

Projektbeskrivelse

Brugerstøtte til mennesker
med psykisk sygdom

Nye betydnings- og handlerum?
En sundhedsfremmende praksis?

Birgitte Hansson

Juni 2011

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	3
2. Problemformulering.....	4
3. Formål.....	5
4. Baggrund og motivation	5
5. Teorier	8
6. Teoretisk forståelsesramme og metoder	9
6.1 Kritisk teori	10
6.2 Livshistorisk tilgang	10
6.3 Psykoanalytisk dybdehermeneutiske tilgang	11
7. Forskning på området	12
8. Forventede resultater.....	13
9. Litteraturliste.....	15

1. Indledning

Dette Ph.d. projekt har fokus på ideen om og praksissen med anvendelse af brugerstøtte i psykiatrien. Begrebet brugerstøtte er baseret på tanken om, at mennesker som har oplevet og gennemlevet en psykisk lidelse kan tilbyde brugbar støtte, mod, håb og mentorship til andre som er i en lignende situation (Davidson 2006). Dette projekt er baseret på denne tanke om, at andre mennesker, som har oplevet og gennemlevet psykisk sygdom, kan støtte andre personer, som er blevet diagnosticeret med en psykisk sygdom.

Forskning og personlige beretninger vidner om, at oplevelsen med at blive indlagt på en psykiatrisk afdeling og diagnosticeret med en psykisk sygdom, er ensbetydende med et eksistentielt sammenbrud. Menneskets oplevelse af at være i verden og deres identitet bliver forstyrret på en særlig måde. I mødet med psykisk sygdom bliver personens selvbillede og subjektive oplevelse af kontinuitet over tid og sted forstyrret. De bliver fremmed for sig selv samtidig med risikoen for at relationerne med deres nære omgivelser bliver vanskeliggjort, da deres være- og handlemåder også bliver forandret (Goffman 1971, Topor 2005, Høgsbro 2003, Deegan 2007, Lauveng 2008). At blive psykisk syg er en traumatisk oplevelse. En krise, hvor personens livshistoriske erfaringer, forudsætninger og ressourcer ikke længere er tilstrækkelige til at opretholde et almindeligt hverdagsliv og på længere sigt heller ikke nødvendigvis vil føre til en bedring af situationen.

Udover den individuelle krise, som psykisk sygdom medfører, bliver mange personer med psykisk sygdom samtidig ekskluderet for deltagelse i samfundet. En rapport fra OECD viser, at i år 2007 blev hver anden førtidspension tildelt personer forårsaget af psykiske sygdomme og samtidig vender disse personer ikke tilbage til arbejdsmarked (OECD). Der kan være mange forklaringer på dette fænomen, men samfundsmæssige fordomme om og uvidenhed med psykisk sygdom præger billedet for mennesker med psykisk sygdom. Fordomme og myter som f.eks. at mennesker med psykisk sygdom er farlige, mindre begavede eller socialt dårligt fungerende spiller en afgørende rolle for stigmatisering og stereotypisering af disse mennesker og dermed for deres ekskludering fra samfundet (DSI DFI). Det er svært at forblive i ansættelsen og svært at få nyt job som psykisk syg. Stigmatisering nedsætter livskvaliteten, da det har konsekvenser for den enkeltes sociale liv og tilknytning til arbejdsmarkedet. Ekskludering fra arbejdsmarkedet og stigmatisering får dermed alvorlige konsekvenser for mennesker med psykisk sygdom.

