

## **Recovery – håb, umulighed eller fancy ord?**

En kvalitativ evaluering af recovery-undervisning i Region Hovedstadens Psykiatri - med fokus på læring blandt medarbejdere og i underviserteams

Liveng, Anne; Ringer, Agnes; Dybbroe, Betina

*Publication date:*  
2014

*Document Version*  
Også kaldet Forlagets PDF

*Citation for published version (APA):*

Liveng, A., Ringer, A., & Dybbroe, B. (2014). *Recovery – håb, umulighed eller fancy ord? En kvalitativ evaluering af recovery-undervisning i Region Hovedstadens Psykiatri - med fokus på læring blandt medarbejdere og i underviserteams*. Roskilde Universitet.

### **General rights**

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain.
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

### **Take down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact [rucforsk@ruc.dk](mailto:rucforsk@ruc.dk) providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

# Recovery – håb, umulighed eller fancy ord?

En kvalitativ evaluering af recovery-undervisning i  
Region Hovedstadens Psykiatri -  
med fokus på læring blandt medarbejdere og i underviserteams



Anne Liveng,  
Agnes Ringer & Betina Dybbroe

Center for Sundhedsfremmeforskning  
Institut for Psykologi og Uddannelsesforskning  
Roskilde Universitet  
[aliveng@ruc.dk](mailto:aliveng@ruc.dk)

## Indhold

Evaluering af Recovery-undervisning i Region Hovedstadens Psykiatri.....	3
Metode .....	3
Udfordringer i evalueringsprocessen .....	4
Evalueringens opbygning.....	5
Baggrund.....	5
Analysetemaer - intro.....	6
Undervisning i og modtagelse af recovery-orientering.....	7
Hvad er recovery – hvad formidles?.....	7
Recovery - hvad modtages? .....	8
Modtagelsen af undervisningen i forskellige afdelinger .....	10
Modstand og anerkendelse i og af faggrupper .....	12
At mødes på tværs af afdelinger og faggrupper.....	14
Barrierer for at arbejde recovery-orienteret.....	17
Ledelsesopbakning og opfølgning .....	19
Opsamling.....	22
Kombinationen af bruger-behandler team i undervisningen.....	22
Underviser-teamenes syn på egen rollefordeling .....	22
Betydning af brugerfortællingen .....	24
Særlige brugere med særlige fortællinger?.....	27
Evidenskrav og -forståelser .....	28
Patienter med på workshop dagen .....	29
Opsamling.....	31
Konklusion .....	31
Referencer .....	33

## Evaluering af Recovery-undervisning i Region Hovedstadens Psykiatri

Evalueringen, der vedrører projektet ”Kompetenceudvikling – Recovery-orientering”, er gennemført i et samarbejde mellem Center for Sundhedsfremmeforskning, Roskilde Universitet, og Region Hovedstadens Psykiatri, efterår 2014.

Evalueringen undersøger, hvad det betyder at være et blandet behandler og bruger team i funktionen som lærere og formidlere af en recovery-orienteret tilgang i psykiatrien. Fokus i evalueringen vil være dels på læringen i de underviser teams, der har gennemført projektet, og som har bestået af behandlere og brugere, dels på læringen blandt de professionelle, der har deltaget i undervisningen. Læring forstås i evalueringen som en social, emotionel og kognitiv proces, der er indlejret i både livshistorisk og professionel/faglig kontekst, og i dette tilfælde indrammet af en institutionel interesse for potentialer i en recovery-orientering (Illeris 2006). Læreprocessen har på en gang en kollektiv og en individuel dimension, der udfolder sig i samspil med det læringsrum, læringen foregår i (Mezirow 2007, Jørgensen & Warring 2002). Begrebet læringsrum beskriver en teoretisk forståelse af læring på arbejdspladsen som en flerdimensionel og sammensat proces, og indeholder en operationel tilgang, der kan benyttes empirisk i casestudier (Ibid.:2002). Jørgensen & Warrings læringsrums-model for indeholder tre dimensioner, der indgår i et samspil i forhold til den enkelte medarbejders læringsproces: arbejdspladsens teknisk-organisatoriske læringsmiljø, arbejdspladsens socialt-kulturelle læringsmiljø og medarbejderens tidligere læringsforløb. Herved betragtes læringstiltag og læringsforløb altid som kontekstualiseret i både medarbejderens livsforløb og arbejdspladsen som organisation og kultur.

Evalueringen fokuserer på summative såvel som formative analyser (Dahler-Larsen, 2013, Dahler-Larsen og Krogstrup, 2003). Det vil sige at evalueringen dels har indsamlet undervisernes vurderinger af læringspotentialer i teamene, dels vurderinger af uddannelsesworkshoppen blandt medarbejdere, der har deltaget i undervisningen. Men evalueringen indeholder også fremadrettede perspektiver i form af udviklingsorienterede og refleksive data i form af at pege på fremtidige muligheder for forandring i retning af at implementere en recovery-orientering yderligere i Region Hovedstadens Psykiatri.

### Metode

Evalueringens empiriske materiale er kvalitativt og udgøres af:

- Dagbøger, ført af de seks undervisere i teamet, over deres oplevelser med samarbejdet og dets læringspotentialer, samt erfaringer med at møde de professionelle praktikere i den særlige konstellation af behandlere/brugere.
- Et fokusgruppeinterview med repræsentanter for underviserteamet: to med brugerbaggrund og to med sundhedsprofessionel baggrund.
- To fokusgruppeinterview med professionelle fra tre deltagende afdelinger, i alt 6 personer. Her af havde fire en uddannelse som sygeplejerske, en var social- og sundhedsassistent og en fysioterapeut.

Suppleret med undervisernes dagbøger er fokusgruppe-interviews (Halkier 2010) valgt som primær etnografisk metode. Dette med henblik på at åbne for en indsigt i og forståelse af henholdsvis underviseres

og medarbejderes perspektiv på recovery-undervisningen, herunder særligt på betydningen af underviserteams, der inkluderer både sundhedsprofessionelle og ex-brugere.

Formålet med at bruge et kvalitativt forskningsinterview som undersøgelsesmetode er således *”at få fat i de betydninger, som personer, ting og forhold har for interviewpersonen, og/eller afdække de betydninger, som han ser i sin egen måde at forvalte sit liv og sine betingelser på. Formålet er at fange subjektets/aktørens perspektiv, dvs. hans kognitive og følelsesmæssige organisering af verden.”* (Fog 2004:11).

Det kvalitative forskningsinterview giver et *”indefra perspektiv”*, hvor det er personers oplevelser, erfaringer, tanker og følelser, forskeren er interesseret i. Med denne metode får man et bredere indblik i personers livsverden, end det for eksempel er muligt at opnå ved spørgeskemaundersøgelser. I dette tilfælde må *”livsverden”* for medarbejdernes vedkommende forstås som det arbejdsliv, en recovery-orientering tænkes at skulle implementeres. For undervisernes vedkommende forstås begrebet *”livsverden”* som arbejdet i bruger-professionelle teams og de både faglige og identitetsmæssige udfordringer og læreprocesser, der har været forbundet med det at undervise i bruger-professionelle teams.

Metoden har betydet, at der er fremkommet indsigt i underviseres og medarbejderes forståelser af recovery-begrebet, i den institutionelle kontekst begrebet via workshoppen lanceres i, og i de dilemmaer og spændingsfelter, der opstår når et nyt begreb, gennem en ny metode introduceres indenfor en institution præget af en række andre tendenser og traditioner.

Som første led i evalueringsprocessen er underviser-dagbøgernes indhold blevet kondenseret og reflekteret. Dagbøgernes temaer har derefter dannet baggrund for udarbejdelsen af to interviewguides, der afspejler evalueringsinteressen, til brug i hhv. fokusgruppeinterview med medarbejdere og team-undervisere. Denne del af evalueringsarbejdet er udført af lektor Anne Liveng, der også har gennemført de tre interviews. Interviewene er transkriberet i deres fulde ordlyd af en ekstern medarbejder. Dagbogsmaterialet samt de transkriberede interviews er analyseret med fokus på læringsmæssigt relevante temaer, belyst fra de forskellige positioner hhv. team og medarbejdere repræsenterer. Analyserne er gennemført af Anne Liveng i samarbejde med ekstern lektor, Ph.D. Agnes Ringer og professor Betina Dybbroe.

### **Udfordringer i evalueringsprocessen**

Deltagerne til medarbejderinterviewene blev rekrutteret af medlemmer fra underviserteamet gennem afdelingssygeplejersker på forskellige afdelinger i Region Hovedstadens Psykiatri. Det viste sig at være vanskeligere end antaget at få det ønskede antal medarbejdere (ca. seks i hver fokusgruppe, med forskellig faglig baggrund og enkelte med ledelses-ansvar) end først antaget. Dels var det svært at finde tidspunkter hvor så mange medarbejdere kunne gå fra arbejdet, dels meldte nogle medarbejdere sig, men dukkede ikke op til interviewet. Denne udfordring afspejler hvad der også skulle vise sig i det transkriberede materiale; at workshoppen og hele spørgsmålet om at arbejde recovery-orienteret er langt mere present og i langt højere grad opfattes som en nytænkning af underviserne end af de medarbejdere, der har deltaget i workshoppen. De medarbejdere, der har deltaget er velorienterede omkring recovery og engagerede heri, og derfor er deres udsagn vigtige. Netop de engagerede medarbejdere kan være med til at give strategien praktiske leve-muligheder, også i forhold til mindre vidende kolleger. Deres udsagn kan opfattes som eksemplariske i den forstand, at netop de vidende og engagerede medarbejdere har reflekteret over mulighederne for implementering af en recovery-orientering.

Materialet kan dermed ses som eksemplarisk, og det er, trods sit begrænsede omfang, meget indholdsrigt og komplekst. Temaerne væver sig ind og ud af hinanden som tråde i et net, og det har været en opgave at få disse sammenhænge fremstillet i rapportens lineære forløb. For overskuelighedens skyld er hovedpointerne samlet i punktform efter hvert analyse-tema og markeret med fed skrift.

### Evalueringens opbygning

Evalueringen er empiri-nær, hvilket betyder at de interviewedes udtalelser i stort omfang er gengivet. Analyserne er samlet under to hovedoverskrifter: Undervisning i og modtagelse af recovery-orientering, og Kombinationen af bruger-behandler team i undervisningen. Denne opdeling af valgt fordi de to områder tematisk har udskilt sig som særligt tydelige i materialet. Temaerne er genereret på tværs af undervisernes interview og dagbøger og medarbejder-interviewene<sup>1</sup>. Undervejs trækkes der en række pointer op, der går på tværs af og sammenkobler materialet. Afslutningsvis rejses spørgsmål, som evalueringen giver anledning til at stille, hvis man i Region Hovedstadens Psykiatri fortsat ønsker at arbejde med at etablere og udvikle en recovery-orientering blandt medarbejdere på alle niveauer i det psykiatriske behandlingssystem.

### Baggrund

Recovery er blevet til en vigtig politisk målsætning i psykiatrien og den psykosociale rehabilitering. I oktober 2013 udkom en rapport fra regeringens udvalg i psykiatri. Her pegede man på at en af de væsentlige udfordringer i indsatsen for mennesker med psykisk lidelse er "begrænset inddragelse af borger og pårørende som ressource i borgerens forløb" (*En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser*, 2013, s.6). Rapporten formulerer endvidere: "Det er vigtigt, at værdier som selvbestemmelse, inddragelse, recovery og inklusion udgør en væsentlig del af grundlaget for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser." (ibid, s.4). Omdrejningspunktet for de politiske målsætninger er et ændret blik og tilgang til den psykiatriserede person som samtidig potentielt implicerer forandring af hele det psykiatriske felt, herunder professionelle, institutioner og vidensforståelser.

Konceptet recovery kan ikke forstås uafhængigt af den kontekst, den moderne psykiatri befinder sig i. Flere forskere har peget på, at den moderne psykiatri er i en legitimitetskrise, hvor psykiatrien anfægtes fra flere sider (Bracken et al., 2012; De Waal, Malik, & Bhugra, 2010; Kleinman, 2012; Moncrieff, 2007; Oute & Ringer, 2014).

Psykiatrikritik fra lægmænd har eksisteret siden psykiatriens begyndelse (Møllerhøj, 2005), men de sidste år har også flere forskere inden for den etablerede psykiatri stiller spørgsmålstegn ved psykiatriens videnskabelighed og grundpræmisser. Et stigende antal forskere (fx Kirsch et al., 2008; Moncrieff, 2008; Whitaker, 2010; Gøtzsche, 2014) stiller spørgsmålstegn ved om psykofarmaka virker efter hensigten, og rejser tvivl om den psykofarmakologiske forsknings videnskabelige troværdighed og uafhængighed fra medicinalindustrien. Psykiatriforskere peger på, at psykiatriens krise stikker dybere end diskussionen om psykofarmaka. Den handler også om at der i stigende grad sås tvivl om psykiatriens videnskabelige fundament, herunder især det psykiatriske sygdomsbegreb (Cromby, Harper & Reavey, 2013; Kingdon, 2007). Sygdomsbegrebet spiller samtidig sammen med senmoderne styrings- og standardiserings bestræbelser i forlængelse af New Public Management, som skaber konflikter om det psykiatriske arbejdes

---

<sup>1</sup> Alle interview-citater er skrevet i kursiv. Hvor tegnene (...) er indsat markeres at ord/sætninger er udeladt.

mål, metoder og virkning. De professionelle oplever i stigende grad at diagnostisk fokus erstatter arbejdet med borgerne i relation til deres sociale kontekst, og at væsentlige sider af arbejdet usynliggøres (Dybbroe og Kamp, 2014).

Derudover ses en stigning i antallet af brugerbevægelser og græsrodsbevægelser, der organiserer sig og kræver ændringer i psykiatrien. Nogle af disse organisationer forholder sig politisk og kritisk til den etablerede psykiatri, og stiller spørgsmålstejn ved psykiatriens sygdomsbegreb. Et eksempel er Stemme-hørernetværket (Intervoice), en hastigt voksende brugerbevægelse, der sigter mod at afpatologisere fænomenet stemmehøring til ikke at være et symptom på skizofreni men derimod en eksistentiel og almindelig menneskelig oplevelse.

