre patienter er, dels hvordan den enkelte har det, forstået som er der er overskud til samvær med andre.

Men også om de andre medindlagte har overskud dertil. Det kan fremme følelsen af ensomhed, hvis den enkelte patient har et større behov for samtale og samvær med andre, end medpatienterne har overskud til. Det ses særlig tydeligt i forhold til de ældrepsykiatriske patienter, der indgår i studiet. Begge beskriver, hvordan medpatienter i tidligere indlæggelser har været med til at fremme deres tilstand og medvirke til recovery. I den aktuelle indlæggelse føler de dog, at dette samvær er mindre og det afstedkommer et savn som præger indlæggelsen.

En ældre kvinde som blev interviewet på stuen, tilkendegav, at hun for første gang under indlæggelsen, var fortrukket til egen stue, da hun nærmest havde givet op i forhold til at skabe kontakt til andre. Hun gav udtryk for, at nu måtte hun så bare lære at finde ud at være alene. Desuden var hun kort forinden blevet enke. Hun sagde:

”Jamen her er dødkedeligt, for at sige det som det er. Og så, når man står op om morgen ik? Så gør man sig i stand, og så går man ud og spiser noget morgenmad, og så kommer der så også nogle andre, der skal have morgenmad. Og der er ikke én der siger fem flade ord vel” (informant 3).

Det fremkommer af citatet at stedet kommer til at fremstå kedeligt og patienten savner respons og interaktion med andre, nogen at snakke med og relatere sig til. Der er et uforløst socialt behov, hvorfor det ikke opleves at være i samme båd. En anden ældrepsykiatrisk patient der i sin sidste indlæggelse oplevede, at kontakten med de andre medpatienter var en stor ressource og glæde, men som i den aktuelle indlæggelse savner mere kontakt, udtrykker samværets betydning således:

*”Jeg savner lidt personlig kontakt med de andre patienter. De sidder helt stille. Det at have kontakt med de andre giver sådan en god oplevelse og en behagelig oplevelse også - at vi ligesom er i samme båd. Man kan være mere åben. Fordi man sidder i nogenlunde samme situation alle sammen”
(informant 4).*

Samme patient giver dog udtryk for, at alene det at være sammen med andre, selvom de ikke snakker sammen, hjælper ham. Han forsøgte samtidig selv at fremme samværet ved at hilse på og være imødekommende over for de andre. Citaterne viser, at samvær med medpatienter kan udgøre en stor ressource, når man kan genkende noget hos hinanden, føler sig som i samme båd og kan tale frit om sygdom og livet.

I forhold til undertemaet ”at være i samme båd” ses det, at når den enkeltes ønske om samvær med andre ikke kan imødekommes, så kan det fremme følelsen af ensomhed. På den anden side, så kan medpatienter også i andre situationer medføre utryghed og være noget, der undgås. Det kom f.eks. til udtryk hos en ung usikker kvinde, der netop var blevet indlagt for første gang. Hun søgte i høj grad samvær og tryghed via personalet og hendes familie, som under indlæggelse besøgte hende meget. I selve interviewsituationen var kæresten netop også til stede og lå og holdt beskyttende om hende i sengen. Hun fortæller om sin oplevelse, da hun blev indlagt:

”Lige i starten, der var jeg ikke særlig glad for at gå ud på gangene. Fordi jeg følte, at der var mange der sådan fulgte eller stirrede sådan lidt på mig med øjnene, når jeg gik forbi. Og det syntes jeg egentligt var sådan skræmmende. Fordi man ved jo ikke rigtigt hvem det er jo” (informant 7).

Det ses, at under den første indlæggelse i psykiatrien, kan der være stor utryghed forbundet med at være sammen med andre patienter. De kan opleves som

skræmmende med deres udtryk og psykiske tilstand og det kan medføre, at der holdes afstand. Samme patient gav udtryk for, at der skete en vis tilvænnning til miljøet og det at være indlagt, så hun efterhånden følte sig mere tryk ved at komme ud. Personalets måde at støtte hende på og opfordre til at komme ud fra stuen medvirkede hertil. Ligeledes gav personalet mulighed for, at hun kunne finde tryghed ved, at kæresten kunne være til stede i afsnittet. For patienterne ses det samtidig, at muligheden for at indgå i samvær med andre kan variere under deres indlæggelsen. På nogle tidspunkter opleves det som givende og på andre tidspunkter, kan det føles som en belastning. Når det sker, ses det ofte, at ptt. fortrækker sig til egen stue. En ung mand der har været indlagt flere gang i PAM og hvor et personalemedlem tidligere har nævnt, at han måske på sigt kunne blive peermedarbejder fortæller:

*”Der kan jeg jo se at X han søger mig hele tiden ik? Fordi han har brug for at snakke og det kan være lidt hårdt for mig, allerede at være ”peer to peer” på den måde. Når jeg har mit eget. Så vælger jeg bare at trække mig”
(informant 5).*

Som beskrevet indledningsvis under temaet, opstår dette samvær mellem patienter ikke altid helt af sig selv. Der kan være behov for at personalet medvirker til at sætte rammen om det og inviterer til fællesskabet. En måde personalet kan gøre det på er gennem miljøaktiviteter, som kan understøtte samvær mellem patienterne.

Patienterne udtrykker at være glade for de tilbud, som personalet planlægger og inddrager dem i, som bl.a. at spille ludo, kunne male, gymnastik, bordtennis og lignende aktiviteter. Som følgende citat fremhæver:

”Der var i går der var jeg jo lige startet på medicin, så jeg var meget træt og havde allermest lyst til bare at ligge i sengen, men der var en, som kom og spurgte om jeg ville med ned og spille noget bordtennisbold eller komme ud eller sådan noget. Så de har været gode til at komme og spørge om man ville være med” (informant 7).

Patienterne er taknemmelige for at blive inddraget i aktiviteter, som beskrevet herover men de efterspørger, at personalet i endnu højere grad, er med til at facilitere samvær mellem ptt. i mere uforpligtigende aktiviteter. Da ptt. selv kan have svært ved at navigere i samspillet med andre og at rumme hinanden, opleves det som en støtte, hvis

personalet planlægger aktiviteter, der ikke kræver, at man behøves at interagere med hinanden, men blot kan være til stede i samværet. Dette kommer til udtryk i afslutningen af et interview, hvor en ung mand spørges til, om der er noget andet han ikke rigtigt synes er kommet frem. Han siger:

”Det er tit vi mødes sådan ude i ”rygeren” og så sidder vi der sådan tre og snakker og der tænker jeg, at nu ved jeg ikke hvorfor folk de er her, men det kunne være, at personalet kunne sætte en sjov film på kl. 19 efter aftensmaden og man ligesom kunne samles. På en eller anden måde, som gør at vi altså ikke behøves at sidde og snakke sammen, men bare kan være fælles i samme rum og ikke sidder herinde alene” (informant 5).

Det illustrerer meget fint, hvordan patienterne har et ønske om, at personalet fremmer muligheden for at indgå i et givende fællesskab med de andre medindlagte, men samtidig uden, at der kræves for meget af dem.

6.5.2 Den tryghedsskabende kontaktperson

Kontaktpersonen betydning defineres i data ved at udgøre en positiv og tryghedsskabende kontakt for patienterne. Der lægges vægt på, at der tildeles en daglig fast kontaktperson under indlæggelsen. Patienterne oplever, at denne person tager et særligt ansvar for dem og deres behov. Patienterne har i undersøgelsen givet udtryk for, at de som regel præsenteres for deres kontaktperson tidligt i indlæggelsen og kontaktpersonen kommer ofte til patienten ved vagtens begyndelse og hilser på patienten. Kontaktpersonen omtales hyppigt som ”daglig kontaktperson” og dette afspejler, at det ikke nødvendigvis er den samme hver dag. Patienterne giver udtryk for at de værdsætter denne mulighed for at kunne identificere deres kontaktperson og læse lidt om dem. Det udtrykkes således af en af patienterne:

”Her får vi en kontaktperson hver morgen, og hvis man er i tvivl, så kan man se det ude på tavlen hvem man har. De kommer så også ind og siger godmorgen, når de kommer. Det syntes jeg er fint” (informant 2).

Det er ikke alle, der har en oplevelse af, at der er en enkelt fast gennem hele forløbet oftest, er der flere. Som en af patienterne siger efter 3 dages indlæggelse som startede i PAM:

"Ja, altså nu har jeg jo rigtigt ikke mødt så mange af dem, og når jeg har haft en kontaktperson, så har jeg fået en ny dagen efter. Så det jo ikke sådan at man snakker vildt meget med dem" (Informant 7).

De fleste oplever dog at have en daglig kontaktperson, der hvor de er indlagt. I en del afsnit, er der en tavle på stuen, hvor kontaktpersonen skriver sit navn. Supplerende er der på alle afsnit en Safewardsinspireret oversigtstavle, som er placeret på gangen. På den er der billeder og til tider en kort præsentation af personalet. Safewards er en britisk model, der er skabt med henblik på at reducere konflikter på psykiatriske afdelinger. Den er udviklet på baggrund af 20 års international forskning og har dokumenteret effekt i konfliktsituationer. En af de ti interventioner er, "lær hinanden at kende" (Safewards, 2023).

Da patienternes psykiske og kognitive tilstand påvirker deres hukommelse, kan en del have svært ved at huske, hvem deres kontaktperson er. Ligeledes kan patienten ved indlæggelsen være påvirket af alkohol eller misbrug. I en sådan situation er det særligt vigtigt, at f.eks. skrive navn på tavle og gentage sin præsentation. En ung mand, der ved indlæggelsen havde haft et øget alkoholindtag over noget tid, beskriver, hvordan det har indflydelse på hans indlæggelse:

"Det er lidt uklart hvem der er min kontaktperson. Der står ikke nogen på min tavle. Det plejer at være den første der kommer ind og siger; "Jeg er din kontaktperson". Men det, hvis der er en ting jeg skal sætte på det, så er det de der tavler, dem synes jeg skal opdateres. Så jeg ved, der om morgenen, når jeg står op, hvem er det der er min kontaktperson, som jeg kan hive fat i. Fordi når man vågner, efter en afrusning og er sådan lidt rundt på gulvet, så er det lidt svært at finde ud af hvem det er.... Det skaber klarhed og hvis der står et navn, så kan jeg lige gå ud på gangen og så se på tavlen hvem det er" (informant 5).

Patienterne tillægger selv kontaktpersonen stor værdi, så derfor kan det også opleves som lidt "flovt" hvis ikke de kan huske deres navn, på den måde kan tavlen være med til at hjælpe hukommelsen lidt på vej.

En ældre patient fortæller:

*”Jeg synes det er den samme kontaktperson. Men det er flovt, jeg kan ikke huske hendes navn. Altså hun har navneskilt på og så har jeg sådan prøvet at se- men jeg vil jo ikke sådan stirre på hende (griner). Hun er utroligt sød. Hun kommer rendende med alt muligt, for at jeg skal have det godt ik? og spørger ind til om jeg har spist i dag og hun er hele tiden medfølelse”
(Informant 4).*

Relationen mellem patient og kontaktperson opleves således som betydningsfuld og derfor vil f.eks. den ældre patient herover, gerne kunne huske navnet på sin kontaktperson. Det medvirker til en balance i relationen. Når kontaktpersonen betyder så meget for patienten, så vil han også gerne vise, at hun er vigtig for ham.

At sætte navn på, gør den anden til en særlig person ikke bare hvem som helst. Den betydning der kommer til udtryk i citatet, tilsvarende udsagn fra andre patienter.

Samlet set, er det ”at være i gode hænder” kendetegnet ved at komme fra utryghed og kaos til en ”sikker havn”, hvor patienten føler sig velkommen og personalet drager øjeblikkelig omsorg for de basale behov og skaber den nødvendige ro til at komme sig, at blive behandlet som et menneske og mødt af kompetent personale. At blive støttet i at få kontakt med ligesindede medpatienter, som man kan spejle sig i og have samvær med. Kontaktpersonen kan medvirke til at fremme tryghedsfølelsen ved en positiv relation med patienten.

6.6 Tema 2: At blive observeret men ikke set

At blive observeret men ikke set, er karakteriseret ved at patienterne oplever at personalet er søde og rare og tager hånd om de basale behov samt udfører de påkrævede plejehandlinger som f.eks. medicinering og monitorering. Men samtidig har den oplevelse, at personalet sjældent opsøger dem og har tid til at være sammen og snakke. Der udtrykkes et savn i forhold til at opleve en autentisk interesse og nærvær for dem som person. Det kan give en oplevelse at blive observeret på en distanceret vis. Hvis pt. Ikke oplever at blive involveret og lyttet til i forbindelse med indlæggelse og behandling, så kan det give en følelse af meningsløshed. Det kan medføre en oplevelse af, at behandlingen allerede er defineret og at selve indlæggelsen ikke giver værdi.

Som en ung mand udtrykker det:

"Hvis jeg skal være ærlig, syntes at den her indlæggelse har været lidt spild af tid, på en eller anden måde. Fordi lægerne på afdelingen har valgt at de ikke ville ændre på noget, og det var min egen læge der skulle gøre det. Så jeg har egentlig bare ligget til observation, øhm, og jeg syntes egentligt ikke at jeg er blevet observeret særligt meget. Så det har været lidt spild af tid i mine øjne" (Informant 1).

Citatet viser at patienten både føler sig svigtet i forhold til ikke at være blevet involveret og lyttet til i.f.t. behandlingen, men også har en oplevelse af, at personalet ingen gang har observeret ham så meget, som han selv føler behov for.

Samme patient beskriver at der kun er meget få kontakter med personalet i løbet af et helt døgn, hvilket efterlader ham med en følelse af at være overladt til sig selv. Patienterne kan have en oplevelse af at blive fejlvurderet af personalet på nogle parametre. F.eks. er det at opholde sig i fællesarealer ikke nødvendigvis det samme som subjektivt at have det godt. Men patienterne oplever at personalet sætter lighedstegn mellem det og at have det godt og at være i fællesmiljøet. Generelt udtrykkes en oplevelse af, at der bliver taget godt imod patienterne, når de bliver akut indlagt. Patienterne giver dog udtryk for, at de savner mere tid sammen med personalet og samtaler på et dybere og individuelt niveau. Patienterne ønsker at blive spurgt "hvordan har du det" frem for at personalet konkluderer ud fra deres observationer af f.eks. adfærd. Samme unge patient siger det sådan her:

"Men altså de jo de jo søde og venlige, det jo ikke det. Jeg syntes bare ikke rigtigt at de har tilbudt den samtale de burde, eller spurgt ind hvis der er noget de har været i tvivl om. Det mere sådan noget, han sidder ude i stuen, så har han det jo selvfølgelig godt. I stedet for at spørge, hvordan har du det egentligt?" (Informant 1).

Citatet beskriver, at der opleves behov for at personalet selv tilbyder samtale og spørge uddybende ind fremfor at konkludere på baggrund af deres observationer. Det kan opleves som et svigt, hvis personalet ikke reagerer på at patienterne. f.eks. fortæller, at de har det skidt eller hvis samtalen kun forbliver på et overfladisk niveau. Det at føle sig overset af personalet og ladt alene med sit ubehag kan i værste fald føre til f.eks. selvskaade. Det beskrives at samvær med personale og samtale om tanker, kan være

forebyggende og fremme bedring. En yngre patient sætter ord på det i interviewet, hvor det udtrykkes sådan her:

"Jeg spurgte et par gange i løbet af vagten min kontaktperson, om vi ikke kunne prøve at kontakte en af lægerne, så jeg kunne få noget mere PN-medicin eller at vi kunne gøre et eller andet. Det hørte jeg aldrig tilbage fra. En gang senere i vagten, så kom han så ind til mig og spurgte, hvordan har du det så nu? Og jeg sagde at jeg virkelig ikke havde det godt, altså, at jeg virkelig godt kunne bruge noget hjælp. Og det blev sådan igen lidt, en kort samtale, hvor der ikke rigtigt kom noget ud af den. Det endte så med at jeg senere på aftenen stjal en blyantspids fra afdelingen, knuste den, og sådan set lavede det ar jeg har på halsen. Hvor jeg endte med at blive tvangsindlagt og tvangsoverflyttet til somatikken for at blive behandlet. Så det føler jeg godt kunne have været udgået" (Informant 1).