De ovenover beskrevne processer influerer på den enkeltes identitets- og lærerprocesser, da individet må lære at orientere sig på nye måder i relation til sig selv, sit hverdags- og arbejdsliv. Ved indlæggelse foregår de nye læreprocesser primært gennem interaktionen med de professionelle, hvis praksis grundlæggende bygger på det medicinske paradigme (Topor 2002, Topor 2003). Forskning om og med mennesker med psykisk sygdom fremhæver nødvendigheden af at inddrage brugerstøtte i psykiatrien. Tanken er at en brugerstøtte kan tilbyde andre perspektiver end det medicinske perspektiv. (Topor 2002, Topor 2005). Perspektiver set fra patientens side, da de har lignende oplevelser og erfaringer. Ord som anerkendelse, håb og respekt er nøgleord som bliver ekspliciteret i denne sammenhæng, men det er endnu uklart, hvordan en brugerstøtte influerer på en anden persons subjektive identitets- og læreprocesser. Det er endnu uklart, hvordan brugerstøtte praktiseres i forhold til forestillingerne om, hvad brugerstøtte betyder for læring og sundhedsfremmende processer.

2. Problemformulering

Det interessante er hvordan brugerstøttere medvirker til at skabe plads til andre lærings- og betydningsrum, da de har en anden erfaringsverden end de professionelle og et "indefra" perspektiv. Brugerstøtte kan måske være en alternativ mulighed for det enkelte menneske til at opnå anerkendelse og udvikle sundhedsfremmende strategier. Brugerstøtte kan i denne optik betragtes som en alternativ og supplerende interventionsform i forhold til den professionelle indsats.

Underspørgsmål:

- Hvad opstår når to mennesker med lignende erfaringer deler deres perspektiver (indefra perspektiv)?
Spejles brugernes eget univers, egen traumatiserede stigmatisering og egen sygerolle?
- På hvilke måder opleves håb, accept og anerkendelse anderledes i interaktionen med en brugerstøtte?
- Skaber brugerstøtte andre eller nye betydninger for mennesket med psykisk sygdom og hvilke?
- På hvilke måder opleves interventionsformen med brugerstøtterne anderledes end andre interventionsformer?

3. Formål

Formålet med projektet er at bidrage til at forstå de konflikt- og dilemmafyldte lære- og identitetsprocesser som mennesker oplever efter at de er blevet diagnosticeret med en psykisk sygdom. Og skabe viden om hvordan sundhedsfremme praktiseres i samspil med en brugerstøtte som en mere hverdagslivs orienteret sundhedsfremme praksis.

Formålet er endvidere at udvikle viden om hvilke muligheder og barriere brugerstøttepraksis har i relation til en sundhedsfremmende praksis. Og skabe viden om betydningen af og praksissen med brugerstøtte som metode til en alternativ sundhedsfremmepraksis, hvor sundhed betragtes som en del af menneskets hverdagsliv.

4. Baggrund og motivation

Projektet tager afsæt i den internationale og nationale tendens imod større brugerinvolvering og inddragelse af brugerstøtte i psykiatrien.

I et velfærdsstatsligt perspektiv, kan man betragte brugerstøtte som et tilbud, målrettet sårbare grupper, som er socialt og sundhedsmæssigt udsat og som er i fare for eller har mistet tilknytning til samfundet. Brugerstøtte kan medvirke til udvikling af ressourcer og empowerment blandt svagere stillede grupper (Regeringen 2010). Brugerstøtte er en styrkelse af civilsamfundet, men frivillighedsaspektet kan også betragtes i et ressourcebesparende perspektiv f.eks. som at brugerstøtte medvirker til at øge patientens compliance, medvirker til færre genindlæggelser, personalebesparelser og perspektivet om at borgerne kommer hurtigere tilbage på arbejdsmarked.

I et politisk perspektiv har intensionen om at øge kvaliteten i sundhedsvæsenet medført at regionerne er forpligtet til at implementere Den Danske Kvalitetsmodel, som er et kvalitetsudviklings- og akkrediteringssystem for det danske sundhedsvæsen. En af standarderne er målsætningen om at inddrage patienterne i beslutninger vedrørende egen behandling. Brugerstyring er blevet et centralt begreb, som anvendes i den Nationale strategi for psykiatri og i Regionernes planer for psykiatrien.