Det er i kølvandet på disse spændinger at konceptet recovery er blevet til, i forsøg på at gentænke nogle af de præmisser som den traditionelle psykiatri hviler på. Recovery, i den form konceptet søges implementeret i psykiatrien i dag, handler om i højere grad at synliggøre og arbejde med borgerens ressourcer, fremfor at fokusere på sygdom, problemer, anomali og svagheder, således at borgeren kan 'komme sig' eller lære nye måder at leve med sine problemer. Men recovery er stadig et omdiskuteret begreb i såvel sundhedsvidenskabelig forskning som praksis (Harper & Speed, 2012; Pilgrim, 2008), og det er derfor særligt interessant at se på hvordan det bliver til, forandrer sig og virker i konkrete praksisser. Undervisningsprogrammet som denne evaluering undersøger, er et eksempel på en sådan implementering af begrebet i praksis.

### **Analysetemaer - intro**

Temaerne er så godt som alle præget af en række spændinger, modsætninger, ambivalenser og paradokser. Disse kan både forstås som inkorporerede i selve projekt-opbygningen, men de afspejler også nogle af de ovennævnte generelle tendenser i det psykiatriske og sundhedsfaglige felt.

Det er karakteristisk, at det er tydeligere at se læreprocesserne blandt underviserne, end det er at afdække læring blandt medarbejderne. For underviserne har projektet udgjort deres arbejdsliv gennem måneder, og involveret personlige udfordringer og grænsebrydninger; det uvante i at undervise i teams der består af undervisere med brugerbaggrund og undervisere med sygeplejefaglig baggrund er en udfordring og balancegang giver anledning til refleksioner, tvivl om roller og nye indsigter (Felton & Stickley 2004).

For medarbejderne derimod har workshoppen været en enkelt dag ud af et travlt arbejdsliv og i konkurrence med andre undervisningstilbud. Disse forskellige vilkår er væsentlige at have in mente ved læsning af rapporten. Samtidig indgår den enkelte undervisningsdag for medarbejderne i det samlede læringsrum, arbejdet udgør. Dette læringsrum er præget af de ovennævnte spændinger, men også af mere generelle moderniseringstendenser, der pågår i den offentlige sektor i disse år i retning af øget standardisering og effektivisering (Kamp og Dybbroe 2013; Hjort 2012).

## Undervisning i og modtagelse af recovery-orientering

### Hvad er recovery – hvad formidles?

Først og fremmest afspejler interviewene uklarheder om, hvordan recovery-begrebet skal forstås. Disse uklarheder viser sig både i underviserne fortællinger om hvad de har præsenteret på workshoppen og i medarbejdernes udtalelser om hvordan de forstår en recovery-orientering.

De slides underviserne har præsenteret på workshopdagene forstår recovery-begrebet som det at fokusere på patientens muligheder for bedring, herunder på at afdække muligheder og håb hos patienten og holde fast i disse, trods lidelse og tilbagefald i bedring. Men som det afspejles i interviewet med underviserne eksisterer der mere radikale udlægninger af begrebet, som de sommetider bringer i spil i deres præsentationer. Brugen af recovery begrebet i en institutionel psykiatrisk sammenhæng indeholder en række modsætningsforhold, som underviserne håndterer løbende, alt efter hvordan de fornemmer deltagerne reaktioner. Underviserne har ikke selv haft sidste ord i forhold til de slides de bruger, men har overtaget undervisningsprogrammet. Der er udarbejdet af projektleder i et samarbejde med projektejer og leder af Kompetencecenter for Rehabilitering og Recovery, og er efterfølgende blev diskuteret og godkendt af hhv. direktion og styregruppe. Underviserne mener, at styregruppen i visse tilfælde har begrænset deres rum for at ændre programmet. Underviserne fortæller om at de gennem projektet udvikler ”sådan lidt civil ulydighed” og tilpasser det de formidler til deres fornemmelser af, hvad deltagerne kan tolerere:

*Jeg vil sige, vi allierede os faktisk med dem vi underviste, mere end med ledelsen, nogle gange, det gjorde jeg i hvert fald. Jeg var mere på bølgelængde med, med. Ja, det mest provokerende jeg kunne finde på at lave, jeg husker, vi kunne finde på at sige det der med skal man egentlig have sygdomsindsigt for at komme sig, det var provokerende, synes jeg, der var mange der holdt meget fast i at uden sygdomsindsigt kunne man simpelt hen ikke opnå en bedring.*

Omvendt laver styregruppen også programmet om undervejs således at selve undervisningens indhold i nogen grad kommer til at fremstå som en kamplads for forståelser af recovery-begrebet og for forståelsen af evidensbegrebet: *Der var på et tidspunkt i efteråret 13, hvor at styregruppen mente at der skulle mere evidens på programmet. Så måtte vi jo finde noget mere evidens.*

Underviserne taler om en diskrepans mellem tænkningen indlejret i recovery-begrebet, der handler om at lytte og være opmærksom på den enkeltes oplevelser og ønsker, også når det gælder medarbejderne, kontra ensretningen og styringen oppefra. Underviserne ser en ambivalens indlejret i projektet, idet de på den ene side mulighed fik mulighed for at gøre noget nyt, og på den anden side blev fastholdt i helst ikke at gøre for meget nyt i forhold til at give patienter og medarbejdere mere indflydelse. Det giver fx anledning til dyb undren og modstand blandt underviserne, at lean bliver skrevet på underviserne slides som værende relateret til recovery-orientering. De opfatter lean-tænkningen som stående i direkte modsætning til recovery-tænkningen. Underviserne oplever at det bliver deres opgave at få de mange modsatrettede retninger til at mødes:

*Så det var på den ene side meget styret og gennemtænkt, og på den anden side var det jo ikke gennemtænkt. Så virkede det sådan lidt tilfældigt kastet ud på, så der var mange løse ender, synes jeg, som vi ikke kunne binde sammen.*



Formidlingen af begrebet bliver således indlejret i et spændingsfelt mellem på den ene side en radikal forståelse af recovery, der indeholder et opgør med sygdomsbegrebet og på den anden en institutionelt tilpasset forståelse, der trækker på den traditionelle psykiatriske sygdomsforståelse og en mere klassisk positivistisk forståelse af evidens.

- **Undervisernes formidling af recovery har befundet sig i et spændingsfelt mellem en radikal og en institutionstilpasset tolkning af begrebet.**
- **Underviserne bruger de slides, der er udarbejdet af projektleder, projektejer og leder af Kompetencecenter for Rehabilitering og Recovery, og godkendt af direktion og styregruppe, men de tilpasser deres formidling til de givne workshopdeltagere ud fra en antagelse om, hvad de er i stand til at rumme.**

### Recovery - hvad modtages?

Trods det at recovery-begrebet som hovedregel formidles i en form der kan passes ind i en institutionel sammenhæng, og dermed snarere kan ses som et institutionelt koncept, fortæller underviserne gentagne gange om at møde modstand hos deltagerne i workshoppen, og om deltagere, der føler sig stærkt provokeret.

De interviewede medarbejdere italesætter den helt modsatte oplevelse, nemlig at det man får at vide er recovery-orientering ikke er noget revolutionerende nyt, men noget man i vid udstrækning allerede tænker i og praktiserer: *Jeg tror aldrig vi har prøvet ikke at arbejde recovery-orienteret med inddragelse af patienter og pårørende. Det tror jeg egentlig har været der altid.*

For nogle medarbejdere bliver undervisningsdagen derfor snarere en bekræftelse af at man er på rette vej, en oplevelse af, at det man allerede gør, bliver sprogliggjort, og at man gør det ledelsen forventer af en: *Når man sad til kursus, så kunne man godt mærke at mange af de ting, der blev sagt, det var jo noget, man allerede gjorde i forvejen, og noget som afdelingen arbejdede med i forvejen, eller som vi tænkte med i vores felt. Så jeg kunne nikke genkendende til mange af tingene, men det var ikke på den måde sat ord på det, italesat, inden kurset. (...) Det var ikke sådan, at jeg tænkte, at der var sådan en decideret øjenåbner, da jeg var til kurset, men det var ligesom om bagefter, at man fik den der tjekliste, eller, nå ja, nogle af de ting, at der blev sat ord på det, det gør vi i forvejen, og det var rart at vide, at man gør de rigtige ting.*

Samtidig efterlyser flere medarbejdere mere konkret viden om "hvordan man gør", tips, tricks, en form for værktøjskasse, der kan benyttes i det daglige arbejde og som kan passe ind i netop deres form for psykiatrisk arbejde, med deres specifikke borgere. Det er ikke nok at kunne tilslutte sig en abstrakt ide, og abstraktionsniveauet skaber usikkerhed om, hvad en recovery-orientering er i den daglige praksis: *Jeg husker selve workshopdagen som jeg blev noget forvirret, om hvad recovery var, og hvad det er. Jeg tror jeg manglede, altså, jeg kan godt lide det er meget konkret. Det skal ikke bare være sådan overordnet, at det her er en tankegang, og det er en tilgang til patienterne, men sådan mere konkret, hvad er det vi gør.*

At der i undervisningen ikke er blevet spurgt mere ind til deltagernes forudsætninger og praksis i deres respektive afdelinger giver anledning til frustration og en følelse af ikke at blive taget alvorligt. Der bliver

ikke taget udgangspunkt i, eller spurgt til hvad deltagerne vidste i forvejen, eller hvilken baggrund de havde, og medarbejderne efterlyser en højere grad af kontekstualisering af det formidlede stof:

*Assistenten og sygeplejersken, de har faktisk fået undervisning, så de ved hvad det er.*

*Ja, de har selvfølgelig ikke så meget erfaring med at arbejde med det. Men de kender godt begreberne og synes egentlig også at de godt kunne have brugt, altså, det var meget det her med, hvordan kan vi bruge det i praksis, det var det vi manglede, ikke. Altså, ikke den overordnede viden, men hvordan fører, altså, vi teori over til praksis.*

Medarbejderne kommer med indspil til, hvordan de mener man kan arbejde recovery-orienteret på netop deres afdeling og fortæller om lokale initiativer de har oplevet fungere, for eksempel at lave en rehabiliteringsplan, hvor man udvælger fokusområder, som patienterne ønsker at arbejde med. De understreger at patienterne her selv er med til at sætte målene, sådan at det er deres egne ønsker, der kommer i fokus. Således reflekterer de over hvad recovery-orientering kan betyde i netop deres arbejdssituation.

Andre medarbejdere synes dog at have en opfattelse af, at recovery-orientering er ensbetydende med at lade patienten gøre, hvad vedkommende umiddelbart har lyst til. Interviewene melder ikke noget om, hvorvidt personalet er blevet mere afklaret omkring fortolkningen af begrebet:

*Vi har arbejdet bevidst med det inden og har været og er fortsat i personalegruppen uenige om, hvordan man bedst støtter op omkring det. Om man helt skal lade patienterne kun gøre det, de selv vil og føler og tænker er godt for deres recovery-proces, eller om man også kan stille nogen krav til dem i forhold til det vi gør, fordi man er indlagt på et hospital.*

Personalets faglighed og erfaring med hvad der kan fungere godt for den enkelte patient i bestemte faser og situationer, kommer i denne udlægning til at stå i modsætning til at arbejde recovery-orienteret. Faglighed bliver set som ensbetydende med at stille krav, og dermed tænke mere på institutionens logik end på patientens ve og vel. I denne udlægning bliver recovery-orientering således nærmest det modsatte af professionalitet.

Denne "laissez-faire tolkning" kommer til at rokke ved betydningen af den professionelle viden, der somme tider står i kontrast til, hvad patientens umiddelbare ønsker er:

*Ja, jeg tænker lidt i forbindelse med at der ligesom var lanceret, nu skal vi arbejde recovery-orienteret, at der var nogen der ligesom fik en tanke om, at vi skulle lægge alt over til patienterne. Altså, i stedet for at tage vores faglighed med i forhold til, hvis man ligger og sover hele dagen. Det er måske ikke særlig helbredende for en recovery-proces, selvom patienten lige synes, at det er det, de har lyst til.*

Udtalelserne fra både undervisere og medarbejdere peger på væsentlige vanskeligheder, der har været indlejret i projektet. Dels er det en opgave at formidle begreber og tænkninger, der ikke hersker konsensus omkring, og som er opstået som alternativer til selvsamme institutionelle setting og vidensregime, som de søges implementeret i. Recovery bliver en "flydende betegnelse"(), der kan rumme alt fra en radikal ny-orienteringer i psykiatrien til et institutionelt program for kompetenceudvikling af medarbejderne. Dels har der ligget en udfordring i at skabe læreprocesser hos medarbejdere, der står i forskellige konkrete praksisser, uden at disse for alvor inddrages som led i den læringsmæssige kontekst. At begrebet ikke fremstår klart giver sammen med den manglende kontekstualisering anledning til at der åbnes for en vifte af fortolkninger, der på den ene side tjener medarbejderne til bekræftelse af deres arbejdsrutiner, på den anden side giver anledning til diskussioner af daglig praksis, der kan føre i vidt forskellige retninger. Tolkes

recovery-orientering som blot at lade patienterne være, både svigter og underminerer personalet deres professionelle rolle - og den store modstand mod tænkningen bliver særdeles meningsfuld.

Der ligger store læringsmæssige potentialer i diskussioner af disse tolkninger, men som interviewmaterialet fremstår, er de tilsyneladende ikke blevet eksplicit tematiseret på workshoppen.

- **Manglende konsensus om recovery-begrebets indhold betyder, at det fortolkes på forskellig vis blandt medarbejderne – det kan ses som både bekræftende og truende for professionaliteten.**
- **Medarbejderne efterlyser kontekstualisering af begrebet i fht deres specifikke arbejdssituation.**

### Modtagelsen af undervisningen i forskellige afdelinger

Underviserteamet har oplevet at der har været stor forskel på, hvordan de forskellige psykiatriske specialer og afdelinger kunne se sig selv indenfor en recovery-tænkning. Nogle specialer, fx de ambulante teams har ment de allerede arbejdede recovery-orienteret eller havde elementer af en recovery-orientering i deres behandling. Medarbejdere fra disse afdelinger havde nemmere ved at se sig selv styrke det recovery-orienterede arbejde fremover. Nogle af de intensive afdelinger, skadestue, akut-enheder og lukkede enheder, kunne derimod starte dagene med at sige, at recovery intet havde med dem at gøre.