Citatet viser at patienten dels selv prøver at påberåbe sig hjælp og støtte, da han oplever at have det svært under indlæggelsen. Ligeledes er han åben for, at hjælpen kan være andet end bare PN-medicin. Han har selv en oplevelse af, at den alvorlige selvskade han senere udførte, kunne have været forebygget, hvis personalet havde reageret og været nærværende. Selvom mange patienter italesætter at opleve en distanceret observation, så er det er ikke alle, der har den oplevelse. Et eksempel på en patient, der faktisk er rigtig godt tilfreds og føler personalet er meget opmærksomme på ham og at han har en god relation med personalet, er en ældre patient. Han udtrykker følgende:

"Jamen det er en god oplevelse at få forståelse for de problemer man har. Altså fra personalets side. Det har virkelig været en god ting. De er kommet og har banket på og har spurgt til hvordan man havde det og jeg har været til møder med, ja to læger. En også i dag. Og de kunne begge to huske mig fra sidste gang også. Fantastisk" (Informant 4).

Det betyder noget at kunne mærke, at personalet selv tager kontakt og viser interesse for, hvordan man har det, det at lægerne kan huske vedkommende fra en tidligere indlæggelse bidrager med en følelse af at være set som individ.

Når den akutte psykiatriske patient indlægges, føler de sig ofte selv meget dårlige og sårbare. Samspillet med plejepersonalet er centralt for forløbet og det har stor betydning at f.eks. måden at kommunikere på tilpasses til den enkelte. Nogen kan selv føle behov for, at der sættes lidt klare rammer og tales mere kontant og opleve det som et "kærligt spark", mens andre kan opleve det som skæld ud og blive utilpas. Det kan

medføre en følelse af afvisning. En anden ældre patient udtrykker det således:

"Der er jo også nogen der skælder ud ik. Det var et personale. Der er nogen der er sådan lidt, sådan lidt stramme i betrækket. Ja, det synes jeg altså, når de kommer herind. Man kommer jo herind og har det dårligt. Men det kan jo godt være de andre ikke syntes det. Men det jo kun fordi, at jeg har det dårligt" (Informant 3).

Det ses af ovenstående, at udover at pt. føler sig afvist og skældt ud, så bliver hun også lidt selvhenførende og tænker "at det er nok også bare hende selv" fordi hun har det, som hun har det. Patienterne fremhæver, at de finder det vigtigt, at plejepersonalet under indlæggelsen tager udgangspunkt i den enkelte patient og dennes individuelle behov. Det kan være i forhold til et bredt spektrum af ting, lige fra et basalt behov for frit at kunne trække en kop kaffe eller ryge en cigaret og til at være opmærksom på, hvordan den enkelte patient foretrækker at kunne komme i kontakt med personalet. Når personalet ser den enkelte patient og tilrettelægger plejen med udgangspunkt i de individuelle ønsker og behov, så oplever patienten at blive set som noget unikt og at være mere end blot en patient. En patient i PAM fortæller i forbindelse med, at hun spørges til særlige behov og hvordan hun føler de kan imødekommes under indlæggelsen:

"Jeg vil bare gerne kunne komme ud at ryge. Ja sammen med min kaffe.... Du kan trække kaffe og kakao og så kan du gå ud ad dørene lige hernede, så det er meget, meget fornemt" (Informant 2).

Andre patienter fortæller at sådan noget som at kunne komme over at træne i fysioterapien, også om aftenen "efter lukketid", er med til at give en oplevelse af at der tages hensyn til ens personlige behov.

6.6.1 Personalet ikke opsøgende

Temaet "personalet ikke opsøgende", kommer i data til udtryk ved, at en stor del af patienterne beskriver, at personalet ikke opleves i særlig høj grad at opsøge patienterne i forhold til samtale og kontakt. Kontakten er oftest i forbindelse med en konkret handling. I hver fald sker det ikke i det omfang, som de kunne ønske sig og føler behov for. Enkelte patienter beskriver, at det ikke kun er fraværet af samtaler på et dybere

niveau, men også det, at nogen bare ser en og at der er en direkte kontakt til en i løbet af dagen. Dette kommer til udtryk i nedenstående, hvor en patient reflekterer over den indlæggelse han netop har haft:

"Jamen jeg syntes bare heller ikke, at de rigtigt har været sådan henne og snakke med mig når jeg har været på stuen. Der var en af dem der var inde og spørge hvordan det gik, og jeg sagde at det ikke gik særligt godt, og så var det egentlig det. Han tilbød ikke rigtig nogen samtale eller noget. Nej, han snakkede lige kort om noget andet også gik han igen" (Informant 1).

Den manglende kontakt med personalet efterlader et savn hos ptt. og en følelse af ensomhed. Patienterne vil gerne, at personalet tager kontakt og byder sig til i forhold til samtale. En del giver også udtryk for, at de har svært ved selv at tage denne kontakt til personalet. Patienterne beskriver, at de opfatter tidspres som en afgørende faktor. Personalet opleves som fortravlet. Det kommer til udtryk i patientudsagn som f.eks. citeret herunder. I det første fortæller den ældre patient som er indlagt og har givet udtryk for, at hun føler sig meget ensom:

"Ja, nogle af dem sætter sig ned og taler. Det er ikke dem alle sammen. Langt fra. Tjah, de har ikke så megen tid, tror jeg" (Informant 3).

Patienten giver i øvrigt i interviewet udtryk for, at den eneste der rigtigt taler med hende og som giver lidt nærvær, er en sød og rar elev. Samtidig udtrykkes det, at det jo kun er en elev og denne også lige skal lære det. Det kan opfattes som, at hun ønsker, at de erfarne og kompetente sygeplejersker også tog sig tid til at være sammen med hende. En anden patient som er indlagt i PAM beskriver, hvordan han oplever, at personalet har travlt der. Han har oplevelsen af, at de er underbemandet og at det kan være svært at få en samtale med lægen og personalet som sådan. Han oplever, at det forværrer hans tilstand og gør det svært at planlægge fremtiden. Han fortæller, at på tidspunktet for interviewet, som foregår sen eftermiddag, har han ventet hele dagen på en samtale med lægen, som han her på 2. dagen af sin indlæggelse endnu ikke har talt med:

"Jeg har endnu ikke talt med en læge, det er det eneste, men jeg ved også godt at læger, har måske lidt travlt her. Men jeg har jo nogen ting, jeg har en lille kat derhjemme og jeg skal vide om jeg kan komme hjem til ham i dag eller om jeg skal have en til at passe den endnu en dag og stuegang der har jeg ventet siden kl.11 i dag. Jeg har tre ting som jeg gerne ville snakke

om. Jeg sidder her og har fokus på fremtiden og planlægning og alt muligt og det er egentlig ikke det jeg burde have fokus på lige nu. Hvis lægen kom, ville det give mig noget afklaring, så jeg kan slappe af" (informant 5).

I citatet kommer det til udtryk, at det kan medføre en følelse af rastløshed og uafklarethed for patienten, som i forlængelse af ovenstående citat også giver udtryk for, at han kan have svært ved at skelne abstinensuro fra den uro, som det at vente på lægen medfører. Samtidig beskrives, at det tager fokus fra det pt. egentlig burde have fokus på, nemlig at slappe af og at komme sig. Flere patientudsagn understøtter denne oplevelse af, at lægerne kun lige har tid til det mest akutte i afsnittet, og derfor ikke tid til at tale om de ting, der også opleves som vigtige for patienten selv. En anden siger:

"Altså, man kan snakke om at der er en personlig og strukturel ting i det, fordi der jo mangler flere læger i afdelingerne. Hvis der var nogle flere læger, der kunne tage bare lidt mere end det akutte, eller det voldsomt akutte, så havde det måske været nemmere. Men det er igen det her med samtalen, at man ikke føler sig hørt i samtalen og man ikke føler sig ligeværdig" (Informant 1).

Det fremkommer af data, at når patienterne har en oplevelse af, at personalet er under tidspres, så medfører det hyppigt en reaktion, hvor patienten trækker sig. De er meget opmærksomme på, ikke at belaste personalet, som de oplever har rigeligt at se til. Det udtrykkes f.eks. med udsagn om, at de ikke ønsker at være til byrde eller være en belastning. En midaldrende kvinde i PAM siger således:

"Fordi de har for travlt. De har rigeligt at se til. Jeg har det nok for godt til at, altså jeg er kan godt vente..... Jamen det er måske, også øhh inderst inde har jeg måske også det behov, ligesom alle andre, men er måske ikke lige så krævende" (Informant 2).

Det kan opfattes som en hensynsfuldhed i forhold til personalet, at patienterne holder sig tilbage og således ikke udtrykker deres behov eller udsætter det til et senere tidspunkt, hvor personalet måske har bedre tid. Dette kan let udgøre en negativ spiral, hvor personalet grundet bl.a. travlhed ikke opsøger patienterne tilstrækkeligt til at afdække deres behov og patienterne samtidig selv, af hensynsfuldhed, er tilbageholdende i forhold til at gøre opmærksom herpå.

6.6.2 Klinisk fokus dominerer

At klinisk fokus dominerer, opleves for patienterne ved, at deres indlæggelse og behandling er præget af et klinisk fokus og at den personlige recoveryorienterede samtale sjældent kommer i spil. Behandling er for de fleste associeret med en aktiv handling, fra personalets side, hvor man får noget medicin, får taget en blodprøve eller målt nogen værdier. Der tegnes et billede af at indlæggelserne er centreret omkring disse fastlagte plejeopgaver og standardiserede behandlingsformer som f.eks. et afrusningsregime. Den medicinske behandling fylder meget under en indlæggelse, når man spørger patienterne til hvilken behandling de får, så er det oftest medicinen der henvises til. Patienterne giver også selv udtryk for at have stor tillid til, at medicinen, er det, der skal til for at kunne få det bedre. Der er knyttet mange forhåbninger til, at lægen kan finde frem til den medicin, der kan hjælpe. En Patient på PAM udtrykker sine forhåbninger om en pille, der kan hjælpe ham på denne måde;

"Mine håb og drømme er at få det bedre. Jeg håber virkelig, at personalet de kan give mig den rigtigste pille, der virker, jeg håber det virkelig. Jeg vil også selv gøre noget til det. Hvis de kan ramme min, den der pille, der siger av, der var tråden, så tror jeg at så vil jeg give endnu mere. Og jeg har været en gang nede i hullet og jeg kommer opad igen, stille og roligt. Jeg har viljen til det" (Informant 6).

Ligeledes nærer patienterne stor tillid til, at lægerne er specialister, som kan finde frem til den rigtige medicinske behandling. Patienterne selv Indtager dermed en mere passiv rolle og ser deres opgave som at tage medicinen og rapportere, hvis de oplever ubehag. Dette udtrykker en ældre patient på denne vis:

"Jeg lider af kvalme og det har altså allerede hjulpet med de piller, og de vil lave endnu mere om på medicinen, fik jeg at vide i dag. Jeg synes det er helt i orden. Jeg har sådan en tiltro til dem. Så jeg lægger det meget over på deres hænder, fordi som jeg siger til dem, "det er jer der er specialisterne" og hvis jeg får det dårligt over en ny behandling, så skal jeg nok sige til" (Informant 4).

Ovenstående syn på medicin og ekspertise ses også ved yngre patienter og både ved "erfarne" såvel som "nye" patienter. Derfor er det umiddelbart ikke knyttet til en særlig aldersgruppe eller nødvendigvis tilegnet gennem længerevarende kontakt med psykiatrien. Når patienterne udtaler sig, om hvordan deres kontakt med plejepersonalet

opleves, så beskrives det hyppigst at de er omsorgsfulde. De hjælper patienterne med at få de ting de har behov for f.eks. håndklæder, mad, vise hvordan fjernsynet virker osv. Altså de basale behov, som beskrevet under temaet, at være i gode hænder. Herudover beskrives plejepersonalet fortrinsvis med et plejefokus på at observere, måle værdier, blodprøver med videre.

”De kommer for det meste ind hvis der er et eller andet, sådan hvis der er morgenmad, eller hvis der er medicin eller kommer ind for at sige det her med interviewet, men ellers er der sådan ikke rigtigt så meget. Det syntes jeg alligevel at de var bedre til over i PAM, hvor de kom ind for at være sådan: Hvordan har du det i dag og satte sig ned og snakkede. Det gør de ikke så meget af her” (Informant 7).

Udover at underbygge, hvordan personalet som oftest henvender sig relateret til en plejeopgave eller handling, så udtrykkes også, at det ikke altid er sådan. Der er nogle personer og nogle afsnit, hvor det kan opleves, at personalet tilbyder mere kontakt. Det kliniske fokus underbygges ved, at det beskrives, at lægerne sjældent spørger ind til recoveryorienterede emner som håb og drømme, men i lægesamtaler har fokus rettet mod de mere kliniske parametre. Det kan f.eks. være søvn, ernæring, medicin, bivirkninger m.v. En yngre patient sætter ord på dette på denne måde:

”Hvis man tager udgangspunkt i lægerne, så det meget sjældent at de faktisk spørger ind til håb og drømme under indlæggelsessamtaler, eller hvad de ellers laver af lægesamtaler under hele forløbet. Det er ikke særlig tit, at de spørger ind til det. Og så ved jeg ikke, under den her indlæggelse er jeg faktisk ikke blevet spurgt ind til det overhovedet, men det kan jo også være fordi jeg har været på afdelingen før, så de måske ved det” (Informant 1).

Som det udtrykkes her, er det altså ikke afgrænset til lægerne alene. Det er mere generelt, at det opleves at personalet kun begrænset spørger ind til håb og drømme. Samme patient fortæller hvordan, han tænker det ville være, hvis personalet spurgte hertil:

”Det er ofte når man sidder i samtalerne, at det er meget klinisk og ikke så personligt. Hvis man spurgte lidt ind til håb og drømme, og hvad man gerne vil, så ville det nok gøre en forskel for tillidsopbygningen.... Altså der er ikke rigtigt nogen der spørger ind til det” (Informant 1).

I forhold til hvad der tales med personalet om, udtrykker en anden yngre patient at hun ikke oplever, at der er så mange, der spørger til hende på den måde, men når det sker, så omhandler samtalerne meget det behandlingsmæssige og helt konkrete planer, Hun udtrykker det på denne måde:

”Det er mest, bare sådan hvad behandlingsmulighederne kommer til at være sådan fremadrettet. Jeg kommer til at skulle gå op i dosis på medicin og hvad vi ligesom kan gøre for, at jeg får det bedre og hvad vi skal gøre sådan for at jeg kan udskrives og hvad planerne er for behandling bagefter og det” (informant 7).

I mange tilfælde giver pt. udtryk for, at de gerne selv vil tale om deres tanker, følelser, fremtiden med videre. På samme vis udtrykkes det også, at andre behandlingsformer af mere miljøterapeutisk karakter opleves positivt. Det at blive tilbudt andre former for behandling under indlæggelsen, som at træne, male eller gå en tur tillægges stor værdi og patienterne oplever det som terapeutisk og gavnligt for tilstanden. Flere af patienterne fortæller også, at de hjemme anvender andre metoder til at takle deres symptomer. Om andre behandlingsmetoder, som en ældre patient har modtaget under sin indlæggelse fortælles nedenstående:

”Jeg kan godt lide samtalerne, det kan jeg godt. Og så har jeg meldt mig til gymnastik herovre ved fyssen og sidste gang jeg var her, der gik jeg til maling. Billeder. Det kunne jeg godt lide, Jeg har billedet derhjemme i stuen endnu” (informant 4).

Man får her indtryk af at samtaler og aktiviteter også bidrager til oplevelse af bedring. Det at have malet et billede under sin indlæggelse er noget, der får en særlig betydning og som pt. er glad for at have derhjemme endnu.