Målet med Brugerstyret psykiatri er at opnå et godt behandlingsforløb og behandlingsresultat, hvor fokus er på den diagnostiske fase, behandlingsfasen og opfølgings fasen (Region Sjælland 2008). *Mennesket bliver dermed klassificeret i diagnoser i forhold til deres symptomer og behandlingen retter sig mod at mindske eller helt fjerne symptomer, hvilket korresponderer med et medicinsk perspektiv på psykisk sygdom.* Mennesker med psykisk sygdom bliver i det psykiatriske behandlingssystem herved defineret med udtryk, der angiver mangler og forstyrrelser med hensyn til viljesliv, kognitive og emotionelle færdigheder (Topor 2002, Topor

2003). Mennesker med psykisk lidelse påpeger, at nogle af deres symptomer er metoder til at håndtere de svære konflikter de kæmper med (Topor 2002, Topor 2005). *Det vil sige, at håndteringen af de svære konflikter, er en form for mestringsstrategier, som bliver bragt i anvendelse når livsbetingelserne bliver vanskelige.*

De professionelle og patienten har således hver deres forståelse af problemstillingerne. Patienten ser sin situation *indefra* og de oplever den professionelle sammenhæng *udefra*. De professionelle sundhedspersoner oplever patientens livssammenhæng *udefra* og den sammenhæng de selv indgår i *indefra* (Høgsbro 2003). *Patienten og den professionelle har således hver forskellige perspektiver på forståelsen af problemstillingerne, når de indgår i relation med hinanden og de handler på baggrund af hver deres erfaringshorisont.*

I konstruktionen af og forestillingen om diagnosesystemet hører også ideen om, at sygdommen har et bestemt forløb og en bestemt prognose. Men forskningen viser at bl.a. skizofreni og depression har mange forskellige forløb og at det er muligt at komme sig efter selv svær psykisk lidelse, hvilket modsvarer det traditionelle syn på psykisk sygdom som værende kroniske forløb (Topor 2003). I den psykiatriske behandling af mennesker med psykisk sygdom, har det endvidere ikke været muligt at finde sammenhæng mellem specifikke behandlingsindsatser og det at komme sig efter psykisk sygdom (ibid).

I psykiatriplanerne og strategierne for psykiatrien bliver det ligeværdige samarbejde mellem behandler og patient beskrevet (Region Sjælland 2008, Region Sjælland 2010, Sundhedsstyrelsen 2009). Forskning på sundhedsområdet viser at arbejdsmetoder, standarder, kategoriseringer, sygdomsmodeller, de professionelles manglende opmuntringer, skriftlig og mundtlig sprogpraksis m.m. kan være barrierer for at professionelle kan forstå det andet menneskes perspektiv og være formidler af håb, accept og anerkendelse (Buus 2005, Goodwin 2006, Halvorsen 2009, Rush, Zoffmann 2003, Zoffmann 2004).

Socialministeriet & Indenrigs- og Sundhedsministeriet skriver, at det lægevidenskabelige speciale, psykiatri, har et behandlingsperspektiv, og er værdimæssigt en integreret del af sundhedsvæsenets værdisæt og den professionelle selvforståelse. (Socialministeriet & Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2005).

Ønsket om ligeværdighed og brugerstyring kompliceres af de forskellige barrierer og af at relationen mellem professionelle og mennesker med psykisk sygdom er asymmetrisk. Visioner og intensioner er væsentlige for en bedre psykiatri, men virkeliggørelsen kompliceres af den

professionelle selvforståelse og det fremherskende medicinske paradigme. Forståelse af patientperspektivet, anerkendelsen samt værdsættelsen af mennesket med psykisk sygdom kan med fordel hentes eller suppleres andet steds. En alternativ indsats, der bygger på et samspil med brugeren for at styrke dennes empowerment i forhold til at kunne mestre de vanskelige situationer, som opstår i forbindelse med psykisk sygdom. I de sidste 10 år har der været en stigende interesse for processer, der medvirker til at mennesker kommer sig efter psykisk sygdom, også kaldet recovery. Forskningen indenfor dette område viser, at andre mennesker i individets omgivelser er en af de helt centrale faktorer i bedringsprocessen. Det vigtige er at de siger eller gør noget så vedkommende føler sig set som et menneske, der duer for nogen, at man bliver accepteret og værdsat af andre. (Topor 2002, Topor 2005). Andre mennesker, der kan være formidlere af håb, accept og anerkendelse.