I retspsykiatrien har underviserne haft en oplevelse af, at medarbejderne har haft vanskeligt ved at se at det overhovedet var relevant for dem at tænke recovery-orienteret, når de samtidig også havde en juridisk, retslig opgave. Medarbejderne formulerer samme tvivl om, hvad begrebet betyder, når der er tale om tvangsindlagte patienter:

*Men jeg synes også den er meget svær, den der recovery, når man har folk, der er på tvang. Altså jeg har en patient i øjeblikket, som er her mod sin vilje, får medicin mod sin vilje, ikke, og så skal vi sidde og finde et håb og et mål frem. "Jeg vil hjem." Jamen, hvad skal der så til, for at du kan komme hjem, hvad skal der..." "Ja, at I kan give mig lov til at gå." Ja, okay. Og så stopper den ligesom der, og så gider hun sådan set ikke at snakke med mig ret meget længere, fordi så bliver jeg irriterende. Der synes jeg er meget svært lige at få grejet den sådan til patientens mål.*

Indbyrdes kan medarbejderne komme med forslag til hvad recovery-orientering vil sige i de konkrete tilfælde, sådan at de faktisk etablerer situationer i interviewsituationen, hvor de kan lære af hinanden. Men samtidig efterlyser de at disse konkrete forslag var blevet bragt i spil på workshopdagen:

*Men vi har jo også patienter, der bliver dårlige en gang imellem som på lukkede afsnit, men ellers arbejder vi ikke mod deres vilje, kan man sige. Jeg kan altid referere til, prøv og hør, vi har lavet din rehabiliteringsplan. Her siger du, at du gerne vil hjem, og her nævner du, hvad der skal være opfyldt for at du kan komme hjem, ikke. Og så kan man jo arbejde den vej rundt, og hvordan kan vi så støtte dig til, at du opnår lige præcis det her.*

*Vores er jo lidt det samme, som du kalder det, brandslukning. De kommer ind helt vildt dårlige, akutte psykotiske eller alle mulige andre tilstande de kan være i, affekttilstande. Og så handler det om at vi simpelt hen så hurtigt som muligt skal gøre, at de ikke er forpinte længere. Og der synes jeg, det havde været fedt at de (underviserne, red.) havde tænkt: okay, nu kommer der en ind på rød tvang, altså man kunne have taget sådan et forløb, nogle forløbsbeskrivelser op, måske, ikke. Altså nu kommer der en ind på rød tvang, og den og den patient modsætter sig medicinsk behandling, og er aggressiv, og vil nærmest ikke engang have kontakt til personalet. Og hvad gør vi her, ikke, altså, hvordan arbejder vi med det recovery-begreb på sådan en patient. Det savnede jeg virkelig.*

Det har i den forbindelse været en udfordrende opgave for team'ene at skulle formulere konkrete forestillinger om hvad recovery er i forhold til de afdelinger hvis virkelighed er 24 timers indlæggelser. Underviserne er enige om at det er en væsentlig opgave som kompetencecenter at få formuleret visioner netop indenfor disse rammer og hjælpe personalet til at få øje på hvilken betydning, man kan have: *Deres arbejde i den akutte fase jo er så ekstremt vigtigt, ikke. Altså, det kan godt være at det er et rigtig hårdt arbejde, psykisk på mange måder, ikke. Men (...) det er vigtigt, at de var der. Fordi der kan jo ske alt muligt med patienter, de kan jo begå selvmord, eller andre ting, gøre skade på andre, eller hvad det nu måtte være, hvis der ikke var den akutte psykiatri, ikke. Det synes jeg, jeg sagde til dem, at det var vigtigt, at de skulle klappe sig selv på skulderen, at de gjorde et rigtig godt stykke arbejde. Men jeg synes også, at det nogle gange kunne være svært, at få dem til at synes at deres arbejde var recovery-orienteret.*

Nogle af de interviewede medarbejdere ser dog potentialer for recovery-orientering også i de meget korte indlæggelser. Her bliver recovery begrebet oversat til det at kunne rumme patienten og tro på at man støtter i et positivt forløb, trods den begrænsede tid:

*På vores afdeling hvor patienten kommer ind, og patienten har brug for at komme ind at overnatte hos os. Og så bliver patienten udskrevet igen. Men det er også en del af recoverytilgang til patienten, at hun er i en proces, og vi skal bare rumme dem måske 8 timer eller 12 timer, og så bliver de udskrevet igen. Og det er der, det kan give lidt frustrationer overfor nogle der ikke ligesom har den der tankegang. Nå, hvorfor igen, altså vi gør ikke noget for hende. Jo, vi gør noget for hende, vi rummer hende når hun har det dårligt, og så kan hun arbejde med sig selv bagefter.*

Men som andre udtalelser fra de interviewede medarbejder viser, hersker der stadigvæk uklarhed om, hvordan man kan arbejde recovery-orienteret indenfor de korte tidsmæssige rammer. Der udtrykkes en frustration over det man oplever som modsatrettede krav, der ikke tager hensyn til de reelle arbejdsvilkår: *(...) ligesom vi har fokus på det enkelte individ i vores behandling, så savnede jeg at der havde været mere fokus på den enkelte medarbejder. Når man går ud og bruger så store summer penge. Jeg kan mærke der er noget i mig, fordi jeg synes der er så meget. Vi bliver presset så meget ovenfra i forhold til registreringsydelse, i forhold til at vi skal leane, og vi skal dit og dat. Og jeg kan ikke se, jeg kan simpelt hen ikke få øje på at der er nogen sammenhæng i det her, (...)*

Forskellene i modtagelse af undervisningen handler, som en anden underviser fremhæver, ligeledes ikke blot om hvilke specialer personalet kom fra, men i lige så høj grad om en tilgang eller holdning på afsnittet: *Vi havde 8 retspsykiatriske afsnit, tror jeg, vi har været fælles om. Der var måske 3 eller 4 der var virkelig positive, og så var der andre hvor de ikke rigtig kunne relatere sig til den synsvinkel. Ligesom i ældrepsykiatrien, der var der også nogle, som egentlig havde gode tanker om, hvad de kunne gøre, eller hvordan tænker man recovery-orienteret i forhold til demens.*

Det er vanskeligt ud fra materialet at konkludere hvad disse forskelle bunder i. En underviser taler om en "afdelingskultur" der kan være forskellig fra afsnit til afsnit og skriver i sin dagbog: *Jeg havde en snak med afdelingssygeplejersken om kulturen på deres afsnit. Hun var ligesom jeg meget optaget af at recovery-tankegangen i bund og grund handler om menneskesyn. For hendes vedkommende blev det vigtigt i forhold til at finde at de rigtige medarbejdere. Faktisk kunne både A. og jeg mærke en*

*særlig harmoni blandt deltagerne på dagen. Der var kun deltagere fra ét afsnit, men nogle gange kommer der alligevel meget forskellige holdninger til udtryk i diskussioner, fx om hvorvidt man arbejder recovery-orienteret på det pågældende afsnit. Der var også forskellige holdninger på dette afsnit, men tingene blev talt igennem og landet på en fornuftig måde.*

Det lidt uklare begreb "kulturen" drejer sig tilsyneladende i høj grad om, hvorvidt det er muligt at få diskuteret sig frem til fælles holdninger og have rum til at tænke og vende nye tanker på et afsnit. På denne måde hænger kultur også sammen med de betingelser der eksisterer for arbejdet – uden dog at være identisk hermed.

Undervisernes oplevelse af at en recovery-orientering er vanskeligere at formidle på de afsnit hvor indlæggelsestiderne er korte, suppleres på denne måde af medarbejdernes udtalelser om, at tidspres og opgaveophobning stiller sig i vejen for at praktisere tænkningen. Medarbejderne oplever at stå i et krydspres, hvor knappe tidsmæssige ressourcer føles som en hindring for den mere personlige indsigt i patientens livsforløb, muligheder og håb. En særlig afdelingskultur kan i nogen grad opveje presset, men ændrer ikke ved at der opleves et pres, som kan bevirke at medarbejderne ikke lærer det tiltænkte. Tværtimod lærer de måske blot at de ikke kan leve op til alle krav – hvad mange af udtalelserne om barrierer for recovery-orientering peger på.

- **Underviserne har oplevet det som udfordrende at forklare, hvad recovery er på visse afsnit: fx akut-modtagelse og retspsykiatri.**
- **Medarbejderne har vanskeligt ved at se, hvordan de kan arbejde recovery-orienteret når patienten er tvangsindlagt eller indlagt kort tid.**
- **En opbyggende ledelsesunderstøttet afdelingskultur kan afhjælpe vanskelighederne.**

### **Modstand og anerkendelse i og af faggrupper**

Psykiatriens faggrupper har modtaget undervisningen forskelligt. Undervisernes indtryk er at det ofte har været lægerne og psykiaterne, der har været svære at få i tale på workshoppen. Også andre faglige grupper har stejlet, fx fortælles om en psykolog, der kalder recovery-undervisningen for "religion". Generelt set er der tale om at jo højere uddannelsesniveau man har, jo mere skepsis overfor undervisningen. Underviserne mener dette kan hænge sammen med en usikkerhed hos de nævnte faggrupper på, om tankerne, der præsenteres i undervisningen vil så tvivl om deres faglighed:

*Hvis man fra starten af kunne afklare, at der var ingen af os der kom og tvivlede på deres faglighed. Altså, hvis det ligesom var fra starten klart, at vi kommer med noget, som faktisk er en tankegang, man kan sætte ind i deres faglighed, og det er ikke fordi, de ikke gør det godt. Det var meget vigtigt.*

Dette må, som tidligere berørt, ses i forhold til en hverdag i psykiatrien, hvor akkreditering, kvalitetsstyring og standardisering udfordrer psykiatrisk faglighed.

Medarbejderne reflekterer ligeledes over hvem der deltog, hvem der havde gavn af workshoppen og hvem der var fraværende:

*Ja, og så manglede vi læger, kan man sige, også ikke. Det havde måske været mere hensigtsmæssigt end sekretærer, fordi de trods alt har mere patientkontakt end sekretærene har.*

Lægernes sporadiske deltagelse, der italesættes i begge medarbejderinterviews, betyder at de interviewede ser knap så positivt på blandingen af afsnit og faggrupper; at de øverste i det professionelle hierarki ikke prioriterer undervisningen virker demotiverende og sår tvivl om, hvorvidt det faktisk er muligt at praktisere en recovery-orientering indenfor institutionens rammer.

Blandt medarbejderne findes en stor følsomhed overfor kritik, hvilket kan hænge sammen med at psykiatrien både er presset økonomisk og ofte er udsat for kritik i medierne. For de højt uddannede faggruppers vedkommende kan det, at der kommer undervisere fra lavere positioner i det sundhedsfaglige hierarki – og undervisere uden psykiatri-faglig baggrund - i den kontekst tilsyneladende opleves som nedvurderende eller de-legitimerende overfor egen faglig position.

Som underviserne fortæller om det, er de dog i mange tilfælde kommet bag denne usikkerhed og har formået at "berolige" deltagerne og overbevise dem om at undervisningen ikke var ensbetydende med kontrol eller kritik af deres arbejde. Således har deltagerne i løbet af dagen kunnet gennemgå en læreproces, der ændrer deres holdning:

*Når man så var kommet ind bag de der korslagte arme, når de fik en forståelse af at de godt kunne arbejde med deres egen måde at tænke recovery på, og vi faktisk gerne ville understøtte den proces og ikke sætte prikken over hovedet på dem eller afsnittet. Så blev de faktisk ofte lidt mere afslappede, og måske også nogle gange inspirerede til at tage noget med fra dagen.*

Underviserne taler om at et nøgleord i sammenhæng med modstanden er anerkendelse – eller mangel på samme. De oplevede, at dem de underviste meget hurtigt gik i forsvar, fordi de ikke oplevede at de blev anerkendt for det, de allerede havde gjort i forhold til recovery. En af de første præsenterede slides stiller spørgsmålet, "Hvordan forankrer vi en recovery-orienteret kultur?" Allerede her opponerer medarbejderne og spørger, hvem anerkender os, for vi har allerede gjort en masse ting?

*Det er nok mest den der diskrepans, ikke, der er. Altså fordi, jeg vil sige generelt er jeg glad for mit arbejde, jeg synes jeg er på en god afdeling, jeg synes vi arbejder meget, meget målrettet og professionelt. Jeg synes vi ligger højt, men jeg synes at nogle gange, så bliver forventningerne sat endnu højere, eller det bliver ikke helt værdsat, at grunden til at vi faktisk ligger så højt, det er faktisk fordi personalet virkelig yder rigtig meget, og er villige til at gå på kompromis for patienternes skyld. Fordi vi gør rigtig meget for vores patienter, altså prøver virkelig at finde løsninger, hvordan kan man lige dreje det her, så det passer, altså så det ikke går ud over patienterne, når vi har så travlt, ikke.*

Anerkendelsesbehovet præger medarbejderinterviewene på utallige måder. Som behovet for bekræftelse af at man allerede gør det ønskede, som udtryk for at befinde sig i uløselige krydspres og gennem fortællinger om at det man finder subjektivt meningsfuldt i arbejdet – og mener er det der gør en forskel for patienterne, bliver nedprioriteret eller usynliggjort.

For at nå igennem til medarbejderne må underviserne tage højde for denne fornemmelse blandt medarbejderne af at være usynlige: *Vi udviklede nogle metoder, (til anerkendelse af medarbejderne(red.)), ind imellem så spurgte vi dem hvilke recovery-orienterede metoder har I i spil i dag, og så kunne vi anerkende de ting, de gør, som er recovery-orienterede.*

Citaterne viser kollektive dimensioner af læringsprocessen, og hvordan det læringsrum workshoppen udgør, er indlejret i hele det psykiatriske felt, som arbejdsplads præget af både professionelle hierarkier, medarbejder engagement og offentlige styringsrationaler. Læringsindholdet og de pædagogiske metoder bliver til i en forhandlet proces mellem undervisere og deltagere, hvor de endelige valg i høj grad beror på undervisernes aflæsning af deltagernes reaktioner. På denne måde kommer workshoppen til at bevæge sig i et spændingsfelt mellem ny-orientering og en anerkendelse af det eksisterende.