Det kliniske fokus afspejles også til dels i indretningen af hospitalet hvor Ptt. overvejende beskriver miljøet på afsnittene som upersonligt, klinisk og institutionsagtigt. Det beskrives dog, at fællesområderne generelt er lidt mere hyggelige end selve stuen, fordi der f.eks. er julepynt (i den periode studiet blev gennemført). Det er særligt patientstuerne, som opleves lidt kolde, rå og upersonlige. De nøgne vægge, solide møbler, ting der er boltet fast, giver for nogen næsten associationer til et ”fængsel”.

En patient i PAM sætter disse ord på indretningen:

”Indretningen den er rå. Det tror jeg også, sådan skal den være. Det er derfor tingene skal være så tykke alle sammen. Nogen ville måske ødelægge det hele. Så det er derfor de laver det sådan. sengen er også boltet fast så vidt jeg kan se, ned til gulvet. Så der er lidt barskt, fængsels..... Nej ikke fængsel- men sådan, der er sådan et slags bur for der ved vinduet” (Informant 6).

Det betyder generelt noget for patienterne, at omgivelserne opleves som rare og trygge at opholde sig i, samt at der er noget at fokusere på, noget der kan aflede fra tanker og ubehag. Det beskrives, at det ville være fremmende for tilstanden hvis indretningen kan medføre lidt afledning. En patient der er indlagt på et helt nyrenoveret afsnit, fortæller om der, hvor han er indlagt:

”Stuerne er meget sådan øhhh, ja hvad kan man sige, sådan institutionsagtigt ik? Men ude på gangene, super flotte omgivelser. Så det er dejligt at være derude, det er også derfor jeg prioriterer lidt at være derude. For når lyset slukkes herinde, så er et bare et helt mørkt lokale og så er det man er fanget oppe i hovedet” (informant 5).

Samtidig udtrykker patienterne forståelse for, at indretningen er, som den er, ud fra nogle sikkerhedsmæssige hensyn. Der er generelt forståelse for, at personalet skal risikovurdere i forbindelse med at pt. Indlægges både i forhold til at spørge til, hvad der kan trigge patienten (forhåndstilkendegivelser), indretning, selvmordsrisiko med videre. Safewards tiltag som f.eks. træer på væggen med ” take home messages”, som blade, fremhæves som et tiltag i miljøet, der fremmer oplevelsen af velvære og tilføjer noget personligt samt giver håb. På samme måde beskrives billeder af personalet på gangen som meget værdiskabende.

”Omgivelserne, tjah, jeg syntes her er hyggeligt. Eller så hyggeligt, som der nu kan være, med sådan... De der træer der er lavet med patienter, der er taget hjem og sådan noget”.... på PAM, der måtte man godt tage en af patienthilsnerne fra træet med, hvis man syntes at der var en der var god. Men jeg syntes ikke, at man skulle tage dem. Jeg syntes egentligt at de bare skulle blive hængende. Men de gode hilsner handlede egentligt om det med at tingene bliver bedre” (Informant 7).

Det ses her, hvordan en relativt enkel ting kan være med til at gøre omgivelserne mere patientvenlige og fremme optimisme og håb. Der kommer også forslag fra patienterne

i forhold til, hvad der kunne gøre patientstuen mere tryk og rar samt medvirke til afledning fra svære tanker. Her nævnes bl.a. billeder på væggen, fjernsyn, radio, noget sanseligt som lys, naturmusik m.v.

Samlet set, omhandler "at blive observeret men ikke set", patientens oplevelse under indlæggelse af at personalet i overvejende grad observerer fra en distance. Meget af kontakten med personalet er centreret omkring konkrete plejehandlinger, informationer og monitorering. Det medvirker til en grundlæggende følelse af, at der bliver taget vare på ens umiddelbare behov. Men efterlader hos en stor del af patienterne et ønske om at blive set som et individ og snakke dybere og være sammen med personalet. Behandlingen har i overvejende grad et klinisk fokus. Omgivelserne i afsnittet beskrives i flere tilfælde som klinisk og mindre imødekommende. Dertil opleves personalet som fortravlede, og som respons herpå ses det at ptt. trækker sig og søger at vise hensyn og dermed ikke udtrykker tanker og behov til personalet.

6.7 Tema 3: At have et godt men tilfældigt møde

Det gode men tilfældige møde kommer i undersøgelsen til udtryk ved, at flere af patienterne beskriver nogle stærke og betydningsfulde møder med personalet, hvor der sker noget særligt og det tillægges en særlig mening. Det beskrives samtidigt, at dette ikke er en del af den planlagte sygepleje, men som regel opstår mere spontant og tilfældigt. Disse situationer er kendetegnet ved, at der opstår en særlig kontakt med et personalemedlem og ved at personalet "giver noget ekstra af sig selv".

Patienterne beskriver, at der opstår en følelse af ligeværdighed og autentisk nærvær, hvor patienten fornemmer en oprigtigt omsorg og empati fra medarbejderens side.

Sådanne møder beskrives i data, som meget skelsættende for den enkelte og bliver beskrevet som noget de husker og værdsætter, som betydningsfuldt og styrkende i forhold til deres recovery. En yngre mand der er indlagt i PAM beskriver et sådant møde:

" Første gang jeg var her, var der en der satte sig ned og fortalte, at hun havde haft de samme problematikker som jeg havde. Det var faktisk en, som jeg så i fællesskabet som jeg går i, som er AA. Hun satte sig ned og så fortalte hun mig, at hun var meget bekymret for mig og øhh hvis jeg ikke stoppede så.... i den periode der havde jeg 14 dage til jeg skulle i døgnbehandling. Hun sagde, at hvis jeg drikker i de her 14 dage, så kommer

*jeg ikke af sted. Og så sagde hun, med meget omsorg, at det var rigtig vigtigt, at jeg holdt den, fordi det kunne ende helt galt. Alene det at hun åbnede lidt op og fortalte lidt omkring sig selv, det synes jeg virkelig var meget omsorgsfuldt og det blev jeg rigtig glad for.....at man giver lidt af sig selv. Selvfølgelig behøves man ikke at fortælle grunden til at man har haft det liv, men bare det at man at man giver en lille smule af sig selv, at de også er mennesker, at det ikke bare er hvide kitler der render rundt på gangene. Det betyder meget. Det er omsorg og en form for omsorg som jeg måske ikke lige får i min hverdag, fordi, at jeg er meget ensom ”
(Informant 5).*

Denne samtale har en skelsættende karakter og det er tydeligt, at patienten føler sig mødt og set og opfatter det som en meget omsorgsfuld handling. Der er en taknemmelighed og samtalen sætter noget følelsesmæssigt og en refleksion i gang hos patienten. Det er også tydeligt, at der udleveres noget personligt fra medarbejderen, noget der rækker ud over, hvad man kan forvente i relationen. I patientrelationen skabes der en ligeværdig samtale, der tales i øjenhøjde, menneske til menneske. Det er desuden kendetegnende, at der i sådanne situationer opstår en særlig samklang mellem patient og personale. I sådanne situationer evner personalet også nogle gange at forstå det usagte og sætte ord på noget pt. Ikke selv kan beskrive.

En ældre patient beskriver i et interview, hvordan han ville skåne personalet og derfor siger at han vil tage hjem på orlov i julen, selvom han egentlig ikke rigtig har lyst til det. I en samtale med lægen spørger denne til, hvad han så skal juleaften. Da han fortæller han skal være alene, siger hun så skal han da blive der på sygehuset:

”I dag der snakkede jeg om at jeg gerne ville hjem til jul. Så siger lægen; Skal du være alene”? Ja, svarer jeg, Så skal du ikke hjem siger hun. Det var meget omsorgsfuldt og menneskeligt (får tårer i øjnene) så jeg bliver.... Det var både for at spare dem for arbejdskraften og så for at øhh, det plejer jeg – altså jeg plejer at sidde alene derhjemme” (Informant 4).

I det ovenstående var patienten berørt af at personalet kunne ”gennemskue ham” og se at det rigtigste var at blive der. Det gav ham en følelse af at have et tilhørsforhold, af at betyde noget og en oplevelse af ægte omsorg.

Den gode kontakt med personalet, hvor det opleves som et særligt møde, beskrives som meget afhængigt af den enkeltes personlighed, om de virker nærværende og måske også deres personlige baggrund. Patienterne afkoder meget hurtigt personalet i forhold

til, om det er en man kan snakke med og har lyst til at åbne sig op for. En patient beskriver, hvordan han har lært at se om personalet oprigtigt vil ham:

”Det er individuelt i forhold til hvem der kommer på arbejde og alle har jo deres egne problemer og rygsække. Det kommer an på, altså jeg analyserer meget de mennesker der kommer, i forhold til hvordan de kommer ind ad døren. Det kommer også an på hvilken ansigtsmimik man har når man spørger, jeg kan hurtigt læse, om det er noget de er nødt til at gøre eller om de egentlig har en reel interesse i at spørge mig til hvordan jeg har det” (Informant 5).

Patienterne i undersøgelsen beskriver, at en god samtale er karakteriseret ved at personalet er nærværende og lytter til pt. og at den er kendetegnet ved en ligeværdig relation mellem parterne. Det fremhæves at empati og vilje til at forsøge at sætte sig ind i pt. situation og tanker, fremmer en god relation og samtale. Det er gennemgående i studiet, at patienterne udtrykker, at de i meget høj grad savner at have mere kontakt og dybere samtaler med personalet. Samtalerne kan være med til at fremme forståelsen af situationen og sygdommen og skabe mulighed for at udvikle sig og håndtere symptomerne anderledes. En yngre patient reflekterer herunder over, hvad der gør et personalemedlem til ”en særlig anden”:

”Hende åbner jeg mig mere op over for. Fordi hun spørger lidt mere og viser interesse, og hun prøver at sætte sig lidt ind i mit sted. Så hende har jeg fortalt nogle ting, som faktisk ikke rigtigt står i min journal, som jeg faktisk aldrig rigtig har fortalt til nogen. Noget jeg godt kan lide ved hende, er at vi kan snakke om alt. Hvis jeg har det dårligt, så kan vi snakke om det og om mine symptomer. Jeg kan få en anden persons perspektiv på mine symptomer. Det syntes jeg er meget hjælpefuldt. Men vi kan også bare snakke om hvem der vandt, da vi spillede badminton eller ja, hvad end det skulle være. Så det hele behøver ikke at være, klinisk baseret eller symptombehandlende, det kan også bare være håb og drømme. Altså bare at man føler sig hørt” (Informant 1).

Det gode, men tilfældige, møde rummer betydningen af, at der opstår en særlig relation med plejepersonalet, som skaber mulighed for en dybere samtale. Det er kendetegnet ved, at personalet er nærværende, empatisk, autentisk tilstede og med oprigtig interesse for patienten. At personalet ikke er bange for at bruge sig selv i arbejdet. Det medfører at patienterne føler en ægte omsorg, der gør det muligt at åbne sig og samtidig medvirker det til selvreflektion og potentielt personlig recovery. Disse møder beskrives

som relativt sjældne og opstår lidt tilfældigt, når en ansat tager sig tid hertil og er ikke en del af en planlagt sygeplejefaglig handling.

6.8 Tema 4: At genvinde livsrum

Temaet at genvinde livsrum, afspejler det patienterne har udtrykt i forhold til at opnå et meningsfuldt liv igen. Det rummer deres ønsker og håb for fremtiden. Det beskrives gennemgående som et ønske om at genvinde sit liv og færdigheder som tidligere. Det udtrykkes oftest som et ønske om at blive "normal" igen eller at kunne de samme ting som tidligere. Det kan både være knyttet til at genoprette relationer til værdifulde andre, aktiviteter, studie eller arbejdslivet. I undersøgelsen beskriver størstedelen af patienterne i en eller anden grad af brudte relationer i forhold til familie og andre nære relationer, som en følge til deres sygdom. Tab af relationer er ofte forbundet med ensomhed og længsel efter at få kontakt igen. En patient udtrykker sin ønsker og håb til fremtiden herunder:

"Jeg har det bare også lidt sådan, at selvom jeg ikke har troen på mig selv, så har jeg alligevel nogen forventninger til hvad jeg godt kan. Jeg vil jo bare gerne være normal igen, sådan som jeg var for fem år siden og være på arbejdsmarkedet igen ik? Selvfølgelig havde jeg mine affekter eller hvad man siger, men jeg kunne passe et arbejde og jeg havde jo min søn på det tidspunkt. Jeg er begyndt at få kontakten tilbage, men så er der også bare en mor, som modarbejder det rigtig meget fordi jeg ligesom tog den vej, da vi gik fra hinanden" (Informant 5).

Familien beskrives som en stor støtte for patienterne i de situationer, hvor der er intakte relationer. Dette medvirker til at skabe tryghed og udgør en vigtig ressource i hverdagen. For enkelte opstår der en reel ensomhed, hvor den daglige støtte og kontakt fortrinsvis eksisterer i form af et professionelt netværk og evt. arbejdsrelationer.

Der ses en bekymring for at komme til at belaste sit netværk med alle de problemer den enkelte oplever at have. Det kan være svært at finde ud af hvem man kan involvere og hvor meget man kan involvere sit netværk uden at risikere at bebyrde dem. Det er en reel bekymring.

En patient der er indlagt på PAM, nævner nogle bekymringer i forhold til at inddrage nogle gode venner, da de også selv har udfordringer i deres liv:

"Jeg har en masse kammerater, der gerne vil inddrages, men jeg tror ikke rigtig de forstår hvad det er at være pårørende, i det omfang det kan være ik? Hvis man åbner op for galdeposen, sådan helt, så kan det også godt være det er lidt for voldsomt ik?" (Informant 5).

Herved udtrykkes bekymringen for at belaste de eksisterende relationer, da det vil kunne medføre at de også trækker sig. Udtrykket "at lukke op for galdeposen" kan ses som en modsætning til at lukke op for "godteposen" og måske samtidigt ordsproget at lukke galde ud, lade sin galde flyde, som kan forstås som at lade alt det dårlige komme ud. Med denne neologisme gives en rammende beskrivelse af frygten for hvordan andre vil reagere herpå og for at miste relationer. Samme pt. har en meget belastet barndom bag sig med en misbrugende mor, der ikke kan støtte ham.

Det ses i undersøgelsen, at der kan være en forskel på brudte relationer i forhold til alder og tidspunkt for sygdomsdebut. De patienter der, i studiet ikke beskriver brudte relationer, er typisk yngre patienter eller dem, som har haft en sen debut af psykiatriske symptomer. Således har kun en mindre del af patienterne fortsat intakte relationer i hverdagen. I studiet gives der overvejende udtryk for, at patienterne ønsker at personalet inddrager de pårørende i behandlingen. De oplever også selv at de pårørende har brug for kontakt med personalet, for at kunne forstå symptomer og være en støtte i forløbet. Personalet har i flere situationer også vist denne opmærksomhed på de pårørende. F.eks. ved at kontakte de pårørende eller som ved en ung førstegangsindlagt, ved at give mulighed for at familien kan være sammen med patienten under indlæggelsen. Selvom der gives plads til pårørende, så beskrives det også, at personalet ikke altid informerer så meget som det kunne ønskes, en patient fortæller:

"Min mor har snakket meget om, at hun faktisk er overrasket over hvor lidt personalet snakker til hende. Når hun for eksempel kommer og besøger mig, bliver døren åbnet og de siger hej. Hun har besøgt mig et par gange, så de ved jo hvem hun skal besøge, og så siger de bare, han er på værelset eller han sidder i opholdsrummet og det er det. Man kan sige på mor søn planet, har hun jo altid mulighed for at spørge mig så meget hun vil, og der syntes jeg at jeg er forholdsvis god til at informere. Men på plejepersonale/ pårørende planet, syntes jeg godt de kunne sige at han har haft en slem

dag eller han er glad i dag, eller et eller andet. Det bliver der ikke gjort. Hvis jeg skal fortolke på det min mor, har sagt, kunne hun godt have brug for muligheden for at snakke med personalet om hvordan det også påvirker hende" (Informant 1).