Ideen med brugerstøtte er ikke ny og har fundet sted siden antikken. Indenfor sundhedsvæsenets formelle omsorgsydelser har brugerstøtte været accepteret og anvendt i mange år indenfor specialer som f.eks. cancer-, traume-, AIDS området og forebyggelse af selvmord (Kumaria 2001, Johnson 2001, Rudi 2001). Allerede fra slutningen af 1800-tallet blev brugerstøtte anvendt indenfor misbrugsområdet. Men stigmatisering og stereotypisering indenfor det psykiatriske område har forhindret forsøg med at inddrage mennesker med psykisk sygdom til at tilbyde lignende støtte indenfor særlig behandlingspsykiatrien. I socialpsykiatrien har brugerstøtte været på dagsorden i flere år, men i behandlingspsykiatrien er tiltaget nyt såvel internationalt som nationalt og er en udfordring for det etablerede behandlingssystem.

Brugerstøtte er et omfattende begreb og omfavner alt fra den velstrukturerede, formelle og professionelle asymmetriske praksis, hvor den professionelle har brugerbaggrund, til den anden ende af spektret, hvor uformelle symmetriske venskaber finder sted i det naturlige nærmiljø. Midt i spektret findes selvhjælp/fælles støttesteder som foregår i frivillige rammer som f.eks. socialpsykiatriske væresteder. Af mere organiserede tiltag findes forskellige selvhjælpsprogrammer/patientskoler, som er arrangeret af private organisationer eller offentlige institutioner (Davidson 2006). Fokus i dette projektet går på tværs af den professionelt ledet praksis og den naturlige støtte blandt ligestillede. Studiet ser nærmere på den intervention som består af mennesker som har oplevet og gennemlevet psykisk sygdom, som yder støtte til mennesker, der er indlagt med psykisk sygdom. Interventionen indledes på en institutionel psykiatrisk praksis, men følger personens vej fra indlæggelse til udskrivelse og rummer derved også hverdagslivet udenfor den psykiatriske praksis.

Det interessante er om brugerstøttere kan medvirke til at skabe plads til andre lærings- og betydningsrum, da de har en anden erfaringsverden end de professionelle og et "indefra" perspektiv. Brugerstøtte kan måske være en alternativ mulighed for det enkelte menneske til at opnå anerkendelse og udvikle sundhedsfremmestrategier. Brugerstøtte kan i denne optik betragtes som en alternativ og supplerende interventionsform i forhold til den professionelle indsats.

5. Teorier

Lærings forståelse

Min interesse for og forståelse for læreprocesser tager udgangspunkt i subjektive læreprocesser som værende forankret i livshistorien og dermed også som en kulturel og social interaktion. Mennesker som er blevet psykisk syge har fået deres hverdagsliv og hverdagserfaring rystet på en særlig måde og de skal både rekonstruere og nykonstruere deres liv. Det er en læreproces som griber ind i menneskets identitetsmæssige og livsstrategiske sammenhænge, som er indlejret i menneskets specifikke individuelle og tidsbundne livshistorier (Olesen 1985). Læreprocesser i forbindelse med psykisk sygdom må derfor betragte brydningerne og dynamikkerne i menneskets identitetsopfattelse som vævet tæt sammen med den personlige livshistorie. Mine betragtninger er inspireret af det psykoanalytiske tankesæt, hvor læreprocessen anskues som en integreret kognitiv og emotionel proces i relation til den livshistoriske erfaring. Det kropslige aspekt er ligeledes integreret, da det også er et grundlag for betydningsdannelse og kulturtilegnelse. Begrebet erfaring er udgangspunktet for min opfattelse af læreprocessen, idet det er mødestedet for den subjektive og den samfundsmæssige betydning (Olesen 1999).