På trods af at alle italesætter oplevelser af modstand blandt faggrupper i personalet, er det også undervisernes indtryk at der er blevet sat processer i gang; primært i retning af at ændre tænkningen blandt personalet fra at fokusere på patientens begrænsninger, til at kigge på ressourcer og forsøge at styrke dem.

Man kan diskutere om dette er en udvandet opfattelse af begrebet recovery. I en oprindelig udlægning af begrebet, som formuleret af patientforeninger, indebærer recovery-tænkningen et fundamentalt opgør med den psykiatriske sygdomsforståelse (Harper og Speed 2012). Som recovery-orienteringen præsenteres på workshoppen forstås den i højere grad som en styrkelse af bestemte tilgange i arbejdet, udtrykt gennem udtalelser om at sådan gør vi allerede i forvejen, og den tilegnes af medarbejderne i nogle tilfælde (blot?) som et supplement til de eksisterende arbejdsmåder. På den anden side er de mindre radikale udlægnings og de ændringer i tankegang, der kan udvikles heraf, måske også det, der er realistisk indenfor de institutionelle rammer, og så langt underviserne kan nå med ideerne i den kontekst, de har at præsentere dem i.

Men anerkendelsesbehovet og baggrundene for det tages i betragtning når læringsudbyttet vurderes (Liveng 2010, Juul 2010). Den manglende erfaring af, at "nogen" ser man arbejder seriøst og engageret blokerer for den store motivation til at være med på endnu en "forandringsbølge". Når medarbejdere kan beskrive recovery som "*endnu et fancy ord*" tyder det på, at man har nået en grænse for, hvad man er i stand til at omstille sig til.

- **Underviserne har mødt usikkerhed om recovery-konceptet blandt psykiatriens højst uddannede faggrupper.**
- **Alle faggrupper udtrykker diskrepans mellem krav i arbejdet og målsætninger, indeholdt i recovery-orienteringen.**
- **Medarbejderne efterlyser anerkendelse for det man gør, og indsigt hos underviserne i de modsatrettede krav.**

### **At mødes på tværs af afdelinger og faggrupper**

Til gengæld er der ifølge underviserne opstået læreprocesser på workshoppen på grund af, at deltagere fra forskellige afsnit og specialer har været i samme rum og delt erfaringer. Denne læring er således ikke nødvendigvis nært knyttet til recovery-begrebet, men snarere til det at kunne se sit arbejde fra andre perspektiver. Modstanden underviserne oplever på holdene, handler som beskrevet i høj grad om ikke at føle sig set i den særlige kontekst, man arbejder i, og her har deltagerne haft stor betydning for hinanden i form af at bekræfte hinanden i oplevelser af arbejdets hverdag:

*Nogle gange skete der en bevægelse fra den her med, "I kender ikke til vores virkelighed. Så var der også de andre, de kender heller ikke til vores virkelighed," til at "der er noget der ligner hinanden".*

Gennem de fælles arbejdsopgaver blev personalet vendt fra at kigge på forskelligheder til at se på, hvad man er fælles om, og hvad man kunne lære af de andre. Underviserne beskriver, at man som medarbejder gerne ville arbejde på tværs, og man ville høre hvad de andre havde at sige, når først den indledende tvivl var overkommet. Alene det uvante i at sosu-assistenterne skulle være i arbejdsgruppe med lægerne provokerede mange og rykkede personalet ud af deres vante tankegange. Samlingen på tværs af afdelinger gav anledning til at flere kunne se deres arbejde som led i en større helhed.

Blandingen af faggrupper giver dog også anledning til didaktisk overvejelse hos underviserne. En vanskelighed har ligget i at deltagerne netop har haft forskellig uddannelse. De afsnit, der arbejder med de mest komplicerede behandlingsforløb (lukkede afsnit, retspsykiatrien, ældrepsykiatrien) har oftest en større andel af kortuddannede, hvilket kan spille ind på hvordan man går til undervisningen. Den kvantitative evaluering viser, at nogle syntes at niveauet var for højt, og andre syntes det var for lavt. Så hvor der kan fremhæves positive aspekter i at blande faggrupperne er det også forbundet med udfordringer at ramme et niveau, hvor alle synes undervisningen giver mening. Den modstand, underviserne har oplevet kan også forstås i sammenhæng hermed. En medarbejder siger:  
*Altså jeg oplevede faktisk at folk fik en lille smule modstand på det, også herinde, fordi de på en eller anden måde følte at (...) der blev måske sådan talt lidt ned til dem. Det var der mange der oplevede at, altså, fordi vi godt vidste noget i forvejen, og så blev det sådan på et lidt lavere niveau end det vi egentlig vidste, (...)*

Som medarbejderne beskriver det, kan det at blande folk fra forskellige afdelinger give indsigt men samtidig gøre det sværere at arbejde konkret med implementering:  
*Der er det nemmere, ja, gøre det sådan, nogle fra en afdeling og nogle andre fra en anden afdeling. Det er der fordele og ulemper ved. Det er jo meget sjovt at høre, hvordan andre arbejder, men jeg tror også det var svært, lidt fordi lukket afdeling arbejder meget andledes end åben afdeling. Der er nogle helt andre begrænsninger på den lukkede afdeling, end vi har for eksempel, ikke, på den åbne. Det kunne også give, sådan, det var der både fordele og ulemper ved, og det var jo spændende at høre, men det var svært ligesom at, hvordan får man det så videre og implementeret, fordi det var så forskelligt.*

Behovet for at udveksle viden på tværs af afsnit er ifølge medarbejderne stort. De svaner at kunne se en kontinuitet i behandlingsprocessen og have en indsigt i at de øvrige afsnit arbejder på sammen måde som de selv. Patienterne bliver somme tider forvirrede, når der arbejdes på forskellig måde og det bliver vanskeligere for medarbejderne at finde de metoder, patienterne er kendte med, når man ikke ved hvad de har oplevet før. Det tales således om manglende viden og indsigt på tværs af afdelinger og om manglende fælles metoder og mål.

*(...) noget af det, jeg synes der kan være svært, når man har dem så kort tid, det er det der med at starte en proces, om det er recovery, eller det kognitive vi uddanner i, som er en del af det også, og så ryger de ud, videre. Den der med at kunne snakke sammen, at patienterne tager de samme ting med, som vi startede, eller at vi får viden fra distriktet, hvor de allerede følges. Hvad er det for nogen skemaer, hvis det er det kognitive, hvad er det de er vant til at arbejde med? Den tror jeg, at jeg synes halter lidt.*

Specielt beskriver medarbejderne overgangen fra børnepsykiatrien over i voksenpsykiatrien som chokerende for både patienter og pårørende, fordi man arbejder så forskelligt.



Det at have mange afsnit og faggrupper samlet giver netop underviserne mulighed for at skabe en forståelse af den sammenhæng hver enkelt afdeling indgår i, en forståelse som ligger fint i tråd med recovery-tænkningen, som den blev formidlet:

*Jeg valgte nogle gange at prøve at fremhæve, at dem der gjorde en indsats på akutmodtagelsen, jo faktisk var en del af den samlede psykiatri. Og at de mennesker fik noget ud af det på det tidspunkt i den ramme og så gik videre, så man fik mere et billede af, at man var en del af en helhed og ikke bare et lille akutafsnit, som sendte folk videre. Og jeg oplevede nogle gange at de blev positivt, altså de blev lidt mere sådan, nå, ja, vi er jo mange om det her. Det mangler vi nogle gange, man ser ikke sammenhængen længere, man ser kun sig selv eller sin lille biks der.*

Undervisningen på tværs af afdelinger kan som det fremgår give ny viden og læring blandt medarbejderne. Det er ikke en enkelt form for undervisning, men overordnet svarer den faktisk på nogle af de vidensbehov, medarbejderne udtrykker, de har.

Der er en velkendt læringsteoretisk pointe, at tværfagligt samarbejde kan føre til perspektivskifte og indsigt i samlede arbejdsprocesser, der styrker vidensniveauet hos alle medarbejdere (Ellström 2001; Ellström Ekholm & Ellström 2008). Men perspektivskiftet kræver også tid og rum for refleksion og det har der ifølge medarbejderne manglet på workshoppen:

*Ja, og så vil jeg sige at hvis vi reelt skulle kunne bidrage med noget til hinanden, så var refleksionsrummet for kort i forhold til. Og måske også arbejdsopgaven, altså, for det vi blev sat til, var for lidt tid vi havde til måske egentlig sådan reelt at fordybe os i, for at kunne give hinanden noget.*

Medarbejderne deler ikke fuldt ud undervisernes opfattelse af, at blandingen på tværs af faggrupper og afdelinger i sig selv giver de efterlyste nye indsigter. Der er potentialer herfor, men om de er blevet fuldt udfoldet er tvivlsomt. Spørgsmålet hænger sammen med spørgsmålet om opfølgning og ledelsesopbakning, hvor workshoppen er en "dråbe i havet" hvis ikke der følges målrettet op på undervisningen.

Underviserne med brugerbaggrund fortæller derimod entydigt om at opnå nye indsigter i medarbejdernes arbejdsvilkår gennem workshoppen:

*Det nye jeg lærte i dag handlede mest om deltagernes arbejdsvilkår og om det der handler om ydelser. Det er en barsk hverdag når én fra deres team har en sygemelding, så skal resten af teamet sørge for at den sygemeldtes ydelser alligevel kommer i hus. (...)*

*Jeg oplevede også at folk, afsnittene, havde meget forskellige arbejdsvilkår. Der var nogle rehabiliteringsafsnit som havde rigtig dårlige arbejdsvilkår, som havde ikke nogen samtalerum, og som var sådan gennemgangsafsnit, ikke, hvor der var andre afsnit der gik igennem, og de fysiske rammer var dårlige. Og så var der andre steder, hvor de havde enormt gode fysiske rammer.*

Indsigten i medarbejdernes somme tider ringe arbejdsvilkår er med til at skærpe undervisernes blik for hvad der kan lade sig gøre i praksis, og for nogle af de behov der eksisterer i medarbejdergrupperne. Men det sker også, når medarbejderne har opgaven, hvor de skal tænke på begrænsninger i forhold til at arbejde recovery-orienteret, at de fysiske rammer kommer op til diskussion. Her kommer underviserne til at stå i et dilemma, hvor de på en gang må anerkende begrænsningerne og samtidig må undgå at fokusere på dem, fordi de ikke kan ændre dem. Underviserne lærer således af mødet med medarbejderne, men har ikke mulighed for at drage konsekvenser af denne læring.

- **Blandingen af medarbejdere fra forskellige afsnit og specialer er en didaktisk udfordring, men giver læringspotentialer i form af perspektivskifte og mulighed for at se sit arbejde i sammenhæng.**
- **Behovet for at kende til hinandens arbejdsprocesser er stort og ikke opfyldt på én dags workshop.**
- **Underviserne får ny indsigt i medarbejdernes virkelighed, men har ikke rum for at handle på den.**

### Barrierer for at arbejde recovery-orienteret

Det mest karakteristiske for medarbejderinterviewene er deres utallige eksempler på barrierer for at arbejde recovery-orienteret. Medarbejderne ser recovery-orienteringen som et krav ovenfra, som nogle strømninger i tiden, de forventes at omsætte til praksis. Kravet kommer for dem at se til at stå i kontrast til dårlig fysisk indretning af afdelingerne og begrænsede personaleressourcer. De finder det svært, og paradoksalt, fx at se hvordan de kan støtte patienterne til at opnå nogle af de ønsker, de har for et øget funktionsniveau, når afdelingen er uhensigtsmæssigt indrettet i forhold til at skulle arbejde med patienterne. En medarbejder beskriver at ønsker kan være at kunne passe sin lejlighed, kunne købe ind og lave mad, og kunne være sammen med andre mennesker. Men man har ikke adgang til et køkken og patienterne må ikke komme med ud i det køkken, der er. Fagligt er der fornuft i, at patienterne er med til at lave praktiske opgaver, for at holde funktioner vedlige mens de er indlagt, men mulighederne er der ikke.

*Vi har for få rum, og det er for dårligt indrettet rent fysisk, til at man kan have nogle stillesamtaler, eller at man kan sidde i en stue sammen med andre uden at føle sig overvåget, hvis man er meget paranoid. Selvom de kun skal hjem og vaske op for en, så holder man det alligevel lidt vedlige ved også at lave nogle praktiske opgaver, sådan nogle skal-ting, som vi alle sammen på en eller anden måde skal holde vedlige. (...) Ja, så vi tænker, det der manglende, vi har skrevet "manglende muligheder for at øve rehabiliterende aktiviteter".*

Medarbejderne fortæller om at det de hører patienterne sige giver mest mening, er det der bliver nedlagt: *Vi har en køkkengruppe, som vores ergoterapeut bestyrer. Den hedder livsstilsgruppen, og man lærer noget omkring sund mad, og man kan komme med ud at lære at købe ind, og man kan træne sociale færdigheder, fordi det foregår i en gruppe, og man lærer også at lave noget sundt og fornuftigt mad, der ikke tager enormt lang tid. Den er simpelt hen så fornuftig, den gruppe, og de 6, jeg tror der er 6-7 unge patienter i øjeblikket, 2 timer om ugen, altså det er det, de synes giver mest mening. Nu har vi så problemer, fordi vi skal låne et køkken på en anden afdeling og måske skal afgive det hele. Det virker sådan lidt fjollet, når visionen er, at man skal arbejde recoveryorienteret, og patienterne siger, jamen det er lige præcis det her, der giver mening for os.*

Uhensigtsmæssige indretning, som at patienterne ikke har lås på toilettet, så man kan låse døren, når man går i bad, ser medarbejderne som en umyndiggørelse, der står i modsætning til recovery-tanken. Andre fortæller om at det kan være svært at arbejde med lige præcis med de mål, patienten gerne vil, pga. manglende aktiviteter. Der efterlyses aktiviteter der ikke bare er fjernsynskiggeri i dagligstuen, igangsættelse af fysiske aktiviteter, nogle til at følge til foredrag ude i byen, eller til at lave noget kreativt i afsnittet. Alle interviewede taler om for få personaleressourcer, og særligt med fokus på de mere

specialiserede fagligheder som psykolog, mere lægedækning, ergoterapeut og fysioterapeut, sådan at man får flere tilgange til patienten.