Her får man indtryk af at det kan være en støtte for patienten, at personalet også har en kontakt til den pårørende, så det ikke kun skal påhvile ham at informere, og fordi moren måske også kan støtte patienten bedre, hvis hun også selv får støtte.

I data gives der udtryk for, at den personlige recovery kan opleves som et ansvar, der påhviler på den enkelte patient og som personalet ikke er helt så opmærksomme på deres rolle i forhold til. Det kan opleves som, at patienterne bare skal lære sig selv og deres grænser at kende og finde sin personlige vej. En yngre mand udtrykker følelsen af at stå alene på rejsen til personlig recovery sådan her:

"Jeg syntes nogle gange at det bliver bagatelliseret lidt at klare sig, fordi, at det er en kamp jeg skal have inden i mig selv, og jeg skal lære mig selv bedre at kende, og det bliver nogle gange bagatelliseret lidt. "Du skal jo bare lige lære dig selv lidt bedre at kende, og du skal bare lige lære dine egne grænser" (Informant 1).

Her beskrives, hvordan det kan opleves, at ansvaret for personlig recovery lægges på den enkelte. Der gives klart udtryk for, at der ønskes hjælp og støtte til den proces fra personalet og omgivelserne. Personalet kan under den akutte indlæggelse være med til at stabilisere patienten og fremme selvtilliden i forhold til den enkeltes evner. Dette gøres blandt ved at give en personcentreret pleje med udgangspunkt i den enkeltes behov kombineret med den relation som beskrives i "det gode men tilfældige møde". Når det lykkes, kan det give en følelse at vokse eller få tilført energi som patienten herunder beskriver det:

"Men så kommer jeg herop og får lige et lille boost og selvværd. Det er jo også det der gør, at når jeg så skal hjem, på et tidspunkt, at jeg så ikke tænker at nu ryger jeg bare direkte tilbage og begynder at drikke hjernen ud, men at jeg faktisk tænker: Hey, der er nogen der ser nogen muligheder i mig og jeg har noget at kæmpe for" (Informant 5).

I forhold til at spørge ind til patienternes ønsker og håb til fremtiden, gives der udtryk for, at personalet ofte ikke direkte beskriver eller italesætter dette under det akutte forløb af indlæggelsen. Det fremgår af data, at patienterne gerne vil spørges hertil og

tale om det. I en af de situationer, hvor der er blevet talt med en patient om det udtrykkes følgende:

”Det er rigtig rart at personalet spørger ind til mine håb og drømme. Det kan jeg godt lide. Det hjælper mig til ligesom at få lidt orden heroppe (peger på hovedet) så ikke det er så kaotisk” (Informant 4).

I studiet kommer det til udtryk, at personalet ikke tydeligt italesætter at de har tillid til at patienterne selv kan håndtere deres symptomer. En patient beskriver at fraværet af ord eller handlinger, måske kan tolkes som at personalet har tiltro:

”Ja, det er jo meget den klassiske med at man bliver ladet alene i sit eget selskab eller i fællesarealerne og så får man at vide, at man skal tage kontakt hvis det bliver værre. Så i den forstand er der jo en tiltro til, at man mener, at jeg selv kan håndtere symptomer eller at jeg er i stand til at søge hjælp, hvis jeg ikke kan håndtere det.... Personligt er jeg ikke selv så god til at tage kontakten” (Informant 1).

Altså, hvis personalet ikke direkte giver udtryk for at de har manglende tiltro i forhold til at patienterne kan klare sig eller opnå det de drømmer om, så må det jo være udtryk på at de stiltiende bekræfter at det er muligt. Personalet kan ved at adressere emnet explicit i deres relation til patienten, være med til at understøtte troen på at mål og drømme kan nås og er værd at kæmpe for samt at den enkelte har værdi.

En del af patienterne beskriver metoder, som de er kommet frem til og som støtter dem i at mestre deres liv med symptomer. Det kan være selvudviklingsbøger, meditation, at være i naturen, forbundethed med andre i fællesskaber, motion m.v. En patient fortæller f.eks. at han både derhjemme og under indlæggelsen har fundet en metode der støtter ham:

”Jeg hører lydbog og laver meditation, når jeg har ressourcerne til det ik? Men når jeg drikker, så gør jeg ikke- men ellers så hører jeg rigtig meget meditation og hører Eckhart Tolle på repetition. For det giver mig et eller andet, ja, meta kognitiv terapi, det er jo også det der tager lidt udgangspunkt i hvad Eckhart Tolle han siger. Det her med at være observant i forhold til ens tanker og følelser i stedet for at rende rundt og handle impulsivt og det er jo det, som jeg ikke kan finde ud af, fordi jeg, ja altså det kan jeg nogle gange når jeg har ressourcerne til det” (Informant 5).

Det viser at patienterne selv finder veje, til hvad der kan lede til recovery, men samtidig

har behov for, at personalet også understøtter denne proces. Det beskrives også, at det kan være svært at holde fast i gode tiltag, når patienterne kommer hjem i vante omgivelser. Her er der ikke altid så meget støtte og patienten skal selv håndtere alt fra basale behov, til selvudvikling m.v.

Det ses af data at udskrivelsen ofte er forbundet med utryghed og en følelse af ikke at være klar til at komme hjem. Der beskrives en subjektiv oplevelse af at kende sig selv og sin krop og kunne mærke, hvornår man er klar til udskrivelse. Denne oplevelse harmonerer ikke altid med, hvordan personalet vurderer ptt. tilstand. Personalet kan beskrive bedre værdier og stabilitet på det objektive og kliniske plan- men patienten føler uro, bekymring og ustabilitet. Som det fremgår herunder fra en patient i PAM der har været indlagt til afrusning:

”Jeg kan eventuelt få en hjemmehjælper, der kommer hjem og skal sørge for at de piller jeg skal have, men jeg er stadig lidt omtåget og har ikke rigtig balancen og jeg er skidebange for at komme hjem..... Altså jeg tror at jeg har behov for en overnatning til. Jeg kender mig selv og min krop og det plejer at tage to-tre dage. Selvom de siger at mit blodtryk og det de har målt, ser ok ud, har jeg stadig indvendige rystelser og føler mig ikke i stabil balance. Jeg er bange, meget bange” (Informant 2).

En del patienter har haft tilknytning til psykiatrien gennem længere tid og følges også ambulant, når de ikke er indlagt. Denne gruppe beskriver, at der kan mangle koordinering af forløbet på tværs og at beslutninger om f.eks. medicinsk behandling udsættes til efter udskrivelsen med henvisning til at ” den faste læge i distriktet” må tage stilling til det. Pt. Oplever ikke dette som optimalt for deres sygdomsforløb.

”Jeg vil argumentere for, at udskrivelsen også har været for tidlig. Øh, for det første, fordi jeg har det ikke bedre. Så syntes jeg bare altid, på et eller andet punkt, at jeg ender med at blive skuffet når jeg kommer ud. Enten er det for tidligt ellers siger de at de ikke vil gøre noget og overlader det til distriktet” (Informant 1).

Begge de ovenstående citater viser, at patienterne ofte ikke føler sig klar til udskrivelsen. De er usikre på, om de er gode nok til at kunne klare sig derhjemme endnu eller føler sig ikke tilstrækkeligt afklaret til overgangen til ambulant behandling. Her kan koordinering mellem sengeafsnit og ambulant regi se ud til at spille en rolle. Grundlæggende ses det i forhold til ”at genvinde livsrum” at patienterne i høj grad har

et ønske om at komme sig, Dette udtrykkes som at blive "normal" igen, at ville kunne det samme som før i forhold til f.eks. sociale aktiviteter samt at genetablere relationer, der ofte er gået til i sygdomsforløbet. Under indlæggelsen opleves det, at personalet ikke i tilstrækkelig grad har øje for den personlige recovery og at det kan give en følelse af at stå alene på rejsen mod at komme sig. Samtidig ses det, at når personalet har opmærksomhed herpå, inddrager patientens egne ressourcer, taler om drømme og fremmer håbet, kan det styrke patienten. På den måde kan det fremme patientens empowerment og vilje til at komme sig og kæmpe for at genvinde livsrum.

7. Kritisk fortolkning og diskussion

I det følgende diskuteres de identificerede temaer, vedrørende psykiatriske patienters oplevelse af, at personlig recovery, integreres i den akutte indlæggelse og i samarbejdet med sundhedsprofessionelle. Undersøgelsen har ledt frem til temaerne: *at være i trygge hænder, at blive observeret men ikke set, at have et godt men tilfældigt møde samt at genvinde livsrum.*

De mest centrale fund fra hvert tema vil blive diskuteret. Der inddrages i det følgende relevant teori i form af bl.a. The Tidal model, CHIME og Topor - særligt viden om micro affirmations betydning i forhold til håb. Desuden forskningsresultater, tidligere præsenteret i specialets baggrundsafsnit. Ligeledes anvendes sygeplejerteoretiker Hildegard Peplau som en sekundær reference i forhold til relationen mellem sygeplejerske og patient. De mest sandsynlige tolkninger og betydninger sættes i relation til den sygeplejefaglige kontekst med henblik på at udfolde, hvordan patienterne oplever recovery, er integreret i den akutte del af deres indlæggelse samt identificere, hvad der kan henholdsvis hæmme eller fremme recovery. Formålet hermed er at fremlægge, hvordan sygeplejersker bedst kan understøtte personlige recovery hos den akut indlagte patient og medvirke til, at patienterne får den bedst tænkelige mulighed for at genvinde livsrum. Gennem den kritiske fortolkning og diskussion belyses strukturanalysens temaer i et alment relevant perspektiv.

7.1 At være i gode hænder

Den akutte indlæggelse er ifølge Phil Barker, som at være i et oprørsk hav, hvor man har svært ved at navigere. Recovery rejsen præges af, at der er tale om patienter, som er i akut krise. Sygeplejerskens evne til at integrere recovery i denne fase er jf. Chevalier kritisk for det fremtidige recoveryforløb (Chevalier et al., 2018). I den akutte fase har man jf. Barker, behov for øjeblikkelig omsorg. I vores fund blev dette udledt ved temaet at være i gode hænder. Der fokuseres i specialet på de to første faser af Barkers omsorgskontinuum med henblik på besvarelse af opgavens problemformulering. Plejen i den akutte fase er rettet mod at sikre patientens fysiske og følelsesmæssige sikkerhed og stabilitet. Der fokuseres på at finde praktiske løsninger på patientens umiddelbare problemer og behov. Med øjeblikkelige omsorg i den akutte fase, er det de mere kortsigtede problemer, der adresseres. Der er tale om problemer, som medfører et behov for døgnbehandling, da de ikke kan varetages tilstrækkeligt i primærsektor (Barker and Buchanan-Barker, 2015). I undersøgelsen kommer det til udtryk ved, at patienterne alle føler sig så dårlige, at de ikke længere kan være hjemme. Denne opfattelse understøttes af familie og professionelle omkring dem, der assisterer dem i forhold til indlæggelse.

Et centralt mål for plejepersonalet i den akutte pleje er at etablere en hjælpende relation til patienten. Angela Simpson, der i sin sygeplejeforskning har interesseret sig særligt for det akutte område, fremhæver at dette dog ikke altid er let grundet patientens tilstand. Da tilstanden kan medvirke til at patienten trækker sig. Ligeledes kan de voldsomme symptomer virke skræmmende og medvirke til, at personalet holder lidt afstand (Simpson, 2009). Under temaet i gode hænder identificeres, at de fleste patienter formår at finde tryghed og ro samt oplever, at personalet tager godt imod dem. Dermed formår indlæggelsen og plejepersonalet, at opfylde det øjeblikkelige behov for omsorg og de identificerer hurtigt den enkeltes umiddelbare og basale behov. Personalet har modtaget uddannelse i recovery og en del har uddannelse som for eksempel specialuddannelsen, hvilket gør, at de overvejende har en afstigmatiserende tilgang, hvor den enkelte mødes som et menneske og ikke en sygdom.

Viden på området viser at uddannelses tilbud i forhold til recovery til personale bl.a. mindsker stigmatisering (Nardella et al., 2021, Solomon et al., 2021). Trygheden kan opleves som en stor kontrast til den oplevelse patienterne har forud for indlæggelsen, som er præget af kontroltab og voldsomme symptomer. Personalets bekræftelse og omsorg medvirker til at give tryghed og udgør et sikkerhedsnet. Hvis det er et sted, hvor patienterne tidligere har været indlagt og personalet genkendes, kan det medvirke til øget tryghed og en oplevelse af at høre til. En slags familiært bånd (Chevalier et al., 2018). Dette ses også i patientudsagn i dette speciale, hvor der f.eks., beskrives gensynsglæde og en følelse af at komme hjem. At skabe tryghed, danne en relation samt at drage omsorg i denne fase, er forudsætningen for at patienterne kan begynde at få det bedre og forstå deres situation (Simpson, 2009). Barker beskriver, hvordan plejepersonalet kan inddrage patientens personlige og interpersonelle ressourcer. De kan identificeres gennem holistisk assessment. Formålet med holistisk assessment er at afklare patienternes perspektiv på egne behov, og hvad de selv finder, de har brug for hjælp til. Formålet med helhedsvurderingen er desuden i hovedtræk at udvikle en personlig plejeplan og skabe en samarbejdsrelation, som fremmer empowerment. Holistisk assessment kan ske i enhver ramme både under akut indlæggelse eller ude i samfundet, hvor patienten mødes i sin sociale kontekst (Barker and Buchanan-Barker, 2015). I undersøgelsen ses det, at patienterne i den akutte fase, på trods af at de har det dårligt, giver udtryk for at de ønsker at danne en relation med personalet, hvor de ses og høres og indgår i et samarbejde med personalet.

I undersøgelsen nævner flere patienter, hvordan umiddelbart banale og små ting som f.eks. det at få noget saftevand, en kop kaffe, at kunne gå ud at ryge, blive genkendt af noget personale m.v., tillægges stor betydning for den enkelte patient. Fænomenet er velbeskrevet i litteratur om recovery hvor bl.a. Topor med sin tematiske analyse af "small things" beskriver begrebet micro-affirmations. Dette er små bekræftende handlinger, som kan have forskelligt udtryk og form. Patienterne oplever fænomenet som både omsorgsfuldt og understøttende i.f.t. deres recovery rejse. Micro-affirmations udgør ikke en del af den planlagte behandling og det faglige sigte. Det er spontane og ofte ubevidste handlinger, som udspringer af et ønske om at hjælpe den anden.

De kan synes trivielle, næsten så små, at de er usynlige og kan endda forekomme uprofessionelle. Det beskrives, at patienterne opfatter små handlinger som disse, som et signal fra de professionelle om, at de ser patienten som et menneske, at de er mere end, bare en diagnose. Det tolkes som at personalet "kan lide en" og har tiltro til ens ressourcer, hvilket beskrives også at være med til at give håb og en følelse af at være forbundet med andre (Topor et al., 2018).

Der ses her en sammenhæng til The Tidal Model, hvor der beskrives det paradoks, at komplekse problemer kan have simple løsninger. Barker, uddyber det yderligere med at det ikke nødvendigvis er let og noget alle kan gøre. Han beskriver, at der er brug for eksperter, men modsat det at indtage en bedrevidende ekspertrolle, så handler det her om at være ekspert på menneskelige relationer. Afgørende færdigheder beskrives som at have ydmyghed og tålmodighed. Plejepersonalet skal med andre ord lade patienten lære dem om sine erfaringer (Barker and Buchanan-Barker, 2015). Undersøgelser viser, at selvom den akutte indlæggelse, patientens tilstand m.v. kan gøre det sværere at arbejde recoveryorienteret i denne fase så er det absolut muligt. Cleary et.al beskriver at bl.a. personcentreret pleje, at fokusere på dagligdags aktiviteter samt at identificere støttebehov efter udskrivelse, kan være med til at fremme og skabe en begyndende recoveryproces. På den anden side kan det, ikke at møde pt. med en recoveryorienteret tilgang, medvirke til en ringere prognose og kan skade patientens vilkår herfor (Cleary et al., 2013). Deltagerne i undersøgelsen beskriver, hvordan relationen til andre medindlagte, kan have stor betydning for oplevelsen af at være indlagt. Relationen til andre kan både fremme velvære og personlig recovery, men kan også til tider opleves som en belastning.

Recovery hænger tæt sammen med at indgå i sociale relationer med andre. Her kan medindlagte med oplevede erfaringer i.f.t mental lidelse medvirke til en følelse af at være i samme båd. Patienterne kan dele fælles oplevelser og lære af hinanden, mens de samtidig gør sig individuelle erfaringer med deres lidelse. At se hvordan andre har været i stand til at takle deres symptomer og genvinde livsrum, kan være med til at fremme håb og empowerment. Derfor er det centralt at miljøet i afsnittet, kan gøre det muligt for patienter at dele deres oplevelser og være sammen om aktiviteter, men samtidig

også bevare muligheden for at kunne trække sig og tage individuelle hensyn (Simpson, 2009, Chevalier et al., 2018).

Relationen til medpatienter kan udgøre en ligeværdig relation. Dette understøttes i recoverytilgangen ved inddragelse af peermedarbejdere i psykiatrien. Der findes forskellige termer og former herfor. Det kan være både i form af frivillige og regulært ansatte. I psykiatrien Region Sjælland er der ansat peermedarbejder i afsnittene. Fællesnævneren er, at det omhandler at give og modtage hjælp baseret på en fælles forståelse, respekt og ligeværdighed. Ved brug af fælles erfaringer kan det medvirke til en oplevelse af følelsesmæssig og praktisk støtte, som kan bidrage til positiv forandring. Der er stigende forskningsmæssige evidens for, at denne type af relationer mellem mennesker, der har gennemlevet psykiske vanskeligheder, kan være en unik og virksom ressource. Det kan potentielt medvirke til en styrket identitet samt afstigmatisering af psykiske vanskeligheder (Holmboe and Seistrup, 2021). I undersøgelsen efterspørger patienterne, at personalet i endnu højere grad understøtter et uforpligtigende samvær mellem patienterne, da de til tider kan have svært ved selv at navigere i det. Waldemar beskriver i sit studie, betydningen af, at der i afsnittet gives mulighed for at være sammen med både andre medpatienter og personale. Det identificeres som en vigtig faktor for at få det bedre og kan medvirke til en følelse af familiært fællesskab og tryghed (Waldemar et al., 2018). Dermed kan det accentuere følelsen af at være i gode hænder.

Patienterne fremhæver relationen til kontaktpersonen som noget særligt under indlæggelsen. Det opleves generelt som en, der har et særligt ansvar for kontakten og samspillet i indlæggelsen. Kontaktpersonen kan medvirke til at fremme tryghed og at patienten kan komme sig. På den anden side fremstår det til tider også uklart, hvem kontaktpersonen er. Der kan være en oplevelse af, at det er meget skiftende personer, som man ikke når at lære at kende og kun har begrænset kontakt med. Waldemar, finder det samme i sin undersøgelse (Waldemar et al., 2018). Selvom der i den akutte fase er tale om kortere kontakter, så har kontaktpersonen en særlig mulighed for at indgå i et samspil med patienten og indlede en relation. Den akutte patient kan i denne fase fremstå mere afvisende, trække sig. Hildegaard Peplau har beskrevet, hvordan patienter i akut krise kan "se sygeplejersken an" og endda agere på en måde, hvor de søger at

skubbe personalet væk og hindre nærmere kontakt og samvær. Det kan skyldes en følelse af håbløshed og værdiløshed hos patienten. Kontaktpersonen har et særligt ansvar for at til stadighed at tilbyde sig og holde fast i at give den omsorg og pleje, der er behov for og invitere til relationen. Herunder at være fleksibel og tilpasse sig den aktuelle tilstand (Simpson, 2009, Peplau, 1988).

Lis Møller beskriver, at erfaringsbaseret viden såvel som forskning har vist, at metoder er underordnet kvaliteten af relationen mellem den, der har brug for hjælp og den, der hjælper. Metoder er derfor ikke nok i sig selv og kan tværtimod fremstå mekanisk, hvis ikke det er indlejret i en god relation (Møller, 2015). Den gode relation fremmes i professionelle relationer ved åbenhed, respekt og oprigtig interesse for den andens måde at være menneske på. Det gælder i psykiatrien og andre steder, hvor professionelle relationer er i spil. En del af professionalismen er at udvikle sin professionelle relationsevne. Hvilket kan ansues som en professionalisering af noget almenmenneskeligt. Møller beskriver det som: *Den professionelles evne til, at være tilgængelig, afgrænset, empatisk, afstemt efter situation, opgave eller den andens individualitet*. Egenskaber som at kunne være mentaliserende og anerkendende fremhæves. Den professionelle relationsevne beskrives som en personlig kvalitet, der udvikles gennem livet i relationer (ibid.) Den enkelte sygeplejerskes evne til at indgå i en autentisk og nærværende relation, kan dermed ses som en forudsætning for al samarbejde og af stor betydning for recovery.

7.2 At blive observeret men ikke set

Temaet "at blive observeret men ikke set" har givet indsigt i at en del af patienterne oplever, at sygeplejersken i overvejende grad observerer fra en distance. Det beskrives at personalet kun sjældent er opsøgende og inviterer til samtale. Kontakten med personalet er centreret omkring konkrete plejehandlinger, informationer og monitorering. Det medvirker til en grundlæggende følelse af, at der bliver taget vare på de umiddelbare behov. Hos en del af patienterne efterlader det på den anden side, et ønske om i højere grad at blive set som et individ og snakke dybere med personalet. Der beskrives en oplevelse af, at sygeplejersken til tider, konkluderer på baggrund af observationer af patienten. Det kan f.eks. være ved at konkludere, at patienten har det

bedre, fordi vedkommende er i fællesmiljøet. Dette svarer ikke nødvendigvis til den subjektive oplevelse. Patienterne ønsker, at personalet i stedet spørger dem direkte hertil. Waldemar beskriver også dette som et fund i sit studie og fremhæver at patienternes adfærd og mimik ikke nødvendigvis afspejler deres inderste sande følelser. Af den grund er det vigtigt at have dialogen med patienterne (Waldemar et al., 2018). Kontakten kan ellers komme til at fremstå overfladisk, som det udtrykkes i et interview, *"de skraber kun i overfladen"*.

Topor, skelner mellem begreberne "abstrakt social responsivitet" og "konkret social responsivitet". Han fremhæver, at mennesker med psykisk lidelse oftest overvejende møder førstnævnte. Abstrakt social responsivitet er kendetegnet ved at samspillet mellem parter er berettiget qua formålet, for eksempel plejehandlinger, og at parterne herefter er udskiftelige. Konkret social responsivitet er på den anden side kendetegnet ved et ægte ønske om nærvær, hvor den anden ses som et unikt individ og parterne ikke er udskiftelige. Den ene form er ikke mere berettiget end den anden, samspil mellem mennesker består af begge. Topor fremhæver dog, at der ift. alvorligt psykisk syge ofte er færre samspilsformer præget af konkret social responsivitet og omfanget af mere distancerende og instrumentelle forhold ses øget. Det kan medvirke til en oplevelse af ikke at føle sig set og hørt som et individuelt menneske. Der er derfor behov for en stor opmærksomhed på, at personale i psykiatrien har en god relationsevne og en villighed til at etablere og udvikle relationer til de mennesker, de skal hjælpe. Det indebærer også at etablere en ligeværdig relation, hvor den enkeltes levede erfaringer respekteres og tillægges værdi (Topor, 2007).

Der er formentlig flere faktorer der spiller ind. Simpson beskriver, at patienternes fremtoning i den akutte indlæggelse, kan medvirke til observation på afstand, frem for at søge at opnå kontakt og lære personen at kende. Samme italesættes også af Peplau, i.f.t at sygeplejersken må være villig til at relatere sig til den enkelte person og udvise en oprigtig nysgerrighed i forhold til at forstå den enkelte og de udfordringer, vedkommende oplever. For at fremme patientens håb, er det en forudsætning, at sygeplejersken tager udgangspunkt i de håb og drømme som patienten har og indgår i et samarbejde omkring det. Sygeplejersken må vise interesse, være opmærksom og

indstillet på at lytte. Hvis patienten oplever at mødes med stilhed eller direkte afvisning, kan det medvirke til, at patienten ikke længere vil dele sine tanker, håb og drømme. I undersøgelsen beskriver en patient, hvordan det opleves at samtale med personale, kunne have forebygget f.eks. selvskaade. Manglende kontakt eller reaktion på det, patienten giver udtryk for, kan medføre, at patienten føler sig misforstået, afvist og tilsidesat. Giver der mulighed for at dele noget, der opleves vanskeligt, kan det på den anden side medvirke til at øge håndterbarheden og håbet (Oute and Jørgensen, 2021). Leamy et al. har med CHIME-modellen beskrevet betydningen af, at personalet har opmærksomhed på forbundethed, håb, identitet, meningsfuldhed samt empowerment. Områder der alle er identificeret, som havende stor betydning for den personlige recovery. I den akutte fase af en indlæggelse, kan man ikke forvente at komme rundt om alting. Patienterne kan være meget forskellige. Nogen har haft kontakt med psykiatrien gennem længere tid, andre indlægges for første gang. Indlæggelsen kan udgøre et bump på vejen i en igangværende recoveryproces, hvor personalet skal søge at hjælpe den enkelte bedst muligt videre, og det kan også være begyndelsen. Det stiller krav til sygeplejersken i forhold til at kunne møde patienten der hvor vedkommende er. I en nyere kvalitativ undersøgelse fra 2023 (Ventosa-Ruiz et al., 2023), har man set på, hvordan recoveryprocessen forløber og identificeret nogle stadier (seeking hope, Re-establishing an identity, Seeking meaning in life, taking responsibility for recovery). Faserne kendetegnes hver især ved, at forskellige ting har betydning. Disse ses tæt relateret til CHIME elementerne.

I den første fase spiller håb for eksempel en stor rolle. Støtten fra både de pårørende og sygeplejersken er i denne fase det vigtigste for at fremme håb. Det kan blandt andet ske ved at medvirke til at fremme patientens evne til at håndtere hverdagen, med de udfordringer som sygdommen giver. Det ses af nærværende speciale, at små, hverdagsagtige, ting kan medvirke til at fremme håb i den akutte fase. Personalet formår et langt stykke af vejen også at gøre dette. Ifølge Barker, kan sygeplejersken drage øjeblikkelig omsorg for patienten i akut krise, ved at anvende personlige og interpersonelle ressourcer. Disse identificeres gennem holistisk assessment. Det er en samtale, hvor sygeplejersken giver patienten mulighed for at fortælle historien om dels

hvad der har ført frem til den situation vedkommende står i nu, dels baggrunden for at et behov for hjælp er opstået samt drøfte hvordan livsproblemerne bedst kan adresseres (Barker and Buchanan-Barker, 2015). Ifølge Barker, vil det umiddelbare kendskab sygeplejersken har til patienten ofte være overfladisk og mere et udtryk for den professionelles vurdering. Med holistisk assessment, er det patientens egen historie og ord, der kommer frem. Det giver mulighed for at udvikle en samarbejdsrelation mellem patienten og sygeplejersken samt en plejeplan, der tager udgangspunkt i den enkeltes unikke behov. I undersøgelsen efterspørger flere patienter den mere dyberegående samtale og interessen for, hvad der er bag. Der er ikke indtryk af, at holistisk assessment anvendes struktureret i sygeplejen. En sådan tilgang vil kunne medvirke til, at dokumentationen foretages med patientens egne ord. En målsætning som netop kommer til udtryk i RS Recovery strategi, hvor det ønskes, at behandlingsplanen afspejler patientens mål og ønsker udtrykt med egne ord. Det kan ses som at give patienten sin stemme tilbage (Barker and Buchanan-Barker, 2015) og kan formentlig medvirke til at patienten føler sig set og mødt.

Flere patienter i undersøgelsen nævner personalets travlhed, som en mulig forklaring, i forhold til at personalet ikke opsøger dem uopfordret og inviterer til samtale. Tidsmangel hos personalet beskrives som en barriere for relationsdannelse og muligheden for dybere samtaler, der kan medvirke til recovery (Oute and Jørgensen, 2021, Waldemar et al., 2018). Det ses også i undersøgelsen, at det kan medvirke til en hensyntagen fra patientens side i forhold til personalet og at behov holdes tilbage. Dette er tidligere identificeret og beskrevet i flere sammenhænge bl.a. i et større antropologisk studie med interviews af indlagte patienter (Baumgarten and Sundhedsvæsenet, 2002, Toldam et al., 2014). Her beskrives at sygeplejerskernes travlhed, er en væsentlig hindring for den trygge kommunikation, som patienten oplever at have brug for. Barker beskriver som en af de 10 interventioner i The Tidal Model, det at give tid som gave som en grundsten i forandringsprocessen (Barker and Buchanan-Barker, 2015). Det er på den måde vigtigt, at sygeplejersken dedikerer tid til at være sammen med patienten og at den tid, der bruges, sammen er præget af autentisk nærvær og nysgerrighed i forhold til

patienten. Det nævnes ligeledes at strukturelle forhold som normering i afsnittet kan have betydning.

Patienterne beskriver, at der er et meget biomedicinsk fokus i indlæggelsesforløbet. Det kommer til udtryk ved at behandlingen oftest beskrives som medicinsk. Det omhandler typisk hvilket præparat der skal gives, ændringer i dosis med videre. Patienterne giver ofte udtryk for ikke at vide så meget om det, men at se deres rolle som at følge anvisninger og gøre opmærksomme på, hvis de oplever ubehagelige bivirkninger. Der er stor tillid til lægens ekspertise. Samtidig giver mange af patienterne også selv udtryk for at sætte deres lid til medicinen, som den primære løsning. At medicin ofte kommer til at stå centralt, beskrives også af Topor, der gennemgår flere aspekter vedrørende medicin omhyggeligt ud fra patientudsagn. Han beskriver bl.a. den ambivalens, der kan være forbundet med at tage medicin, samt den relation, der kan opstå med lægen på baggrund af forhandlinger om medicin. Det beskrives som betydningsfuldt, at patienten involveres, og at der lyttes til erfaringer som patienten, kan beskrive med medicinsk behandling og eventuelle ønsker hertil. Det fremlægges desuden, at "den rette dosis" eller den "rigtigste pille", som en af informanterne i specialet kalder det, ofte knyttes til andre faktorer af social eller terapeutisk karakter, når det opleves mest succesfuldt (Topor, 2003).

Der er på den anden side også patienter i specialet, der giver udtryk for at andre behandlinger er hjælpsomme, medvirker til øget selvindsigt og styrker dem. Her nævnes særligt samtale med personale, andre medindlagte, miljøaktiviteter m.v. Fokus på den medicinske behandling, kombineret med at meget af kontakten med personalet, er centreret om planlagte plejehandlinger, risikovurderinger, monitorering ect. medvirker til, at det biomedicinske paradigme fortsat fylder meget i et indlæggelsesforløb. Den humanistiske og sociale recoveryorienterede tilgang kan opleves at få 2. rang. Waldemar beskriver det, som at der er en kløft mellem forestillingen om, at man tror man har en recoveryorienteret tilgang og så den reelle kliniske praksis (Waldemar et al., 2018). Der er behov for, at personalet sætter sig ud over symptomer og diagnoser og den medicinske behandling for at opnå en bedre balance, hvor recovery gives plads. Hummelvoll beskriver en ensidig biomedicinsk forståelse som en barriere i forhold til at

forstå hvad der sker, at møde mennesker i deres virkelighed med de styrker og svagheder, der er i deres liv samt en barriere i.f.t. at give hjælpsom behandling (Hummelvoll and Eriksson, 2022). Der skal i højere grad være fokus på at indgå i et partnerskab med patienten, hvor håb fremmes og de individuelle mål styrkes (Solomon et al., 2021). Karlsson og Borg har beskrevet to perspektiver på recovery, som de benævner Recovery med henholdsvis lille og stort "R". De forklarer det ved at Recovery med stort "R" ikke bare er noget, man kan implementere i et allerede eksisterende system som en form for "add on". Der er tale om et paradigmeskift, hvor man helt grundlæggende skal ændre eksisterende praksis og skabe noget nyt. Hvis man forsøger at tilpasse recovery til de eksisterende rammer, kultur og tankegang, så er der tale om recovery med lille "r" hvor man eksempelvis tager en del recoveryorienterede tiltag samt termer i brug, men uden at gå hele vejen (Karlsson and Borg, 2017). Man kan sige at recovery med lille "r" kan være et første skridt eller et mere umodent trin i.f.t. at arbejde recoveryorienteret, men det kræver at man arbejder videre og mere fuldbåret har implementeret recovery, for at kunne tilbyde et egentlig gennemført recoveryorienteret tilbud.