En medarbejder mener ligefrem at man med de mange besparelser og krav til øget antal ydelser ødelægger den recovery-orientering, hun ser som en integreret del af personalets holdning i arbejdet:

*Noget af det jeg synes der går rigtig galt hos os i forhold til at bevare den her måde at arbejde på, er at vi bliver presset på vores ydelser. Det vil sige at fra måske at have et gennemsnitligt ydelsestal på 3, vi har jo mange andre ting, vi har jo grupper og, hvad hedder det, forskellige møder og ting som ligger implicit i den behandlingsform vi også har. Nå, men så bliver der øget på ydelser, hvilket betyder at vi faktisk må gå ud og lave nogle andre behandlingstiltag, som gør at fra at vi måske ser patienterne en gang i ugen, som er en del af den behandling vi laver, så har vi for mange, fordi vi har været presset til at tage dem ind i behandling. Så har vi måttet tage dem hver 14. dag, hvilket gør at muligheden for at arbejde med dem bliver betydeligt sværere i forhold til lige præcis at arbejde recovery-minded, ikke. Fordi når de kommer med 14 dages interval, i den tilstand de i forvejen er, fordi vi ikke kan tage dem en gang om ugen, så kommer vi meget ud i, og det er det problem jeg oplever flere af mine kolleger sidder med, at så slukker vi ildebrande. Og når man bare slukker ildebrande, så er der ikke udvikling, så bliver det svært at lave udviklingsarbejde (...) altså det er jo så flot, at det er så flot at sige vi gør det her, vi går ud og laver det her. Men tingene stemmer bare ikke overens med det, der så sker sideløbende, ved siden af, vel, altså. Og når der ikke er samspil i tingene, så tror jeg også, man særligt fra os som er nede på gulvet, kommer til at mærke rigtig meget modstand.*

Andre forhold, der ses som barrierer for at arbejde recovery-orienteret, er en manglende fælles holdning blandt personalet, som man mener, giver frustrationer, udbrændthed og dårlig pleje. Et par medarbejdere udtrykker usikkerhed ved arbejdssituationen og deres udtalelser afspejler et arbejdsmiljø, der bestemt ikke kan siges at fremme recovery-processer.

*Man kan rende rundt og være en lille smule utryg, fordi patienterne er dårlige og jeg ved ikke helt, hvor er det lige, huha, jeg skal passe på, at jeg ikke får sagt noget forkert, eller det jeg må sige til denne her patient, må jeg bestemt ikke sige her, og omvendt. Så jeg synes det tager rigtig meget at have overskud til den her recovery-proces, at de er dårlige, at vi ikke er hverken uddannede eller føler os sikre i hverdagen.*

Der beskrives et meget anstrengende arbejdsmiljø, hvor man hele tiden skulle kunne omstille sig fra patient til patient, og hvor det går hurtigt, både pga. mange arbejdsopgaver, men også fordi det skifter fra dag til dag, eller fra time til time hvordan vedkommende patient har det. Medarbejderne taler om at have "øjet på uret", og at ens "hjernevindinger kan gå fuldstændig død". Når man når til at skulle dokumentere tingene, kan man ikke huske, hvem man har snakket med hvad om, siges det.

Usikkerhed, utryghed, pressethed og ligefrem stress fremstår som velkendte følelser blandt personalet: *(...) jeg kan huske også på et tidspunkt i den der gruppe, vi havde, hvor jeg skulle undervise i stress-sårbarhed, og jeg var selv så topstresset, at jeg var lige ved at segne. Og vi går der og lærer patienten, nej, nu skal du sætte grænser, nu skal du være opmærksom på dit og dat, ikke, og så står man selv (...)*

Fortællingerne om de mange barrierer giver indsigt i medarbejdernes anerkendelsesbehov og hvori det måske bunder. Men det er ikke bare sig selv og sine egne arbejdsvilkår, man oplever ikke bliver prioriteret.

Netværk omkring patienten, fx via distriktspsykiatrien og pårørende bliver ifølge medarbejderne heller ikke prioriteret højt nok. Der refereres til bruger-fortællingerne, hvor en bruger har fortalt at det der hjalp ham, for det første var den hyppige kontakt i Opus og desuden færdighedstræning, og at tale med andre ligesindede. Medarbejderne oplever at brugerfortællingen har gået i strid med, at man nedlægger alle vores grupper herude, træningskøkkener, gartneri og aktiviteter, bliver lukket ned, så man ender med behandlingspsykiatri på sengeafsnittene. Medarbejderne føler at man propper et begreb over hovedet på dem, men ikke giver dem ressourcerne til at gøre det bedst muligt.

Uddannelse og vejledning af de pårørende kan være med til at styrke en recovery-proces, men som en medarbejder siger, er de pårørende ikke altid automatisk en ressource i fht. patienten:

*Ja, også det med at det jo måske ikke altid er hensigtsmæssigt, at min patients mand skal vejledes af mig, fordi jeg er jo inde i hendes problematik, jeg er ligesom hendes advokat, og ved at han måske gør noget, som ikke er særlig helende for hende (...)*

Her savnes en anden form for undervisning, end den personalet umiddelbart kan tilbyde.

Endelig påpeges det uhensigtsmæssige i at folk er indlagt, der bare venter på et bosted. Mange af dem der er klar til et bosted, kan ikke være i egen lejlighed, mange kan heller ikke være på et herberg. Det er der for dårlige til, og den eneste grund til, at de er velfungerende er, siger personalet, fordi de er hos os. Recovery-ideen forsvinder hvis patienten udskrives, og kan vente 3 måneder derhjemme på et bosted, mens vedkommende bliver rigtig dårlig.

De mange oplevede barrierer står i vejen for den tiltænkte læring hos personalet. Hvor underviserne forståeligt nok har valgt ikke at fokusere på barriererne, betyder dette måske samtidig at de netop får en uoverskuelig plads hos personalet, som reelle forhindringer, man føler sig afmægtig overfor. De utallige eksempler på tiltag, der faktisk indeholder et recovery-aspekt, men som er blevet nedprioriteret, viser at medarbejderne både har indsigt i tænkningen og erfaringer med hvad der kan fungere positivt for patienten. Når disse forhindringer ikke kan tematiseres, fordi nogle forhold ikke er til diskussion, går de mange væsentlige læringspotentialer som forhindringerne indeholder tabt. Medarbejdernes fokus på barriererne illustrerer således den dobbelthed der har ligget i projektet, mellem at ville tænke nyt og alligevel ikke ændre noget radikalt.

- **Medarbejderne ser praktiske og organisatoriske barrierer for at arbejde recovery-orienteret i praksis, og oplever en diskrepans i at eksisterende recovery-orienterede aktiviteter nedlægges.**
- **Det har været umuligt at diskutere barriererne tilbundsgående og handle på dem, hvilket udgør en hindring for medarbejdernes læringsproces.**

### Ledelsesopbakning og opfølgning

Undervisersteamet er meget opmærksomme på ledelsens rolle i forhold til den måde de er blevet modtaget på, når de har undervist på workshopen. De fortæller at der var en stor forskel på hvordan ledelsen tog imod dem. Hvis ledelsen gav grønt lys, og var med til sådan at gøre dagen god fx ved at møde op og introducere til dagen, modtager deres personale undervisningen i en positiv ånd og optræder mere engagerede:

*Der var lidt forskel mellem de forskellige steder, kunne man godt sådan mærke, noget ånd, eller åbenhed, eller forskel på støtte fra ledelsesniveauet. Nogle gange sad der konsekvent en fra ledelsen med, øverste ledelse eller ledelsen, som også sagde velkommen til os, (...). Andre gange, så sad der bare nogle afdelings-sygeplejersker nede blandt publikum og lod som om, at de ikke havde noget særligt at skulle have sagt.*

Ledelsesopbakningen signalerer overfor personalet at dette er noget vi vil, og det smitter af på personalet. *De steder hvor ledelsen præsterede at komme og sige, der var nogle gange i (xx), ikke, hvor (yy), hun kom og indledte, "nu kommer der en rigtig spændende dag, og det er noget vi også prioriterer rigtig meget, og jeg ved I arbejder i forvejen med", og sådan noget. Hun hjalp os jo kæmpe meget, ikke. Så gik hun, men bare det hun lige var der 10 minutter og indledte på den måde, det var helt fantastisk.*

Modtagelsen af undervisningen hænger også sammen med personalegruppens indbydes forhold og den diskussionskultur man har på afsnittet. Underviserne mener at kunne se, at der var nogle afsnit som var meget sammentømrede og enige om hvilken tilgang man havde, mens der andre steder høres forskellige stemmer der taler i hver sin retning. Afdelingskulturen og holdningen til recovery er i høj grad områder, som ledelsen har mulighed for at påvirke.

Tilsvarende efterlyser medarbejderne mere sammenhæng i de kurser man får tilbudt, så man ikke oplever at have recovery-dag den ene dag, skulle lære kognitiv adfærdsterapi den næste, for at ende med at lære om motiverende samtale:

*Jeg har både været til den motiverende samtale-kursus, og så har vi lige fået noget kognitiv adfærdsterapiundervisning også, så der er mange ting jeg har fået her. Og det er alt sammen, det synes jeg giver god mening, fordi noget af det minder om hinanden og har nogen af de samme paralleller. Men jeg synes det alt sammen har været meget inspirerende og en god måde at ligesom, hvordan er det, man her på stedet, og hvordan er det jeg føler i fremtiden jeg kan arbejde med mine patienter, og skal arbejde med dem. Så der synes jeg også at recoverydagen der var god til, fordi det er jo det, der nogen gange trækker os, hvis en faglighed, og, fordi der hvor de synes, patienterne, at det ikke er recovery, det er hvis vi kommer og fortæller dem det gode råd, tricket, om det der får dem selv til at indse, og det er jo det der er den helt store, der er den store, det der er svært, ikke? Så der synes jeg at recovery det var lidt inde på det, men jeg synes mere, at det har været til den motiverende samtale og måske kognitiv adfærdsterapi, at der har jeg fået nogle flere tricks og sådan måder at kunne gøre de ting på.*

Medarbejderne savner opfølgning på dagen/kurserne, særligt ser de det som problematisk hvis ikke deres egne ledere sørger for at følge op på det, eller tager hånd om det, som de har syntes er barrierer. Sker det ikke bliver medarbejderne blot mere frustrerede over, at være bevidste om arbejdsmåderne men samtidig opleve at der er så mange barrierer i systemet i forhold til at kunne arbejde recovery-orienteret i praksis. De savner at de overordnede bliver ved med at holde fast i det, hjælper med at huske på hvor de gør noget, der er recovery-orienteret. Andre efterlyser klarere udmeldinger om hvad man forventer af medarbejderne og hvordan man forventer de skal arbejde med recovery-orientering fremadrettet.

*Jeg tænker også i tråd med, i forhold til hvorfor have den her dag, hvis der ikke rigtig bliver fulgt op på det, bliver der gjort nogle af de ændringer, vi så kan se der kan gøres, eller, fordi man kan sige, jo, ideen er jo god nok med at så har man den der lidt grundliggende tankegang. Men hvis man alligevel ikke har tid og*

*overskud i hverdagen til at arbejde med recovery, hvis man ikke har rammerne for det, så er det jo svært, så kan det måske være ligegyldigt med at have sådan en dag...*

Manglende ledelsesopbakning kan blive en yderligere barriere for at arbejde recovery-orienteret, idet den manglende opbakning dels kan betyde at andre rationaler i arbejdet prioriteres højest, og at medarbejderne oplever tvivl om, hvilken vej ledelsen egentlig ønsker, man skal gå. En medarbejder taler om et modsætningsforhold mellem "det vi skal", som fx er dokumentation og at følge bestemte vejledninger, og det de mener, giver mening for både medarbejder og patient, som handler om den personlige relation, hvor medarbejderen har tid og rum for at møde patienten som menneske. Det sidste er i tråd med recovery-orienteringen, men det første fylder fordi det er det, man måles og vurderes på.

Underviserteamet beskriver tilsvarende tvivl vedrørende opfølgning af workshopdagen. Oplevelsen er, at en del af afdelingssygeplejerskerne tænkte, at det var deres opgave at samle deres afsnits tanker om recovery op og arbejde videre med det. Men ansvaret for opfølgning har ikke ligget fast:

*Der var nogle steder, hvor vi samlede på øvelserne og havde lavet alle de her flipoverpapirer og skrev det ene og det andet og det tredje op. Nogle gange blev de bare kasseret efter workshoppen, andre gange tog en af afdelingssygeplejerskerne eller udviklings-et-eller-andet det med videre.*

Det virker således lidt tilfældigt om der konkret arbejdes videre med workshoppens indhold på afdelingerne og hvordan. Undervisernes fortællinger giver et billede af at opfølgningen til dels er afhængig af "ildsjæle", der udviser særligt engagement. På den anden side tegner de også et håbefuldt billede af workshoppen som element i en bredere udvikling, der dog igen ikke kan siges at være helt entydig:

*Der kommer hele tiden nye tiltag som er recovery-orienterede, projekter og sådan noget. Og nu det her med at patienterne skal være med på behandlingsplanerne fx, det er også et led i den bevægelse, altså der kommer sådan mange bække små. Hvor jeg så håber vores undervisning har banet vejen til, at nogle af de her projekter får en nemmere fart, ikke.*

Flere medarbejdere har konkrete ideer til hvordan man kunne arbejde videre, fx gennem at uddanne nøglepersoner, med ansvar for implementering og fortsat vidensudvikling i afdelingen og en enkelt medarbejder beskriver, hun netop har fået en sådan rolle. Hun synes dog stadig den opgave hun har påtaget sig kunne have været mere eksplicit formuleret og diskuteret på workshoppen.