Ifølge flere forskere på området ses dette endnu ikke indfriet i størstedelen af de lande, hvor man, endda igennem længere tid, har arbejdet med Recovery (Karlsson and Borg, 2017, Waldemar et al., 2018, Hornik-Lurie et al., 2018, Solomon et al., 2021, Oute and Jørgensen, 2021). På baggrund af bl.a. diskussionen af temaet, *at blive observeret men ikke set*, vurderes det, at RS trods mange gode tiltag, endnu også har et stykke vej at gå, førend man vil kunne betegne sig som et sted der arbejder recoverybaseret med stort "R".

Afslutningsvis, skal det nævnes at dette tema også fremlagde viden om det fysiske miljø og rammerne i afsnittene. Det vil dog ikke blive diskuteret i dybden. Grundlæggende viste specialet, at patienterne oplevede, at særligt patientstuerne, havde et lidt klinisk og institutionelt præg. Dette blev ikke fundet fremmede for tilstanden. Der var på den anden side større tilfredshed med fællesområder, hvor bl.a. tiltag, som safewardstræer på væggen, oversigtstavler med billeder af personale, kaffeautomat til selvbetjening m.v. blev nævnt som gode tiltag, der fremmede håb og velvære.

Det kan pege på, at man med relativt små tiltag kan gøre en forskel, som der måske med fordel kan indtænkes i det videre arbejde med at skabe gode rammer om indlæggelsen. I et Australsk Review vedrørende recoveryorienteret tilgang i den akutte psykiatri, fandt man at et klinisk miljø med spartansk indretning ikke bidrager positivt i forhold til at reducere risikoen for aggressioner og ikke fremmer de psykopatologiske symptomer (Gwinner and Ward, 2013).

7.3 At have et godt men tilfældigt møde

At have, et godt, men tilfældigt, møde kendetegner de oplevelser, som er fremkommet i patienternes beskrivelse af, hvordan en særlig relation og betydning opstår mellem patient og sygeplejerske. Det er kendetegnende, at disse særlige møder opstår uplanlagt og ikke som en del af en f.eks. specifik plejehandling. Jf. Topor, er samtale med andre mennesker et centralt element i forhold til recoveryprocessen. Han beskriver tre samtaletyper, de to første foregår i en organiseret terapeutisk kontekst, mens den sidste er kendetegnet ved, at der ikke er tale, en formel samtaleuddannelse og det forgår i en ustruktureret ramme. Samtaletyperne benævnes *psykoterapeutisk samtalebehandling (længerevarende karakter)*, *struktureret samtalekontakter (kortvarigt med støttende karakter)* og *almindelige samtaler (tilfældige, hverdagslig uformel)* (Topor, 2003).

Patienterne i den akutte fase af deres indlæggelse, vil formentlig i mindre grad opleve den psykoterapeutiske samtale, da der er tale om korte forløb og vil i højere grad opleve de to andre samtaletyper. Medmindre der er tale om patienter, der har tilbagevendende indlæggelse i f.eks. PAM, hvorved de kan nå at opbygge en længerevarende relation med mulighed for samtaler, af mere terapeutisk karakter, over flere indlæggelser.

I de situationer, der beskrives som skelsættende og af særlig betydning, ses det, at personalet evner at sætte sig i patientens retning og møde dem der, hvor de er, i en fælles aktivitet eller samtale, som fanger patienten og som vedkommende kan mestre i sin aktuelle tilstand. Flere recoveryforskere belyser, hvordan den almindelige samtale mellem patient og personale kan være grobund for håb, udvikling samt empowerment, og at der opstår en særlig relation. Det beskrives med lidt forskellig sprogbrug som, "bare at snakke", "smalltalk", "sniksnak", "hverdagslige samtaler" og er også en del, af Micro affirmations som tidligere er beskrevet under temaet at være i gode hænder

(Barker and Buchanan-Barker, 2015, Topor, 2003, Oute and Jørgensen, 2021, Topor et al., 2018).

Det beskrives som spontane og ægte handlinger, som har betydning netop på den baggrund. Det omhandler små ting i en dagligdags samtale, som ikke vedrører patientens aktuelle problemer og lidelse, men hvor sygeplejerske og patient i højere grad udveksler almenmenneskelige oplevelser, eller taler om, hvad der rører sig i verden. Det kan også udspringe af at dele en oplevelse sammen, som at gå en tur, spille et spil eller lignende som beskrevet i patientudsagn. I en professionel kontekst, kan det fremstå irrationelt eller uventet, at noget, der er kendetegnet ved manglende terapeutisk sigte, som er ustruktureret og spontant og ikke baseret på teori, kan have så stor effekt.

Af den årsag vil en del personale, måske fejlagtigt, betragte det som uprofessionelt, værdiløst og af derfor undgå det for ikke at fremstå uprofessionel. Topor adresserer dette og beskriver risikoen for at blive anset for uprofessionel af kollegaer, men måske også subjektivt have en følelse af ikke at følge normen og på sin vis bryde de eksisterende regler i institutionen. Det kan accentueres, yderligere ved at den professionelle i disse særlige øjeblikke, ofte giver noget ekstra af sig selv og går ud over grænsen for, hvad man kan forvente. Det ses f.eks. i en af informanternes fortælling, hvor det beskrives, hvordan en sygeplejerske deler sin, egen levede erfaring med at have været alkoholafhængig med patienten.

At udlevere noget personligt kan opleves grænseoverskridende, og Topor beskriver, at det kan være svært at finde ud af, hvor grænsen for hvad man kan gøre, går. Det kræver en bevidsthed og opmærksomhed hos den professionelle, men samtidig vil der altid være et element af risikovillighed (Topor et al., 2018).

Barker beskriver desuden, hvordan det kan være svært at lære at være involveret i relationen, uden at risikere ens egen følelsesmæssige sikkerhed. Han fremhæver, at det er noget der skal læres i praksis ved at gøre sig erfaringer (Barker and Buchanan-Barker, 2015). Når Sygeplejersken giver noget ekstra, medvirker det til, at patienten kan føle sig

særlig udvalgt, og på den måde er bevidst om, at det ikke er noget som sygeplejersken gør til alle. Det kan formentlig medvirke til følelsen af at være unik og dermed give en oplevelse af at have værdi og føle sig særlig udvalgt. På den anden side, kan sygeplejersken eller kollegaer måske opfatte det som i strid med politiske målsætninger som at "alle skal have lige behandling". Trods den beskrevne risiko for dels at blive anset for uprofessionel samt risikere sin følelsesmæssige sikkerhed, så betones relevansen af disse små handlinger som væsentlige og betydningsfulde. Det er derfor meningsfuldt at gøre i forhold til det, man kan opnå i form af, at det særlige møde kan fremme håb og medvirke til empowerment og forbundethed (Topor et al., 2018).

Det skal fremhæves, at man ikke kan bestemme eller selv vælge, hvornår der opstår disse særlige møder, eller hvem det kan opstå i mellem. I nogen relationer opstår der en særlig god "kemi", hvor man tydeligt kan mærke og observere, at de involverede er på bølgelængde med hinanden. Det vil fremstå, af mimik, nonverbalt sprog, måden man lytter til hinanden og giver hinanden plads. Det betegnes til tider også, som at der er resonans (Lihme, 2015). Det ses, at det tilfældige men særlige møde er meget præget af micro affirmations, som medfører at patienten føler sig lyttet til og bliver hørt, på en måde, der bekræfter og styrker dem i deres personlige recovery proces. At føle sig hørt kan meget vel udgøre en forudsætning for at opleve gensidighed i forholdet. Noget som patienter ofte giver udtryk for at savne i mødet med de professionelle (Topor et al., 2018).

Det udledes af ovenstående, at sygeplejersken ikke selv kan planlægge og styre hvornår de tilfældige møder kan opstå. Men forudsætningen for at det kan ske, er i hver fald at være til stede sammen med patienten, give tid som gave, vise oprigtig nysgerrighed og interesse. Inspiration hertil vil kunne findes i The Tidal models 10 forpligtelser (Barker and Buchanan-Barker, 2015).

7.4 At genvinde livsrum

At genvinde livsrum, ses i specialet som de ting, patienterne har beskrevet omkring deres håb for fremtiden og ønsket om at kunne fungere i hverdagen igen. Det udtrykkes hyppigt som at blive "normal", igen at ville kunne det samme som før i forhold til f.eks.

sociale aktiviteter samt at genetablere relationer, der ofte er gået til i sygdomsforløbet. Patienterne udtrykker hyppigt, at der er nogle metoder, de har fundet, som har en positiv og helende effekt på dem. Det kan f.eks. være at meditere musik, naturen, kreativitet, arbejde m.v.

I den akutte del af en indlæggelse vil personalet ikke have mulighed for at samarbejde med patienten omkring recovery rejsen på den lange bane. Men selv under den kortere indlæggelse er der mulighed for at medvirke til at fremme håb være med til at forme det næste skridt jf. Barker. Hjælpe den enkelte bedst muligt videre på rejsen mod at genvinde livsrum. Et kvalitativt studie peger på, at sygeplejersker i den akutte psykiatri kan være med til at igangsætte recovery rejsen og give fornyet interesse og tiltro i forhold til at få det bedre. Dette kan bl.a. gøres gennem personcentreret sygepleje at respektere og inddrage patientens egen viden og deres ønsker og behov samt ved at tage udgangspunkt i deres unikke følelsesmæssige behov, så plejen planlægges ud fra dette i et holistisk perspektiv. Desuden fremhæves betydningen af at fokusere på, at fastsætte mål, hverdagslivet samt at identificere behov for opfølgning og støtte efter udskrivelse (Cleary et al., 2013).

I forhold til patienternes ønske om at føle sig "normale" eller "blive sig selv igen" ses det, at små ting i form af handlinger, ord, fælles oplevelser under indlæggelsen også kan have en stor betydning. Micro affirmations er fundet at have betydning for den subjektive oplevelse af at være "sig selv" og ikke blot en patient. Heri er der også en symbolsk værdi i forhold til at føle sig værdsat og at der drages omsorg for en og dermed at have betydning. Det kan se ud til, at det at blive behandlet "normalt" i en ikke normal sammenhæng, kan have ekstra stor betydning og indflydelse på følelsen af at være som en af de andre (sameness) og ligeledes at være en person ikke blot en diagnose (Topor et al., 2018).

I specialet gav nogle patienter udtryk for, at de under indlæggelsen kunne opleve, at personalet ikke i tilstrækkelig grad havde øje for den personlige recovery, og det gav en følelse af at stå alene på rejsen mod at komme sig. Topors recovery definition er i dette speciale netop valgt som afsæt grundet hans fokus på, at det ikke kun er den enkeltes

ansvar men, også et samfundsmæssigt og socialt. Som det indledes ”*Recovery, er en dybt social, unik og fælles proces...*”. Det fremhæves dog flere steder, at personlig recovery, også af patienterne selv opfattes som noget, den enkelte først og fremmest selv har ansvar for. Det fremhæves ligeledes, at den enkelte patient har behov for at lære mere omkring sig selv og de livsudfordringer, som sygdommen giver og at tage ansvar for hverdagens aktiviteter, som f.eks. at komme op hver morgen gå i bad, tage på arbejde, alt efter hvor den enkelte er på sin rejse. Selvom det er en meget personlig og individuel rejse, beskrives det dog også, at omgivelsernes hjælp, herunder også de professionelle samtidig udgør en vigtig støtte (Ventosa-Ruiz et al., 2023).

I specialet fortæller en informant netop om et ønske om, at personalet via samtale hjælper vedkommende med at blive klogere på sig selv og sine handlinger under indlæggelsen. Det kan være komplekst for sygeplejersken at vide præcis, hvornår man skal lade den enkelte selv tage ansvar for en handling eller et behov, og hvornår der er behov for at træde til og hjælpe. Hvilket måske også kan være medvirkende til, at patienterne ikke altid føler, at de får den nødvendige hjælp. Der er en balance i.f.t at give patienterne ”tøjlerne” i hånden selv og styre rejsen og samtidig at imødekomme og støtte i andre. At kunne skelne mellem situationer, der objektivt kan forekomme at ligne hinanden, er ikke let. Det kan være svært for den professionelle at identificere, hvornår man bør træde baglæns og lade den enkelte selv udvikle færdigheder og tage ansvar for herigennem at fremme den enkeltes autonomi.

Den recoveryorienterede sygeplejerske er i dialog og forholder sig åben og opmærksom i forhold til disse nuancer. For herigennem at give den enkelte patient mulighed for selv at definere sin egen vej men med den nødvendige opbakning (Oute and Jørgensen, 2021). Det er derfor vigtigt at man i den akutte indlæggelse ikke udelukkende fokuserer på den akutte krise og håndtering heraf, men at sygeplejersken også understøtter bearbejdning af erfaringer samt en bredere form for at komme sig samt deltagelse i livet uden for hospitalet (Solomon et al., 2021). I specialet beskriver deltagerne at en del af det at genvinde livsrum, også omhandler at reetablere relationer til andre mennesker, som de har mistet kontakten med. Det er ofte noget som de tænker meget på. Samtidig er der også en bekymring for at miste dem der stadig er der, hvis de bliver belastet for

meget. De pårørende udgør en vigtig støtte i den enkeltes liv. Det kan være både emotionelt, praktisk og endda også materielt. Topor beskriver, at det at have pårørende er en vigtig del af den enkeltes historiske kontinuitet (Topor, 2004).

I specialet ses der generelt et ønske om, at personalet inddrager de pårørende. Det ses også at personalet flere steder har opmærksomhed herpå. Et godt eksempel er en ung patient der er indlagt for første gang. Vedkommende føler sig utryk og usikker og personalet formår at give rum til, at kæresten kan være der en stor del af dagen. Ligesom familien i øvrigt kommer der hyppigt. Patienten fortalte at det allerede blev italesat i en af de første samtaler i PAM, at de pårørende ville blive inddraget. Det medvirker både til at give tryghed og anerkende at relationer er vigtige i patientens liv. Afslutningsvis blev der i temaet at genvinde livsrum fundet, at størstedelen af patienterne udtrykte bekymring for udskrivelsen, som blev beskrevet, som noget, de frygtede. De angav, at de ikke følte sig parate hertil. Flere af dem gav udtryk for, at de kendte sig selv og havde en subjektiv oplevelse af, hvornår de var klar til udskrivelse. Dette harmonerede ikke nødvendigvis med, hvornår udskrivelsen blev planlagt til. Det blev beskrevet, at personalet konkluderede på deres tilstand ud fra objektive observationer af, at de f.eks. var mere i fællesområdet, eller at kliniske værdier var normale og derfor vurderede dem, klar til udskrivelse. Samme beskrives i et andet dansk studie, hvor det fremhæves, at de objektive observationer ikke nødvendigvis afspejler de sande følelser, og at det altid vil være nødvendigt med dialogen med den enkelte (Waldemar et al., 2018).

På den anden side kan der også være nogle organisatoriske faktorer, der spiller ind i forhold til udskrivelsen. Et australsk studie problematiser, hvordan udskrivningssituationen kan udfordre kerneelementer i recovery vedrørende personlige valg og håb. Dette kan dels være, når der på pres på at få udskrevet patienter for at få plads til nye patienter, og samtidig kan der ligeledes være situationer, hvor en udskrivelse egentlig ville være berettiget, og patienten er klar, men der ikke er et relevant tilbud at udskrive til (Solomon et al., 2021). Det findes sammenligneligt med danske forhold.