Undervisernes efterlysning af opbakning og anerkendelse fra deres ledelse bekræfter indtrykket der gives af medarbejderne af et system, hvori der sættes mange tiltag i værk, men hvor der ikke fokuseres særligt på, hvilke situationer de menige medarbejdere står i. Således formulerer underviserne et ønske mere løbende samarbejde med den øverste ledelse, af projektet, som de ser som pionerer, i forhold til at bruge penge på et nyt og stort projekt, men som de mener undervejs ikke var så synlige eller havde føling med hvad underviserne oplevede i praksis.

- **Ledelsesopbakning er centralt for implementeringen af nye læringsaktiviteter og den har ikke altid været synlig nok for medarbejderne.**
- **Recovery-workshoppen har konkurreret med andre undervisningstiltag og opfølgning af dagen har fremstået for både undervisere og medarbejdere som tilfældig.**

## Opsamling

Begrebet og betydningen af recovery-undervisningen fremstår ikke tydeligt for medarbejderne, men tydeligere for underviserne. Undervisningsprogrammet har ikke taget højde for det læringsrum, medarbejderne indgår i, i deres daglige arbejde, og dermed ikke for de modstridende krav om fx besparelser, effektivisering og standardisering, der eksisterer sideløbende med projektet. Den manglende kontekstualisering udgør den væsentligste læringsmæssige barriere for medarbejderne. Læringspotentialer har dog ligget i blandingen af faggrupper og af medarbejdere fra forskellige afsnit og specialer.

## Kombinationen af bruger-behandler team i undervisningen

### Underviser-teamenes syn på egen rollefordeling

Overordnet set har underviserne, uanset om man har brugerbaggrund eller sygeplejefaglig baggrund, været rigtig glade for at være to om undervisningen. Blandt andet fordi man har mødt modstand fra deltagerne opleves teamet som en styrke; at være to giver ro til refleksion og en at sparre med i vanskelige situationer: *Jeg ville have syntes det var rigtig trættende og hårdt, hvis jeg havde gået rundt alene. Også fordi man ofte mødte lige en mur i starten, ikke. Hvad vil du egentlig, eller hvad skal der ske nu? Så jeg brugte i hvert fald meget energi på at sådan sige: hej, vi er positive, hallo, hvidt flag. Så altså, det var rart at være to og kunne sige puha, og reflektere med en også.*

Holdstørrelsen har varieret, og især på de store hold gør to undervisere det praktisk muligt at have mere overblik og fange indtryk fra personale og patienter:

*Jamen det har været super godt. To. Og det har også, når man sådan står i det, lige at holde øje med hvad der foregår i alle kroge, og de der vurderinger, ikke. Skal vi gøre det, skal vi et eller andet som at lade den her patient fortælle lidt mere eller ej, at vi ikke er alene om det.*

Underviserne er både i deres dagbøger og i fokusgruppe-interviewet stærkt optagede af betydningerne af deres teamsamarbejde og rollefordelingerne heri. Rolleforventninger kommer både fra det personale teamet underviser, men også fra underviserne i teamet selv. Rollefordelingen er typisk blevet den, at den sundhedsprofessionelle bliver set som "den ansvarlige" for forløbet af dagen, "skolemesteren", og den der står for at sikre det teoretiske indhold, mens underviseren med brugerbaggrund kommer til at stå for det personlige, følelsesmæssige indhold. Rollefordelingen hænger bl.a. sammen med, at det fra starten af projektet var besluttet, at de sundhedsfaglige undervisere præsenterede teorielektionerne, mens underviseren med brugererfaring præsenterede sin personlige historie.

Som det beskrives i dagbøgerne betyder rollefordelingen bl.a. at underviseren med brugerbaggrund i begyndelsen af forløbet har en anden opfattelse af modstanden, man møder fra deltagerne, end den anden underviser:

*Jeg opfattede det ikke så voldsomt, mens min sundhedsfaglige kollega opfattede det mere voldsomt og måske har det noget at gøre med, at den sundhedsfaglige underviser som regel står for den teoretiske del og jeg med min baggrund bidrager med en mere personlig erfaring. Derfor vil jeg ikke føle mig så ramt af kritikken, hvis den handler om hvorvidt recovery er spild af tid eller gammel vin på nye flasker. Eller sagt på en anden måde, så har jeg ikke så stort ejerskab på den teoretiske eller sundhedsfaglige del af undervisningen.*

Samtidig har de sygeplejefaglige undervisere mangeårig erfaring og har udviklet rutiner og kompetence i fht at undervise. Denne kompetence er nødvendig når der skal præsenteres et stof der kan virke provokerende på nogle deltagere. Rollerne cementeres tilsyneladende af tidspres, mens opgaver der kræver at forskellige typer viden inddrages åbner for opblødning af rollefordelingen:

*Men jeg synes, da vi lavede opsamling af gruppearbejdet, så var rollerne også lidt mere, jeg ved ikke om man kan kalde det jævnbyrdige, men de smeltede lidt mere sammen. Fordi så havde C eller B eller (navn) en anden form for viden, og jeg havde en anden viden, og så kunne man bedre sådan sparre (...) jeg tænkte også i starten der, altså for mig var det oplagt at dele det sådan op, at de sundhedsfaglige undervisere havde de her teorilektioner, og vi havde en gruppeting. Og det kan godt være, at det er meget firkantet, men det var oplagt, og vi skulle også i gang.*

Efter et stykke tid bliver den nye undervisningssituation så velkendt, at de erfarne undervisere giver slip på behovet for at gøre som de plejer og lægge en bekymring fra sig over hvordan det hele nu skal forløbe. Erfaringen af, at bruger-underviserne faktisk er gode til at undervise, får den sundhedsprofessionelle til at slappe af og kunne lægge noget af ansvaret fra sig, mens underviserne med brugerbaggrund føler sig så sikre at de også insisterer på at tage ansvar for præsentationen af de teoretiske slides.

Afhængigt af hvilken afdeling man underviste på har rollefordelingen også ændret sig. Særligt fortæller underviserne om Børne og Ungdomspsykiatrien, hvor man havde inviteret børn/unge og pårørende ind til at bidrage med brugerfortællingen. Her bliver rollefordelingen forskudt, da man sjældent bringer den personlige historie fra underviseren med brugerbaggrund på banen, men inviterer folk udefra.

Når teamet har fungeret bedst er rollerne blevet diskuteret og opblødt i takt med at begge parter blev mere trygge ved hinanden og med opgaven:

*Nu underviste jeg meget sammen med (a) i starten, nogle snakke netop om sådan meget præcist: det siger jeg, så siger du, og ikke at gå ind over hinanden, og sådan, der er sådan lidt skarpe. Og så ville (a) gerne have nogle slides for at komme lidt på banen.*

På denne måde har team'ene udviklet deres rollefordeling over perioden i takt med at man gjorde fælles erfaringer. Underviserne når undervejs i forløbet til at turde mere, til at kunne aftale på forhånd at gøre tingene lidt anderledes, end planlagt fra begyndelsen af forløbet.

Hvor de sundhedsprofessionelle beskriver i deres dagbøger særligt i begyndelsen at have fokus på "en skøbelighed" hos underviserne med bruger baggrund, fortæller underviserne med brugerbaggrund om at blive så opslugte af underviserrollen, at de glemmer underviseren med professionel baggrund:

*Op til workshopdagen havde x og jeg haft et møde om hvordan dagen skulle forløbe, (...). X huskede det jeg havde bedt om, men jeg glemte næsten x i navnerunden. Det havde hun jo ellers bedt mig om at være særligt opmærksom på. Det gav mig lidt stof til eftertanke om at det at være fokuseret i en undervisningssituation og at det så kan være svært, at have opmærksomhed på andre forhold.*

Samtidig udtrykker de sundhedsprofessionelle undervisere selv undervejs en sårbarhed, i forhold til at savne en umiddelbar anerkendelse fra både de deltagere, de underviser og fra deres egen ledelses side. De



oplever at blive set på som dem, der garanterer det faglige niveau, mens deltagernes begejstring for de personlige historier og dermed underviserne med brugerbaggrund ofte lang mere tydelig udtalt. De sundhedsprofessionelle italesætter et savn af anerkendelse; det er ikke dem der bliver klappet af, det er ikke dem der bliver takket.

*Og netop det der med, at der var tit nogle, der gik lige forbi mig og hen til min kollega og sagde tusind tak for en fantastisk dag, og du har været helt særlig, og sådan noget. Jeg kunne stå lige ved siden af, og jeg tænkte, det er faneme uhyggeligt, det her, og jeg er også et menneske, der har brug for lidt anerkendelse.*

Samme sundhedsprofessionelle fortæller om oplevelsen af en meget forskellig tilgang til underviserne blandt personalet, hvor hun ser "en stor tilgivelse fra publikum", overfor underviseren med brugerbaggrund, mens hun føler sig pillet ned med det samme, hvis hun siger noget "forkert".

Som det fremgår, har der for de involverede været megen læring forbundet med at undervise i teams på tværs af baggrund. De har reflekteret over og udvidet deres grænser og syn på den anden underviser, og oplevet at det at være sammen om en fælles opgave, skulle klare en situation, har gjort at de "glemmer" at se hinanden som tilhørende forskellige kategorier af undervisere.

- **Underviserteamene har uafhængigt af baggrund lært af at undervise sammen: roller og positioner er blevet opblødt og man har undervejs opnået større sikkerhed og tiltro til hinanden.**
- **Der har været rum og tid til refleksion i teamet, og man har bevidst arbejdet med sine erfaringer via dagbogsskrivning og på fælles møder.**

### Betydning af brugerfortællingen

Både i dagbøger og interview diskuterer underviserne betydningen af brugerfortællingen.

Brugerfortællingen kan på en gang bryde og fastholde roller. Underviserne oplevede generelt, at der var en meget stor og udelt begejstring for brugerhistorien og for de personer der fortalte. Men indbyrdes i teamet er man usikre på, hvad det egentlig er man skal med brugerhistorien. Som en underviser siger:

*Der er jo heller ingen der siger at en workshop som handler om recovery-orientering, nødvendigvis skal indeholde en brugerfortælling. Brugererfaring kan komme i spil på andre måder. For det ville naturligvis være mærkeligt hvis man, hvis en hvilken som helst anden skulle fortælle min historie. Så jeg tænker altså, man kunne lave en co-produktion på en anden måde.*

Nogle af medarbejderne efterlyser ligeledes at underviseren med brugerbaggrund havde en funktion ud over at fortælle en historie. Som en medarbejder siger "det hører man jo til dagligt fra andre patienter".

Men generelt er medarbejderne meget positivt stemt overfor brugerfortællingen, der fungerer som en personliggørelse af de mere abstrakte ideer om recovery:

*(...) jeg syntes ikke jeg fik noget nyt med. Udover at man hørte brugeren, altså, historien. Det syntes jeg var givende, at man ser en person, og det var faktisk meget godt, synes jeg. Man ser en person der faktisk har været igennem et forløb med recovery. Det synes jeg var meget godt at få ansigt på.*

Nogle medarbejdere efterspørger mere debat mellem de to undervisere, og mener forskellene i baggrund netop kunne have været trukket mere op, så det også åbnede for debat om recovery-begrebet og de vidensformer, der trækkes på blandt deltagerne:

*Men nu du spørger omkring det her med en var sygeplejefaglig og en var med brugerbaggrund. Det synes jeg godt man kunne have brugt lidt mere aktivt. Jeg synes at hun kunne godt have brugt sin sygeplejefaglige viden mere, sat den mere i spil i det hele. Jeg kunne godt have tænkt mig de måske ikke var så enige omkring det hele, altså det synes jeg meget de var, ikke. Jeg kunne godt have tænkt mig at hun sådan ligesom, nå men, altså som sygeplejerske gør vi det og det, og der har vi den og den viden, og bla bla bla. Og han siger, okay, jamen jeg har oplevet det og det. (...)*

*Jeg ved hvad du mener. Der var ikke noget, det lagde ikke op til debat imellem dem, eller hvor vi måske også kunne være integreret i det. Det var bare, det var faktum, det er det der, de stod på den samme søjle, nærmest, ikke.*

De medarbejdere, der udtaler sig her er tilsyneladende fuldt ud i stand til at håndtere, at der eksisterer forskellige fortolkninger af recovery, og ønsker disse fortolkninger i spil, ikke bare mellem underviserne men også med inddragelse af dem selv.

En af underviserne reflekterer over om årsagen til at de medarbejderne var så begejstrede for brugerfortællingen, har at gøre med at der her var mulighed for at fortælle en langstrakt historie. De ansatte ser, som omtalt tidligere, kun patienterne i en afgrænset periode, hvor brugerfortællingen netop gør de muligt at se en sammenhængende proces der løber over år og på tværs af afdelinger.

Samtidig understreger en anden medarbejder i diskussionen, at man netop ikke bør idealisere det at kunne give den sammenhængende fortælling om sit forløb, i tilbageblik, som værende målet med eller ensbetydende med recovery:

*(...) jeg har det sådan lidt, det gør mig ikke så meget, om det er nuværende patienter eller tidligere patienter, jeg synes møder rigtig mange og hører deres historier, og der er jo heldigvis rigtig mange der er rigtig gode til at fortælle, hvad fungerer, hvad fungerer ikke for dem, hvornår har de tidligere i deres liv haft nogle rigtig gode oplevelser. Og så behøver det jo egentlig ikke for mig at betyde, at de er blevet raske, det er vel ikke det der er det vigtigste, i recovery heller. Det er jo netop ikke, at man skal kunne være rask nok til at kunne stå foran en hel gruppe.*

For flere af de interviewede medarbejdere udgør brugerfortællingen både det menneskelige indslag og er noget, der bekræfter dem i, at deres tidligere måde at arbejde på har værdi. Her kommer recovery-undervisningen ikke til at stå for noget revolutionerende nyt, men til at befinde sig i et spændingsfelt mellem at repræsentere det som medarbejderne mener de har haft mulighed for at gøre tidligere, men som nu er skåret bort i effektiviseringens navn. To medarbejdere diskuterer:

*(...) han var meget god til at sætte ord på. Og også der hvor han havde oplevet det der med folk, der turde træde ud af boksen, og faktisk vise sig som ægte mennesker i relationen. At det også var der, det havde gjort en forskel for ham, ikke.*

*Det er sådan noget jeg synes der kan være. Det er der hvor jeg bliver bekræftet i, at vi kan kalde tingene alt muligt, og vi kan have alt muligt. Men det er bare sindssygt vigtigt, at vi bevarer den der jordforbindelse, og bliver menneske til menneske. Det var rart at tage med sig.*

*Det er lidt sjovt, når man siger relation, ikke, og man tænker på tingene i dag på vores afdeling. I hvert fald hvor vi har meget travlt, og der er meget dokumentation, og vi skal bruge tid på noget*

*helt andet end netop på relationen. Selvfølgelig er der plads til det, men det er ikke meget i forhold til, hvad der var i gamle dage.*

*Det er jo lige præcis det vi hører patienterne sige. Altså, frygtelig, frygtelig, frygtelig savn af en der bare, altså, at der er nogen der taler med dem, ikke.*

Brugerfortællingen kan på denne måde siges at stå for en recovery-orientering, der samtidig med at der undervises i den, af medarbejderne opleves som værende undermineret af system-orienterede krav. I et læringsmæssigt perspektiv bliver dette paradoksalt – der undervises i noget der erfares som umuligt at praktisere.