I specialet gives der ligeledes udtryk for at der opleves en manglende koordinering med ambulante tiltag i forhold til udskrivelser. Cleary et al. beskriver, at utilstrækkelig koordinering mellem sengeafsnit og det ambulante område samt manglende opfølgning efter udskrivelse, kan udgøre en barriere i.f.t den recoveryorienteret tilgang samt desuden medføre genindlæggelse. Det identificeres ligeledes som en særlig sårbar periode, da patienten går fra at have haft et tværfagligt behandlingsteam omkring sig 24 timer i døgnet, og i kontrast hertil at blive udskrevet til at stå på egne ben og have betydelig mindre støtte (Cleary et al., 2013). Dette kan indikere et problem i forhold til om patienterne oplever at deres livsproblemer adresseres tilstrækkeligt under indlæggelsen, til at de føler sig empowered og parate til livet udenfor den psykiatriske indlæggelse.

8. Metodediskussion

I det følgende vil vi kaste et kritisk blik på de metodevalg der gennem opgaven er foretaget. Der fokuseres på litteratursøgning, metode, interviewproces samt analyse. Formålet hermed er at medvirke til transparens og vurdering af specialets kvalitet.

8.1 Diskussion af litteratursøgning

Litteratursøgningen er gennemført med stor omhyggelighed og struktur. Der er udvalgt sygeplejefagligt relevante databaser, der kan forventes at rumme relevant litteratur på området i form af CINAHL, PubMed og PsycINFO. Det vurderes ligeledes at være en styrke, at litteratursøgningen er udarbejdet i samarbejde med en erfaren forskningssekretær, der har været med til at kvalificere alle faser og bidrage med relevante betragtninger og anbefalinger til processen. Ligeledes er de inkluderede artikler, vurderet med CASP. Der er udarbejdet et overblik i forhold til den eksisterende viden på området i form af de inkluderede artikler. Den viden, som tilvejebragtes gennem den samlede litteratursøgning, dannede udgangspunkt for baggrundsafsnittet, og medvirkede til at sikre afgrænsning af problemområdet mht. at genere ny viden. Det fremkom af litteratursøgningen, at der eksisterer begrænset forskning på området, i forhold til den patientoplevede vinkel på recovery i den akutte indlæggelse.

8.2 Diskussion af metode

Interviewundersøgelsen vurderes valgt i forhold til specialets spørgsmål og formål i.f.t. at generere viden, om de levede erfaringer med recovery i den akutte del af en indlæggelse. Denne viden, kan der kun opnås adgang til gennem patienternes fortællinger. Det vurderes, at den semistrukturerede interviewguide, der er udarbejdet med inspiration fra henholdsvis CHIME og RSA-R (Person in Recovery self accessmentscale), overvejende har styrket undersøgelsen i forhold til at adressere områder, relevante for opgavens genstandsområde. Der kan dog samtidig rejses kritik, i forhold til om det på den anden side har medvirket til i for høj grad at styre samtalen, så spørgsmålene ikke blev helt så åbne som ønskeligt.

Det er i alle interviews tilstræbt at være åbne og nysgerrige og lade patienterne udfolde deres fortællinger med egne ord. Vores forforståelse var, at det kunne være udfordrende at lave interviews, grundet patienternes akutte tilstand. Det viste sig ikke at holde stik, vi oplevede derimod at patienterne var meget villige til at fortælle om deres oplevelser. Der blev inkluderet 7 interviews i undersøgelsen. I processen viste det sig, at selvom alle interviews bidrog med nuancer, mening og betydning i forhold til emnet, så var der enkelte interviews, som fremstod mere indholdsrigt og hvor informanterne i særlig grad formåede at beskrive og fortælle om deres oplevelser på en udtryksfuld facon. Det kan diskuteres, om enkelte informanter på den vis er kommet til at få mere talerum end andre i undersøgelsen. Det er tilstræbt at være opmærksomme herpå og på at danne en forståelse på tværs af data. Det skal fremhæves, at det er opfattelsen, at de informanter der har haft en særlig evne til at sætte ord på og beskrive den patientoplevede recovery, vurderes at have sat ord på nogle betydninger, som kan genfindes i flere informanters fortællinger. Hermed er det oplevelsen at de har sat ord på noget fælles.

8.3 Diskussion af interviewproces

Det er opfattelsen at det har været en styrke og en fordel at have kendskab til psykiatrien. Den ene forfatter arbejder i psykiatrien RS og kunne dermed bidrage med viden og perspektiv på organisationen, samt arbejdet med implementering af recovery. Den anden forfatter arbejder i psykiatrien HS og har dermed erfaring herfra. Det

muliggjorde inddragelse af andre perspektiver. Konstellationen gjorde det muligt at udfordre hinandens antagelser. I interviewprocessen var der opmærksomhed på at skabe og vedligeholde kontakt til gatekeepers, der kunne medvirke til at give adgang til forskningsfeltet. Der blev inkluderet to større sygehuse på forskellige geografier med henblik på at sikre et nuanceret datagrundlag. Der blev ligeledes udarbejdet relevant materiale i forhold til undersøgelsen i forhold til patienter og klinikere, og sproget blev tilpasset målgruppen. Det tilstræbtes at være tilgængelige for uddybende spørgsmål, samt at lave en enkel arbejdsgang i forhold til rekruttering og henvisning af patienter til undersøgelsen. Trods dette, forekom der indledningsvis enkelte vanskeligheder. Det fremkom f.eks., at selvom personalet var blevet introduceret til opgaven med at finde informanter til undersøgelsen m.v., så forstod de ikke altid inklusionskriterierne. Det viste sig, bl.a. i forhold til at patienterne, kun måtte have været indlagt i max. 7 dage og minimum skulle have været der 1 døgn. Dette kriterie var bevidst valgt, da vi ønskede at de skulle have en frisk erindring af deres oplevelser i den akutte fase. Personalet mente, at det ville være spændende med længere indlæggelser, hvorved de også kunne skaffe flere informanter. Da dette ikke stemte overens med undersøgelsens formål, måtte det efterfølgende yderligere fremhæves og forklares. Ligeledes viste det sig, at opøgende arbejde i afsnittene i forhold til at rekruttere deltagere, typisk i form af besøg, var mere frugtbart. Hvorfor denne metode efter evaluering blev den dominerende tilgang. Selve interviewsituationen som sådan fungerede godt med samtaler på stuen og skiftevis rolle som interviewer og observatør.

8.4 Diskussion af analyse.

Ricoeurs analysemetode jf. Pia Drejers udlægning heraf har dannet udgangspunkt for analyseprocessen og blev valgt, da det ønskedes at forene den fænomenologiske og hermeneutiske tradition. Det er vurderingen, at analysemetoden har bidraget med en ramme og struktur, der har gjort det muligt at fremlægge, hvilken mening og betydning, personlig recovery i den akutte fase har i patientens livsverden. Den poetiske fortælling, der er valgt med udgangspunkt i Drejers udlægning af distanceringen i Ricoeurs fortolkningsteori, har medvirket til at skabe en fiktiv fortælling i et billedligt sprog, hvormed den fortolkede virkelighed formidles, og der udlægges en forståelse på tværs

af data. Det vurderes at medvirke til en dybere forståelse af mening og betydning og til at sætte sig i tekstens retning. Det vurderes at det har været en styrke i analysen, at de to forfattere indledningsvis har arbejdet med den naive læsning og strukturanalysens faser enkeltvis og efterfølgende har sammenlignet, drøftet og diskuteret i forhold til udformning af menings- og betydningsenheder. Jf. Drejer er det en fordel, da det medvirker til at vurdere om der er en logisk sammenhæng og forståelse i den måde det beskrives. Det er således med til at styrke fortolkningens troværdighed (Dreyer, 2010). Dertil har samarbejdet givet mulighed for at udfordre hinandens forforståelse og sætte dem i spil, for i sidste ende at nå frem til en fælles videreudviklet forståelse af fænomenet som empirien fremlagde. Jf. Ricoeur har en tekst har aldrig kun én mening, og der er ikke kun en sandsynlig fortolkning, men en fortolkning kan være mere egnet eller passende end en anden (Dreyer, 2010). Med nærværende speciale er der fremlagt og søgt at argumentere på troværdig vis for én sandsynlig fortolkning af studiets empiri.

9. Implikationer for sygeplejen

I specialet er der med udgangspunkt i patientperspektivet, blevet identificeret måder hvorpå sygeplejersken, kan integrere recovery i den akutte fase af en indlæggelse. Der ses dermed implikationer for sygeplejen, hvoraf de væsentligste fremhæves herunder. Sygeplejerskerne formår i den akutte del af behandlingen at tage vare om det øjeblikkelige behov for omsorg og sikre at basale behov imødekommes. Det medvirker til at patienterne føler sig i gode hænder.

Undersøgelsen peger på at små hverdagshandlinger, der udøves i det daglige samvær mellem personale og patienter, micro affirmations, har stor betydning. De normale hverdagshandlinger, får en særlig betydning når de forekommer i en unormal sammenhæng. Selvom disse handlinger ikke altid betragtes som professionelle, er det derfor væsentligt for sygeplejersken at skabe rum herfor. Det er også ofte i forbindelse med micro affirmations at, det tilfældige men gode møde opstår. Mødet kan blive et vendepunkt for patienten. Sygeplejersken kan trods det intensive og korte forløb i den akutte fase, opnå en betydningsfuld relation med patienten som fremmer personlig recovery og har betydning for den videre proces. Leamy et al. har med CHIME-modellen beskrevet, betydningen af opmærksomhed på forbundethed, håb, identitet,

meningsfuldhed samt empowerment. CHIME –elementerne kan alle adresseres, men særligt formidling af håb, kan spille en afgørende rolle i den akutte del. Sygeplejersken må udnytte sin professionelle relationsevne, i forhold til at etablere en hjælpende relation til patienten. En relation kendetegnet ved ligeværdighed, autenticitet og nysgerrighed i.f.t. patientens historie og levede erfaringer. Inddragelse af patientens personlige og interpersonelle ressourcer, kan med fordel ske med udgangspunkt i Barkers holistiske assessment. Helhedsvurderingen kan danne udgangspunkt for udarbejdelse af en personlig plejeplan og skabe en samarbejdsrelation der fremmer empowerment. Selvom der i den akutte fase er tale om kortere kontakter, så har kontaktpersonen en særlig mulighed og ansvar for at indgå i et samspil med patienten. Det indebærer til stadighed at tilbyde sig og holde fast i at give den omsorg og pleje der er behov for og invitere til relationen. En forudsætning herfor er, at sygeplejersken tilbringer tid sammen med patienten og er opsøgende. Barker beskriver at give tid som gave, som en grundsten i forandringsprocessen. Det er på den måde vigtigt at sygeplejersken dedikerer tid til at være sammen med patienten. Inspiration hertil vil kunne findes i The Tidal Models 10 forpligtigelser.

Sygeplejersken må være opmærksom på, at et ensidigt biomedicinsk syn i forhold til behandling, kan udgøre en barriere i.f.t. personlig recovery og medvirke til en følelse af at blive observeret, men ikke set. Der er behov for at sætte sig ud over symptomer og diagnoser og den medicinske behandling, for at opnå en bedre balance hvor recovery gives plads. Sygeplejersken kan fremme givende samvær mellem medpatienter ved at understøtter et uforpligtigende samvær og medvirke til at der i afsnittet gives mulighed for at være sammen med både andre medpatienter. På samme vis er inddragelse af pårørende vigtigt. Det medvirker både til at give tryghed og anerkende at relationer er vigtige i patientens liv.

Selv under den korte indlæggelse, er der mulighed for at medvirke til at fremme håb og være med til at forme det næste skridt jf. Barker. Via personcentreret pleje, at fokusere på dagligdags aktiviteter samt at identificere støttebehov efter udskrivelse, kan sygeplejersken hjælpe den enkelte bedst muligt videre på rejsen mod at genvinde livsrum.

Den recoveryorienterede sygeplejerske er i dialog og giver den enkelte patient mulighed for selv at definere sin egen vej og genvinde livsrum, men med den nødvendige opbakning.

10. Perspektivering

I specialet var fokus på patientens vinkel. Derfor er sygeplejerskens perspektiv ikke beskrevet. Havde der været fortaget interviews med sygeplejersker, havde de formentligt bl.a. italesat det organisatoriske og de samfundsmæssige forholds indflydelse på arbejdet. Flere andre kilder har beskrevet hvordan bl.a. New Public Management kan udgøre en begrænsende ramme (Karlsson and Borg, 2017, Topor and Matscheck, 2021). Denne del kunne have været relevant og interessant at udfolde nærmere og det vil være urimeligt ikke at medtage denne vinkel i en helhedsvurdering af betingelserne for at arbejde recovery fremmende. Specialet har beskrevet en gennemgående bekymring hos patienterne i.f.t. udskrivelsen både hvad angår personlige forhold f.eks. en oplevelse af ikke at være klar, men ligeledes også nogle bekymringer som omhandler det organisatoriske, samarbejde og koordinering mellem aktører omkring patienten. Aktuelt er den hollandske model F-ACT blevet implementeret i RS, som den har været længere tid i HS. Et grundprincip er fleksibel, tæt opfølgning og koordinering centeret omkring patientens aktuelle behov. Det kunne være spændende at udforske nærmere, hvordan dette kan medvirke til at skabe øget tryghed i overgangen fra indlagt til ambulant og fremme recovery i samfundet.

Vores forforståelse som er baseret på mange års klinisk arbejde i psykiatrien, var præget af en ofte ventileret fordom blandt personalet, om at det kræver længere tids relations arbejde at kunne have en dyberegående samtale med patienten.

I interviewsituationerne har det derfor været overraskende, at patienterne var meget villige til at åbne sig og tale om deres livssituation, bekymringer, håb med videre. Det har vagt en nysgerrighed i.f.t. at denne barriere til dels kan være en kulturel norm, der tåler udfordring. Hvilket kunne være interessant at undersøge nærmere. På baggrund af den sparsomme forskning vedr. recovery i den akutte fase, ses det nødvendig at udforske dette område yderligere.

11. Konklusion

Afsættet for specialet var at undersøge patienters oplevelse af, hvordan personlig recovery integreres i forbindelse med den akutte del af en indlæggelse og i samarbejdet med personalet. Derudover at identificere, hvad patienter oplever, kan fremme eller hæmme recovery. Den akutte indlæggelse er karakteriseret ved et øjeblikkeligt behov for omsorg. Sygeplejerskens evne til at integrere recovery i mødet med patienten ses som kritisk for patientens recovery rejse. Specialet har vist, at de fleste patienter finder tryghed og ro samt oplever, at personalet tager godt imod dem og opfylder de basale behov. Personalet formår qua deres uddannelse og kompetencer at have en afstigmatiserende tilgang, hvor den enkelte mødes som et menneske og ikke en sygdom. Patienterne oplever, at "små ting" har stor betydning i forhold til at fremme håb og medvirke til at føle sig forbundet med andre. Det opleves, at personalet i den akutte indlæggelse, trods det korte forløb, har mulighed for at danne en betydningsfuld relation med patienten og indgå i et samspil. Den enkelte sygeplejerskes evne til at indgå i en autentisk, ligeværdig og nærværende relation er af afgørende betydning. Der opstår i enkelte forløb nogle helt særlige møder, hvor patienten oplever det som skelsættende og af særlig betydning for deres recovery. I disse situationer ses det, at sygeplejersken ofte yder noget særligt, udover hvad man kan forvente f.eks., deler egne oplevelser eller gør noget ekstra, som får patienten til at føle sig særlig set og udvalgt. Patienterne oplever det som positivt, når personalet bruger tid sammen med dem. Ovenstående er identificeret som faktorer der virker fremmende for personlig recovery i den akutte indlæggelse.