Brugerfortællingen giver dog også mere konkret anledning til at medarbejderne tænker mere specifikt på, hvad enkelte patienter eller grupper af patienter kan tænkes at have brug for. Fx tales om unge mandlige patienter, der ikke er interesseret i "tøsetilbuddene" og som er en gruppe, der bliver flere og flere af.

*Jeg tænker også, ovre hos jer, det må sgu da være sådan noget, hvis man havde en ergoterapeut, og sagde, så tager vi sgu i biografen og ser en actionfilm, eller laver et eller andet, der er sådan lidt mere mandehørmest på en eller anden måde, for det tror jeg da bare er super sundt for sådan nogle unge nogen der.*

Medarbejderne sammenligner med det de har set i forbindelse med cancerugen, at man har erfaring for, at mænd der skal komme sig efter en kræftsygdom, har behov for andre rehabiliterende tilbud end kvinder. Men i samme åndedrag vendes tilbage til denne type køns- eller interesse-rettede tilbud som noget det efterhånden er umuligt at etablere grundet travlhed og besparelser.

I det ene interview tale medarbejderne om begrebet det fælles tredje, som en væsentlig dimension i en recovery-tænkning. Det kan blive stift at sidde over for hinanden og tale om patientens liv, hvorimod fælles aktiviteter, som ture ud af huset, i biografen, på museum eller at tage hjem til patienten for at spise sin madpakke der, giver et helt andet indblik på i de problemer vedkommende står i og i de ressourcer vedkommende har.

*(...) da jeg startede på lukket afdeling, der havde jeg 3 patienter med ude på et kunstmuseum, fx. Og hvad jeg ikke fik ud af dem, hvad vi ikke snakkede om, hvad jeg ikke lærte at kende ved dem, bare på den korte tur. Det var nærmest uundværligt, det hjalp mig så meget i det videre forløb med dem. Men det er der slet ikke tid og ressourcer til længere, og det synes jeg bare er rigtig ærgerligt, fordi det gav også dem meget. Plus at det gav noget træning i, hvordan er man, når man har været inde i den her lidt falske virkelighed, man er i når man er indlagt, så det her med at gå ud og prøve være social, altså begå sig i samfundet igen.*

Det er karakteristisk at medarbejderne i høj grad identificerer sig med patienterne og ser deres behov i behandlingen som værende forenelige med deres egne for arbejdet. Betydningen heraf er interessant, men falder desværre udenfor denne evalueringens rammer.

- **Brugerfortællingen har en ikke-entydig funktion fra både undervisere og medarbejdere.**
- **Brugerne kan føle at fortællingen fastholder dem i en marginal position på workshoppen.**
- **For medarbejderne repræsenterer brugeren "det menneskelige ansigt" og åbner for empati.**

## Særlige brugere med særlige fortællinger?

I forhold til brugerfortællingen er både undervisere og medarbejdere inde på, om der med de valgte undervisere har været tale om nogle særligt ressourcerstærke eller kompetente brugere, der ikke afspejler de positioner, patienterne som oftest befinder sig i.

En medarbejder mener at den underviser vedkommende havde mødt, havde fået behandlingstilbud, der rakte ud over det der sædvanligvis kunne tilbydes, uden at han dog forklarer hvorfor:

*Jeg kan huske den underviser vi havde, han sagde, det der klart havde gjort en ændring for ham, det var at han havde fået noget supervision, psyko-edukation. Altså han sagde det havde ligesom været et sted, hvor han i hvert fald var blevet mere klar på, hvad han selv kunne gøre. Og det havde så været meget fornemt, fordi det havde været en læge og en psykolog, og de havde kun været 2 patienter.*

En underviser med sundhedsfaglig baggrund omtaler brugerfortællingerne som "super kvalificerede". Det er brugerhistorier på et udviklet niveau, der indeholder refleksioner over personalet, over aktiviteter, og over hvad der har bevirket hvad i brugeres egen recovery-proces.

Underviserne med brugerbaggrund beskriver det som overvældede, at deltagerne synes det er så værdifuldt at høre om deres personlige erfaringer med at være i en recovery-proces. Samtidig reflekterer de også over om deres fortællinger adskiller sig fra de livsfortællinger og baggrunde, flertallet af patienter har med sig. De taler på workshoppene med medarbejderne om, at mange af deres patienter kommer fra et belastet miljø og kan derfor have en del andre vanskeligheder end blot sindslidelse. Nogle har hverken en eksamen på folkeskole niveau eller et støttende netværk, hvilket kan gøre det til en enorm udfordring at komme sig, etablere sig, finde sin plads i samfundet og skabe forståelse i sin livssituation. I sammenligning hermed repræsenterer de udvalgte brugere ikke bare en kvalificeret fortælling, idet den er reflekteret, men også en fortælling der afspejler højere social og uddannelsesmæssig position, end de fleste patienter.

Underviserne med bruger-erfaring har været ude for at deltagerne spurgte til deres ansættelsesforhold under workshoppen. En ex-bruger fortæller, han havde forklaret, at han havde sagt sit ellers udemærkede job op, da han fik projektansættelsen, hvilket deltagerne som det lyder ikke helt har kunnet forestille sig. Spørgsmålet om, om man er "rigtigt ansat og ikke bare trukket ind på dagen" optager medarbejderne, måske fordi det er så uvant for medarbejdere i psykiatrien at blive undervist af mennesker med brugererfaring. Så samtidig med det anses for værdifuldt at høre brugerhistorien, ses også tendenser til undren over at brugeren virkelig er ansat helt på lige fod med den sygeplejefaglige medarbejder.

Begejstringen for brugerfortællingen kommer i nogen grad til at stå i modsætning til ex-brugernes ønske om netop at blive betragtet som ligeværdige og ikke "bare" som brugere. En underviser med brugerbaggrund skriver således om, om han mon i højere grad skal tage en "brugerhat" på, så den vinkel kommer mere i fokus. Under normale omstændigheder bærer han ikke "brugerhatten", som han kalder det.

Ligeværdigheden er, som allerede nævnt, noget underviserne også kæmper med indbyrdes. En underviser med brugerbaggrund beskriver i dagbogen for anden gang på en workshop at høre sin kollega formulere noget i retning af "...og C. , der ligesom B. også er med på workshop, har sagt..."

Han studser og reflekterer over ordet "med" i formuleringen, og spørger om han ikke betragtes som en ligeværdig partner i undervisningen.

*Jeg opfatter det som om vi bare er "tokens" med reference til det engelske "tokenism". Altså at vi bare er med som et levende symbol på et forløb der er gået godt. Det er vi på en måde også men vi er også ligeværdige partnere i undervisningen.*

En anden underviser med brugerbaggrund udtrykker dog en helt anden optimistisk forståelse af sin egen rolle, idet hun, som flere af medarbejderne, netop ser brugernes erfaring som noget, der ikke kan rummes indenfor "teorierne" og derfor har unik betydning som en menneskeliggørelse af en recovery-orientering: *Jeg har lært at det måske i flere henseender end først antaget, er vigtigt med mennesker med brugerbaggrund i psykiatrien, da den levede erfaring ikke kan tilegnes sig teoretisk. Der er brug for rollemodeller og mennesker, der er det vikarierende håb.*

Når fordelingen fungerer bedst taler underviserne om at oplægget om den personlige recovery supplerer de teoretiske oplæg, således at vinklerne umiddelbart bliver ligestillede.

- **Brugerfortællingen formidler værdifuld viden og erfaringer til medarbejdere og undervisere, men ligeværdigheden i teamet er en udfordring.**
- **Der stilles spørgsmålstejn ved de valgte brugeres repræsentativitet: de udgør højt positionerede og kvalificerede brugere i forhold til flertallet af patienter.**

### Evidenskrav og -forståelser

Som nævnt eksisterede der i undervisningen et spændingsfelt mellem radikale fortolkninger af recovery og tilpasningen heraf til de institutionelle rammer. Spændingerne blev også reflekteret i de teoretiske slides, der bl.a. omtalte, at man som ansat i psykiatrien arbejder indenfor i hvert fald to diskurser, der handler om, at man på den ene side er nødt til at beskrive deficits og symptomer og på den anden side skal give plads til patienternes drømme og muligheder. Spændingen mellem de traditionelle psykiatriske sygdoms- og vidensforståelser og den personlige erfaring genfindes i dobbeltheden hos medarbejderne mellem begejstring for brugerfortællingen og et fokus på, om der var evidens for den præsenterede viden.

Den rollefordeling mellem underviserne, der især eksisterede i begyndelsen af projektet, forstærkes tilsyneladende af de forventninger, der ligger blandt personalet. En underviser formulerer det som, at deltagerne stillede to forskellige krav. Fra den underviser, der havde en sundhedsfaglig baggrund, ville de gerne have evidens på alt. Men deltagerne ville også rigtig gerne høre de personlige historier, det individuelle, som tilsyneladende var det der berørte og engagerede på et mere emotionelt niveau: *Jeg blev nogle gange udfordret på det der, skulle sige et eller andet meget klogere, end hvad der var blevet sagt før. (...) Eller sige noget nyt, eller noget-som-vi-ikke-har-hørt-før-agtigt. Sådan en oplevelse havde jeg nogle gange, hvor hvis man har personlig historie, er der jo ikke nogen der siger: come on, vi har hørt din personlige historie før; det har man jo ikke.*

Underviserne med sundhedsfaglig baggrund bliver spurgt til artikler og referencer; deltagerne på workshopen vil høre om tal og procenter. Evidens-begrebet bliver af personalet tilsyneladende brugt i sin snævraste betydning, der medfører at brugerens fortælling fremstår som noget der falder udenfor evidens-

hierarkiet<sup>2</sup>. Denne forståelse af evidens underbygges af undervisersteamet, idet man understøtter det personlige, unikke som noget der ikke er evidensbaseret. Herved kommer underviserne med brugerbaggrund til at opleve det som en udfordring at balancere mellem "en patient-rolle" og "en professionel rolle". Når man har undervist nogle gange er man også andet end patient; man får en underviserprofessionalitet. Samtidig bliver den personlige historie holdt op mod snævre evidenskrav:

*I havde måske svært ved at finde jeres rolle, men jeg synes også at det nogle gange var svært at finde vores rolle. Altså, hvornår skulle jeg sige noget fagligt, og hvornår var jeg patient, og hvornår var jeg underviser og sådan nogle ting.*

*Og nogle gange, hvis du havde nogle pointer i din fortælling, kom de på, som om der var evidens for dem. (...)*

*Men jeg prøvede også sådan at sige, jeg føler, og jeg tænker, og jeg kan jo ikke sige det er for alle, men det har virket for mig, det har ikke virket for mig, og sådan nogle ting, så det ikke var sådan. At det netop helt klart ikke var evidensbaseret.*

Andre undervisere med brugerbaggrund italesætter fornemmelsen af en spænding i personalets interesse mellem optagetheden af den personlige fortælling og en samtidig trang til at ville generalisere over denne. *Jeg har været særligt optaget af, når jeg fortæller om min egen recovery proces kan give deltagerne stor inspiration til hvad der virker. Men det er jo vigtigt at huske på, at det er min personlige erfaring og således langt fra generel.*

Dobbeltheden kommer også til syne i medarbejderinterviewene, hvor der på den ene side udtrykkes begejstring for brugerfortællingen, men også efterlyses mere viden. Brugerfortællingen konstrueres som noget der står i opposition til "hardcore viden", og som derfor ikke kan bruges at lære af:

*(...) det er nok fordi jeg godt vil have mere hardcore viden, fordi denne her gode historie er da selvfølgelig rar, men jeg tror ikke jeg sådan tænker, yes, den kan jeg bruge. Den var rar, ja, men rart, det var ikke nok. Det var ikke fordi det var dårligt, det var bare ikke helt nok.*

Underviserne beskriver det som et indbygget dilemma i hele projektet, at man ville have den individuelle tilgang, og samtidig holdt meget fast i evidensen. De ser en indbygget modsætning, som både de og personalet blev fanget i. Medarbejderne hørte historien med begejstring men kalder samtidig på viden om, hvad der virker effektivt for alle.

- **Brugerfortællingen tolkes i en spænding mellem begejstring for det personlige og kravet om evidens.**
- **Spændingen har betydet at fortællingen ikke altid er blevet set som relevant viden og læring.**

### **Patienter med på workshop dagen**

Dilemmaer opstod ligeledes for underviserne i nogle af de tilfælde, hvor der var patienter med på workshopdagen. Der har, som det fremgår, ikke været tydelighed nok omkring, hvad formålet var med at

---

<sup>2</sup> Man har, som det fremgår ikke talt om evidensbaseret praksis, men blot om evidens. Herved kunne evidensforståelsen have været udvidet, idet patientens erfaring indgår i begrebet evidensbaseret praksis (Sackett 1996).

invitere patienter med og underviserne har ikke fået kommunikeret klart nok til afdelingerne, hvad patienternes rolle kunne være på workshoppen.

Nogle gange har patienterne troet at de skulle fortælle deres personlige historie, og regnet med at de skulle meget på banen. Underviserne siger at de forsøgte at give plads hertil, men konkluderer at workshoppen som udgangspunkt var en dag for de ansatte.

*Jeg kan også huske en gang hvor der var en patient der kom og havde siddet hele natten og forberedt sit indlæg. Og så gik det op for ham pludselig, at det skulle han ikke. (...) Men der sidder en 20-25 mennesker og forventer et program, og så, og man kan komme til at krænke en vigtig person rigtig meget ved at sige: nej, du skal ikke holde oplæg.*

Samtidig bemærker underviserne, at når patienterne var med og fortalte noget, var der helt stille, og man kunne mærke at personalet brugte det patienten sagde. Patienten følger den pågældende afsnits dagligdag og ved hvordan tingene foregår på netop deres afsnit. Det bevirker at medarbejderne får præsenteret en anden vinkel på netop deres arbejde, fra et kontekstnært "indefra perspektiv", der ikke repræsenteres af underviseren med brugerbaggrund.

*Jeg kommer til at tænke på den gang, (...) hvor en patient kunne give en meget fin, eller pålidelig, spejling af, hvordan patienterne oplevede de ansatte. Og der var det her eksempel med, hvor vi spørger ud til personalet, hvorvidt man inddrager patienterne i behandlingspræferencer og udarbejdelse af behandlingsplaner. Og der var der bred enighed blandt de ansatte om, at selvfølgelig gør vi det. Men der var der så en af patienterne, der pippede, de vidste ikke, de kendte ikke noget til det.*

Via patienternes indvendinger kommer underviserne til at se på nye måder på deres egne professioner og bliver opmærksomme på nogle faglige selvfølgheder:

*En af de ting som der var rigtig godt for mig, var at jeg fik en oplevelse af at min faggruppe, ergo- eller fysioterapeuter, som normalt altid (...) tilbyder aktiviteter. De blev faktisk også udfordret, fordi der var nogle patienter, der sagde de skulle ikke gøre det, eller det er de sgu ikke interesseret i, eller jeg spiller fodbold på højt niveau, jeg skal ikke hive arme og ben, eller lave småbørnsgymnastik.*

Udfordringerne herved er lærerige for alle deltagere, men udgør også endnu et område, hvor underviserne føler de er nødt til at reflektere over både egen rolle og præsentationen overfor medarbejderne:

*Jeg havde ikke prøvet det før, at have kurser hvor professionelle og patienter var blandede, vel. (...) Det var også vigtigt at vi beroligede personalet, guidede dem i, hvordan skulle de håndtere det, ikke. Da vi så havde fundet den form, så fungerede det enormt godt, der var meget begejstring. (...) de kunne være enige, sådan, tit, personalet og patienterne, om hvad for nogle ting, de kunne kritisere. Og det var jo også en fed oplevelse for alle parter at høre at det var sådan set de samme ting man kunne se var gode og dårlige.*

Flere af de patienter der deltog, har overfor underviserne givet udtryk for at de var glade for at være med. Flere har spontant sagt, at det var givende at se, hvor alvorligt personalet arbejder og hvor presset de også er. Men også at have lært om de forskellige begreber, ser patienterne som gavnligt.

- **De deltagende patienter har haft en uklar rolle på workshoppen, men har kunnet spejle den virkelighed medarbejderne arbejder i og derved give alternative perspektiver på deres praksis.**

## Opsamling

Undervisersteamet har gennemgået værdifulde læreprocesser gennem at skulle integrere sygeplejefaglig og bruger-baggrund i deres undervisning. Læringen er muligjort bl.a. gennem arbejdet med egen refleksion i dagbøger og erfaringsudveksling på fælles møder. Det har været en balancegang at etablere og opretholde ligeværdigheden i teamet, både grundet egen usikkerhed og deltagerens forventninger. At arbejde sammen gennem forløbet bevirker at usikkerheden mindskes og man bliver tryk ved formen og hinandens evner til at magte opgaven.

Deltagerens begejstring for brugerens personlige fortælling står i kontrast til samtidige krav til sygeplejefagligheden om evidens, og denne forventning kan fastholde team-medlemmerne i stereotype roller. Brugerfortællingens repræsentativitet er et væsentligt spørgsmål i forhold til den mulige læring heraf. Patienterne på workshoppen har, trods en uklar rolle, haft læringsmæssig værdi, idet de har bibragt viden i form af den personlige indsigt i arbejdsgange og kultur på netop det afsnit, medarbejderne kom fra.

## Konklusion

Begrebet og betydningen af recovery-undervisningen fremstår ikke tydeligt for medarbejderne, men tydeligere for underviserne. Underviserens formidling af recovery har således befundet sig i et spændingsfelt mellem en radikal og en institutionstilpasset tolkning af begrebet. De bruger de slides, der er udarbejdet, men tilpasser deres formidling til de givne workshopdeltagere ud fra en antagelse om, hvad de er i stand til at rumme. Manglende konsensus om recovery-begrebets indhold betyder, at det kan fortolkes på forskellig vis blandt medarbejderne, og at det dermed kan ses som både bekræftende og truende for professionaliteten.

Medarbejderne efterlyser kontekstualisering af begrebet i henholdsvis deres specifikke arbejdssituation, og de har særligt haft vanskeligt ved at se, hvordan de kan arbejde recovery-orienteret når patienten er tvangsindlagt eller indlagt kort tid. Underviserne har tilsvarende oplevet det som udfordrende at forklare, hvad recovery er på afsnit som akut-modtagelse og retspsykiatri.

En opbyggende ledelsesunderstøttet afdelingskultur kan være med til at afhjælpe disse vanskeligheder.

Underviserne har mødt usikkerhed om recovery-konceptet blandt psykiatriens højest uddannede faggrupper, mens andre faggrupper udtrykker diskrepans mellem krav i arbejdet og målsætninger, indeholdt i recovery-orienteringen. Medarbejderne efterlyser anerkendelse for det man allerede gør, og indsigt hos underviserne i de modsatrettede krav.

Sammensætningen af medarbejdere fra forskellige afsnit og specialer er en didaktisk udfordring, men giver læringspotentialer i form af perspektivskifte og mulighed for at se sit arbejde i sammenhæng. Behovet for at kende til hinandens arbejdsprocesser er dog stort og ikke opfyldt på én dags workshop.

Medarbejderne ser praktiske og organisatoriske barrierer for at arbejde recovery-orienteret i praksis, og oplever en diskrepans i at eksisterende recovery-orienterede aktiviteter nedlægges. Underviserne får ny indsigt i medarbejdernes arbejdsvilkår, men det har været umuligt at diskutere barriererne tilbunds gående og handle på dem, hvilket udgør en hindring for medarbejdernes læringsproces.

Ledelsesopbakning, der er centralt for implementeringen af nye læringsaktiviteter, har ikke altid været synlig nok for medarbejderne, der udtrykker tvivl om hvordan dagen vil blive brugt fremover. Herudover har recovery-workshoppen konkurreret med andre undervisningstiltag og opfølgning af dagen har fremstået for både undervisere og medarbejdere som tilfældig.



Undervisningsprogrammet har ikke taget højde for det læringsrum, medarbejderne indgår i, i deres daglige arbejde, og dermed ikke for de modstridende krav om fx besparelser, effektivisering og standardisering, der eksisterer sideløbende med projektet. Den manglende kontekstualisering udgør den væsentligste læringsmæssige barriere. Læringspotentialer har dog ligget i blandingen af faggrupper og af medarbejdere fra forskellige afsnit og specialer.

Underviserteamet har gennemgået værdifulde læreprocesser gennem at skulle integrere sygeplejefaglig og bruger-baggrund i deres undervisning. Underviserteamene har uafhængigt af baggrund lært af at undervise sammen: roller og positioner er blevet opblødt og man har undervejs opnået større sikkerhed og tiltro til hinanden. Dette skyldes i høj grad, at der har været rum og tid til refleksion i teamet, og man har bevidst arbejdet med sine erfaringer via dagbogsskrivning og på fælles møder. Brugerfortællingen har haft en ikke-entydig funktion for både undervisere og medarbejdere. Brugerfortællingen formidler værdifuld viden og erfaringer til medarbejdere og undervisere, men ligeværdigheden i teamet er en udfordring. Brugere kan føle at fortællingen fastholder dem i en marginal position på workshoppen, hvor de blot er "med". Det har været en balancegang at etablere og opretholde ligeværdigheden i teamet, både grundet egen usikkerhed og deltagernes forventninger. At arbejde sammen gennem forløbet bevirker at usikkerheden mindskes og man bliver tryk ved formen og hinandens evner til at magte opgaven.

For medarbejderne repræsenterer brugeren "det menneskelige ansigt" og åbner for empati. Deltagerenes begejstring for brugerens personlige fortælling står i kontrast til samtidige krav til sygeplejefagligheden om evidens, og denne forventning kan fastholde team-medlemmerne i stereotype roller. Brugerfortællingens repræsentativitet er et væsentligt spørgsmål i forhold til den mulige læring heraf, idet sociale forhold usynliggøres. Underviserne med brugerbaggrund udgør højt positionerede og kvalificerede brugere i forhold til flertallet af patienter. Patienterne på workshoppen har, trods en uklar rolle, haft læringsmæssig værdi, idet de har bibragt viden i form af den personlige indsigt i arbejdsgange og kultur på netop det afsnit, medarbejderne kom fra. De har kunnet spejle den virkelighed medarbejderne arbejder i og derved give alternative perspektiver på deres praksis.

## Referencer

- Bracken, P., Thomas, P., Timimi, S., Asen, E., Behr, G., Beuster, C., Yeomans, D. (2012). Psychiatry beyond the current paradigm. *The British Journal of Psychiatry*, 201(6), 430–4.
- Cromby, J., Harper, D., & Reavey, P. (2013). *Psychology, Mental Health and Distress* (p. 452). Palgrave Macmillan.
- Ellström, Eva, Ekholm, Bodil & Ellström, Per-Erik (2008) Two types of learning environment. – Enabling and constraining. A study of care work. I *Journal of Workplace Learning* 20 (2) 84–97.
- Ellström, Per-Erik (2001) Integrating learning and work: Problems and Prospects. I *Human Resource Development Quarterly* 12 (4), 421–435.
- Dahler-Larsen, Peter (2013). *Evaluering af projekter - og andre ting, som ikke er ting*. Syddansk Universitetsforlag.
- Dahler-Larsen, Peter og Krogstrup, Hanne Kathrine (2003). *Nye veje i evaluering*. Systime.
- De Waal, H., Malik, A., & Bhugra, D. (2010). The psychiatric profession: an expertise under siege? *The International Journal of Social Psychiatry*, 56(6), 647–56. doi:10.1177/0020764009106259
- Kamp og Dybbroe (2013): Hvem tæller og hvad tæller? Standardisering og emotionelt arbejde i psykiatrien, i *Tidsskrift for Arbejdsliv*, nr. 4, 201
- Dybbroe, B. og A. Kamp (2014): Teamarbejde i det psykiatriske felt- spændt ud imellem sygdomsbegreber, standarder og relationer , i Andersen m.fl. (red.): *Trivsel i teams*, Samfundslitteratur (i publikation).
- Felton, A. & Stickley, T. (2004) Pedagogy, power and service user involvement. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 89-98.
- Fog, Jette (2004). *Med samtalen som udgangspunkt*. 2. reviderede udgave. Akademisk Forlag.
- Gøtzsche, P. C. (2014). Why I think antidepressants cause more harm than good. *The Lancet Psychiatry*, 1(2), 104–106.
- Halkier, Bente (2010) Fokusgrupper. I: Svend Brinkman & Lene Tanggaard (red.) (2010). *Kvalitative Metoder. En grundbog*. Hans Reitzels Forlag, København K.
- Harper, D. J., & Speed, E. (2012). Uncovering recovery: the resistible rise of recovery and resilience. *Studies in Social Justice*, 6(1), 9–25.
- Illeris, Knud (2006). *Læring*. 2. reviderede udgave, Roskilde Universitetsforlag, Frederiksberg C. K
- Juul, S. (2010). *Solidaritet: anerkendelse, retfærdighed og god dømmekraft*, Hans Reitzels Forlag, København K.

Jørgensen, Christian Helms & Warring, Niels: Læring på arbejdspladsen. I: Illeris, Knud (red.): *Udspil om læring i arbejdslivet*. København, Roskilde Universitetsforlag, 2002.

Kingdon, D. (2007). Research into putative biological mechanisms of mental disorders has been of no value to clinical psychiatry. *The British Journal of Psychiatry*, 191, 285–90.

Kirsch, I., Deacon, B. J., Huedo-Medina, T. B., Johnson, B. T., Scoboria, A., & Moore, T. J. (2008). Initial severity and antidepressant benefits: A meta-analysis of data submitted to the food and drug administration. *PLOS Medicine*, 5(2), 0260 – 0268.

Kleinman, A. (2012). Rebalancing academic psychiatry: why it needs to happen - and soon. *The British Journal of Psychiatry*, 201(6), 421–2. doi:10.1192/bjp.bp.112.118695

Liveng, A. (2010). Learning and recognition in health and care work: an inter-subjective perspective. *Journal of Workplace Learning*, Emerald Group Publishing Limited, Volume 22, Issue 1/2, Page: 41- 52.

Mezirow, Jack (2007): Transformativ læring - overblik, svar på kritik, nye perspektiver. In: Illeris, K. (red.) *Læringsteorier*, 6 aktuelle forståelser. S.111-134.

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

Moncrieff, J. (2007). Are antidepressants as effective as claimed? No, they are not effective at all. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 52(2), 96–7; discussion 102.

Moncrieff, J. (2008). *The myth of the chemical cure: a critique of psychiatric drug treatment*. Basingstoke; New York: Palgrave Macmillan.

Møllerhøj, J. (2005). *På gyngende grund. Psykiatriens praksisser og institutionalisering i Danmark 1850-1920*. Københavns Universitet.

Oute, J., & Ringer, A. (2014). Psykiatrien i krise - en kamp om definitioner. *Sygeplejersken*, 7, 78–82.

Pilgrim, D. (2008). "Recovery" and current mental health policy. *Chronic Illness*, 4(4), 295–304. doi:10.1177/1742395308097863

Sackett, D. (1996) Editorials. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-72 (13 January)

Whitaker, R. (2010). *Anatomy of an epidemic: magic bullets, psychiatric drugs, and the astonishing rise of mental illness in America*. New York: Crown Publishers.