Undersøgelsen har ligeledes identificeret områder, der kan udgøre en barriere i forhold til recovery. Her kan særligt fremhæves oplevelsen af at blive observeret, men ikke set som et individuelt menneske. Det kan bl.a. fremkomme, på baggrund af at det biomedicinske syn stadig er meget dominerende. Det fremgår desuden, ved at behandlingen i høj grad er centreret om monitorering og konkrete plejehandlinger. Det kan medvirke til, at patienterne ikke føler sig tilstrækkeligt inddraget eller oplever, at personalet konkluderer på baggrund af objektive observationer uden at spørge til patientens subjektive oplevelse. Ligeledes kan de organisatoriske rammer påvirke

personalets mulighed for at være opsøgende og bruge tid sammen med patienterne. Udskrivelsen udgør en særlig sårbar situation, hvor patienten ofte ikke føler sig klar, og her kan manglende koordinering omkring udskrivelsen spille en rolle.

Det fremgår i undersøgelsen ikke, at der struktureret spørges ind til CHIME elementerne. Ligeledes vurderes holistisk assessment, ikke at være en del af behandlingen. Specialet viser, at recoveryorienteret praksis endnu ikke er fuldt ud implementeret i det akutte område. Der er etableret en del af de anbefalede praksisser, men recovery ses endnu ikke som en overordnet forståelsesramme for behandlingen. Specialet viser, at selvom den akutte indlæggelse kan udfordre implementering af recovery grundet kompleksitet samt kortere forløb, så er det både muligt og af stor betydning for patienterne, at der arbejdes recoveryorienteret.

10. Referencer

- AARHUS_UNIVERSITET. 2023. *Skabelon til samtykkeerklæring* [Online]. Aarhus universitet: Webredaktionen, Universitetsledelsens Stab. Available: <https://studerende.au.dk/it-support/informationssikkerhed/databeskyttelse-gdpr/opgaver> [Accessed November 2022].
- AU-LIBRARY. 2022. *Systematisk litteratursøgning* [Online]. AU Library, Aarhus Universitet. Available: <https://library.au.dk/forskere/systematisklitteratursoegning> [Accessed 20.11 2022].
- BARKER, P. & BUCHANAN-BARKER, P. 2015. *The Tidal Model: mental sundhed, indsigt og recovery*, Kbh, Munksgaard.
- BARKER, P. J. 2009. *Psychiatric and mental health nursing : the craft of caring*, London, Hodder Arnold.
- BAUMGARTEN, P. M. & SUNDHEDSVÆSENET, R. A. K.-O. U. F. 2002. *De er så søde, men de har så travlt: en kvalitativ undersøgelse af 33 patienters oplevelser under indlæggelsen på Ringkjøbing Amts sygehuse*, Herning Sygehus.
- BEEDHOLM, K. & FREDERIKSEN, K. 2019. Patient involvement and institutional logics: A discussion paper. *Nursing philosophy*, 20, e12234-n/a.
- BIRKLER, J. 2005. Forståelse. In: BIRKLER, J. (ed.) *Videnskabsteori : en grundbog*. 1. bogklubudgave. 1. oplag. ed. Kbh: Gyldendals Bogklubber.
- BORNØ JENSEN, A. M., MUNDBJERG GJØDSBØL, I. & BOGICEVIC, I. 2019. Kvalitative interviews. In: VALLGÅRDA, S. & BORNØ JENSEN, A. M. (eds.) *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. 5. udgave. ed. Kbh: Munksgaard.
- BUKH, P. N. & SKOVVANG CHRISTENSEN, K. 2017. Kap. 5: Litteraturen som udgangspunkt. In: BUKH, P. N. & SKOVVANG CHRISTENSEN, K. (eds.) *Opgaveskrivning: emnet, litteraturen og principperne*. 1. udgave. ed. Kbh: Jurist- og Økonomforbundet.
- BUUS, N., TINGLEFF B., E., BLACH ROSSEN, C. & MUNCH KRISTIANSEN, H. 2008. Litteratursøgning i praksis: begreber, strategier og modeller. *Sygeplejersken*, Årg. 108, nr. 10, 2-8.
- CHEVALIER, A., NTALA, E., FUNG, C., PRIEBE, S. & BIRD, V. J. 2018. Exploring the initial experience of hospitalisation to an acute psychiatric ward. *PLoS one*, 13, e0203457-e0203457.
- CLEARY, M., HORSFALL, J., O'HARA-AARONS, M. & HUNT, G. E. 2013. Mental health nurses' views of recovery within an acute setting. *International journal of mental health nursing*, 22, 205-212.
- DAMSGAARD, J. B. & ANGEL, S. 2021. Living a Meaningful Life While Struggling with Mental Health: Challenging Aspects Regarding Personal Recovery Encountered in the Mental Health System. *International journal of environmental research and public health*, 18, 2708.
- DATATILSYNET. 2017. *Databeskyttelsesforordningen - En introduktion til de kommende, nye regler om beskyttelse af personoplysninger* [Online]. Erhvervsstyrelsen, Datatilsynet, Digitaliseringsstyrelsen, Justitministeriet Available: <https://www.datatilsynet.dk/media/6559/generel-informationspjece-om-databeskyttelsesforordningen.pdf> [Accessed januar 2023].
- DREYER, P. 2019. Den kritiske fortolkning og diskussion med afsæt i Paul Ricours filosofi. In: DAGHLBERG, H., ELLINGSEN, S., MARTINSEN, B. & ROSBERG, S. (eds.) *Fenomenologi i praktikken: Fenomenologisk forskning i eet skandinavisk perspektiv*. Föfattarna och Liber AB.

- DREYER, P. S. 2010. Distansering i Ricoeurs fortolkningsteori: fortællinger i et studie af det levede liv med kronisk sygdom og hjemmerespirator. *Tidsskrift for sygeplejeforskning*, 26, 3-11.
- GWINNER, K. & WARD, L. 2013. P.I.C.U., H.D.U., A.O.A. What treatment do we provide? Current descriptions of the function of intensive care for inpatient psychiatric health care. *Mental Health Review Journal*, 18, 128-143.
- GWINNER, K. & WARD, L. 2015. Storytelling, Safeguarding, Treatment, and Responsibility: Attributes of recovery in psychiatric intensive care units. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 11, 105-118.
- HEIMANN HANSEN, B. & HEIMANN HANSEN, B. 2019. *Fænomenologi og hermeneutik : anvendelse og argumentation i sygeplejen*, Frederiksberg, Samfundslitteratur.
- HOLMBOE, L. & SEISTRUP, J. H. 2021. Recovery og social inklusion In: OUTE, J. & JØRGENSEN, K. (eds.) *Recovery-orienterede praksisser - i velfærdsinstitutioner og civilsamfund*. 1. udgave. ed. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- HORNIK-LURIE, T., SHALEV, A., HAKNAZAR, L., EPSTEIN, P. G., ZIEDENBERG-REHAV, L. & MORAN, G. S. 2018. Implementing recovery-oriented interventions with staff in a psychiatric hospital: A mixed-methods study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 25, 569-581.
- HUMMELVOLL, J. K. & ERIKSSON, B. G. 2022. Mental Health Care in the Era of Growing Global Risk and Uncertainty: A Recovery and Person-Centred Approach. In: HIGGINS, A., KILKKU, N. & KORT KRISTOFERSSON, G. (eds.) *Advanced Practice in Mental Health Nursing: A European Perspective*. Cham: Springer International Publishing AG.
- JAEGER, M., KONRAD, A., RUEEGG, S. & RABENSCHLAG, F. 2015. Patients' subjective perspective on recovery orientation on an acute psychiatric unit. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69, 188-195.
- JØRGENSEN, K. 2022. Inddragelse af patienter i en psykiatrisk kontekst, der fremmer patientens egenomsorg og livskvalitet. *Forstyrrelsen - Fagligt selskab for sygeplejersker der arbejder med udvikling og forskning*, 2, 27-31.
- KARLSSON, B. & BORG, M. 2017. *Recovery: tradisjoner, fornyelser og praksiser*, Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.
- KVALE, S. & BRINKMANN, S. 2015. Kbh, Hans Reitzel.
- LEAMY, M., BIRD, V., BOUTILLIER, C. L., WILLIAMS, J. & SLADE, M. 2011. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British journal of psychiatry*, 199, 445-452.
- LIHME, B. 2015. *Det sociale betydning for mennesker med sindslidelse*, Kbh, Akademisk.
- LIM, E., WYNADEN, D. & HESLOP, K. 2019. Changing practice using recovery-focused care in acute mental health settings to reduce aggression: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28, 237-246.
- LIM, E., WYNADEN, D. & HESLOP, K. 2021. Using Q-methodology to explore mental health nurses' knowledge and skills to use recovery-focused care to reduce aggression in acute mental health settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30, 413-426.
- LÜBCKE, P. & ALSTRUP, S. 2010. *Politikens filosofi leksikon*, Kbh, Politiken.
- MARTINSEN, B. & NORLYK, A. 2011. Tre kvalitative forskningstilgange. *Sygeplejersken*, 12, 64-68.
- MCKENNA, B., FURNESS, T., DHITAL, D., PARK, M. & CONNALLY, F. 2014. Recovery-oriented care in a secure mental health setting: "Striving for a good life". *Journal of Forensic Nursing*, 10, 63-69.
- METHLEY, A. M., CAMPBELL, S., CHEW-GRAHAM, C., MCNALLY, R. & CHERAGHI-SOHI, S. 2014. PICO, PICOS and SPIDER: a comparison study of specificity and sensitivity in three

- search tools for qualitative systematic reviews. *BMC health services research*, 14, 579-579.
- MØLLER, L. 2015. Udviklingsstøttende relationer - at være anerkendende. In: LIHME, B. (ed.) *Det sociale betydning for mennesker med sindslidelse*. 1. udgave. ed. Kbh: Akademisk.
- NARDELLA, N., HOOPER, S., LAU, R. & HUTCHINSON, A. 2021. Developing acute care-based mental health nurses' knowledge and skills in providing recovery-orientated care: A mixed methods study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30, 1170-1182.
- OLASOJI, M., PLUMMER, V., SHANTI, M., REED, F. & CROSS, W. 2020. The benefits of consumer involvement in nursing handover on acute inpatient unit: Post-implementation views. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29, 786-795.
- OUTE, J. & JØRGENSEN, K. 2021. *Recovery-orienterede praksisser - i velfærdsinstitutioner og civilsamfund*, 1. edition. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- PEDERSEN, B. D. & DREYER, P. 2018. Fænomenologisk-hermeneutisk forskningstilgang - inspireret af Ricæurs fortolkningsteori. In: GILDBERG, F. A. & HOUNSGAARD, L. (eds.) *Kvalitative analysemetoder i sundhedsforskning*. 1. udgave. ed. Aarhus: Klim.
- PEPLAU, H. E. 1988. *Interpersonal relations in nursing* Houndsmills, Palgrave Macmillan.
- PSYKIATRIEN_REGION_SJÆLLAND 2020. Resultater af recoveryundersøgelsen i psykiatrien Region Sjælland 2020. Voksenpsykiatrien fælles rapport.
- PSYKIATRIEDELSEN_REGION_SJÆLLAND 2014. Politik for recovery: Recovery - værdier og retning.
- PSYKIATRIUDVALGET 2013. *En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser : rapport fra Regeringens Udvalg om Psykiatri*, S.I, Regeringens Udvalg om Psykiatri.
- RASMUSSEN, L. T., REMVIG, K. & WIEN, C. 2022. kap. 6: Litteratur- og informationssøgning til opgaven. In: RIENECKER, L. & STRAY JØRGENSEN, P. (eds.) *Den gode opgave : håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser*. 6. udgave ed. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- RENTORFF, J. D. 2000. Fænomenologi og hermeneutik. *Paul Ricæurs filosofi* København: Hans Reitzels Forlag.
- RIISKJÆR, E., RIISKJÆR, E. & RIISKJÆR, E. 2014. *Patienten som partner : en nødvendig idé med ringe plads*, Odense, Syddansk Universitetsforlag.
- ROPER, C., STJERNEGAARD, K., KENNEDY, H. & EDAN, V. 2020. Recovery. In: BUUS, N. (ed.) *Psykiatrisk sygepleje*. 2. udgave ed. Kbh.: Munksgaard.
- SAFEWARDS. 2023. *Safewards - Ressourcer til implementering af Safewards* [Online]. Section of Mental Health Nursing, Institute of Psychiatry, Health Service and Population Research, England: Safewards. Available: <https://www.safewards.net/da/> [Accessed 2023].
- SIMONY, C. & DREYER, P. 2019. Paul Ricours hermeneutiske fænomenologi. In: HEIMANN HANSEN, B. & HEIMANN HANSEN, B. (eds.) *Fænomenologi og hermeneutik: anvendelse og argumentation i sygeplejen*. 1. udgave. ed. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- SIMPSON, A. 2009. The acute care setting. In: BARKER, P. J. (ed.) *Psychiatric and mental health nursing : the craft of caring*. 2. ed. London: Hodder Arnold.
- SLADE, M. 2015. *Brug og misbrug af recovery : at implementere recoveryorienterede praksisser i psykiatriske og sociale systemer*, Kbh, Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering.
- SNN 2003. Etiske retningslinjer for sygeplejeforskning i Norden; Etical Guidelines for Nursing Research in the Nordic Countries. 1. udgave trykt i 1983 ed.: Sygepleiernes Samarbeid i Norden (SNN), Northern Nurses' Federation (NNF).
- SOLOMON, B., SUTTON, D. & MCKENNA, B. 2021. The experience and meaning of recovery-oriented practice for nurses working in acute mental health services. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30, 963-974.

- TOLDAM, M., JENSEN, P. S., LARSEN, T. S., ANDERSEN, S. L. & EVARISTI, D. De er jo så søde allesammen: Et projekt om patienternes oplevelse af kommunikation i sygeplejen. 2014.
- TOPOR, A. 2003. *Recovery: at komme sig efter alvorlige psykiske lidelser*, Kbh., Hans Reitzel.
- TOPOR, A. 2004. Vad hjälper i återhämtning från svåra psykiska problem? Ett samverkansprojekt mellan brukare och professionella. *Tidsskrift för psykisk helsearbaid*, 1, 4-15.
- TOPOR, A. 2007. En anden form for professionalisme. In: TOPOR, A. (ed.) *Fra patient til person : hvad hjælper mennesker med alvorlige psykiske problemer?* 1. udgave. ed. Kbh: Akademisk Forlag.
- TOPOR, A., BØE, T. D. & LARSEN, I. B. 2018. Small Things, Micro-Affirmations and Helpful Professionals Everyday Recovery-Orientated Practices According to Persons with Mental Health Problems. *Community mental health journal*, 54, 1212-1220.
- TOPOR, A., BORG, M., DI GIROLAMO, S. & DAVIDSON, L. 2011. Not Just an Individual Journey: Social Aspects of Recovery. *International journal of social psychiatry*, 57, 90-99.
- TOPOR, A., LARSEN, I. B. & BØE, T. D. 2020. At komme sig - Fra personlig udvikling til social forandring. *Psykosociale replikker, Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering*, 04.
- TOPOR, A. P. & MATSCHECK, D. 2021. Diversity, complexity and ordinality: Mental health services outside the institutions—service users' and professionals' experience-based practices and knowledges, and new public management.
- VENTOSA-RUIZ, A., MORENO-POYATO, A., LLUCH-CANUT, T., FERIA-RAPOSO, I. & PUIG-LLOBET, M. 2023. The meaning of the recovery process and its stages for people admitted to the mental health day hospital: a qualitative study. Research Square.
- WALDEMAR, A. K., ESBENSEN, B. A., KORSBEK, L., PETERSEN, L. & ARNFRED, S. 2018. Recovery orientation in mental health inpatient settings: Inpatient experiences? *Int J Ment Health Nurs*, 27, 1177-1187.
- WMA. 2018. *World Medical Association. WMA declaration of Helsinki - Ethical Principles for medical research involving human subjects* [Online]. Available: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/> [Accessed 16 januar 2023].
- ZAHAVI, D. 2018. Del 1 - Grundlæggende temaer. In: ZAHAVI, D. (ed.) *Fænomenologi - En introduktion*. 1 ed.: Forfatteren og Samfundslitteratur.