Sundhed- og Sygdomsforståelse

I projektet har jeg ikke en traditionel medicinsk tilgang til forståelsen af sundhed og sygdom, men betragter sundhed og sygdom som et relationelt og kontekstuel fænomen med reference til en humanistisk og samfundsvidenskabelig referenceramme.

Kleinman og Gannik's teorier om den sociale og kulturelle konstruktion af sundhed og sygdom er god til forståelse af sygdom som en ikke given størrelse, men et fænomen som ændrer sig over tid i forhold til den historiske, kulturelle og sociale kontekst (Kleinmann 1988, Gannik 2005). Brugerstøtte kan tænkes at influere på menneskets forståelse af og konstruktionen af sygdomsopfattelsen. Opmærksomhed og handling er centrale i Ganniks teori. Opmærksomhed

på symptomerne er en forudsætning for at gøre sig erfaringer om dem og regulere dem i hverdagen. Personen skal gøre sig sine egne erfaringer fra egne handlinger for at kunne udvikle sin personlige sygdomsmodel (Gannik 2005). En brugerstøtte har gjort sig sine egne erfaringer og udviklet sin personlige sygdomsmodel, og har derved bedre mulighed for at forstå det andet menneskes problemer set indefra i forhold til de professionelle og ikke kun de ydre synlige symptomer. Brugerstøtten har sin personlige sygdomsmodel, som indeholder personlige kognitive, emotionelle og kropslige kundskaber, som er udviklet over tid.

Gannik's teori om et situationelt perspektiv på sygdom, er en god referenceramme til analyse af sygdom betragtet som et relationelt og kontekstuel fænomen. Teorien vil være god til undersøge hvordan mennesket med psykisk sygdom opfatter og former sine sygdomsbilleder gennem den kontinuerlige og interaktive relation med omgivelserne. Sygdomshandlingerne formes kontinuerligt af det handlerum, som den enkeltes livssituation og dertil knyttede ressourcer tillader (Gannik).

Sygdom kan være fysiologisk betinget, men er ikke i fokus i denne teori.

Konstruktionen af begrebet patient og klient

Den stigmatiserende og marginaliserende proces der ligger i skabelsen og konstruktionen af begreberne patient og klient vil teori af Høgsbro og Järvinen inddrages (Høgsbro 2003, Järvinen 1989).

I relation til magtperspektivet i den professionelles beskrivelse af klienten som værende hyperreal, vil Järvinen og Mik-Meyers teori blive inddraget (Järvinen M 2003).

Stigmatisering

Normalitet og psykisk sygdom som en social stigmatisering vil Goffman blive anvendt (Goffman 2009).

6. Teoretisk forståelsesramme og metoder

Forskningen foregår som et aktionsforsknings projekt med to scener. I den første scene skaber jeg rammerne om en læringsarena, hvor en projektmedarbejder med brugerbaggrund, et antal personer med brugerbaggrund og jeg i fællesskab former "den gode støtte" til nyindlagte patienter på psykiatriske afdelinger. Efter dette læringsforløb skal brugerstøtterne besøge patienter på nogle udvalgte psykiatriske afdelinger og følge dem i deres hverdagsliv efter udskrivelsen.

I den anden scene interviewer jeg nogle af de patienter, som har haft besøg for at undersøge betydningen af og praksissen med brugerstøttere samt til metoden som en sundhedsfremmende praksis.

Forskningsdesignet medfører at jeg forsker i eget felt, hvilket yderligere kompliceres af at jeg både er indskrevet som Ph.D. studerende, ansat som projektleder i Region Sjælland, Psykiatrien og projektets praktiske del er finansieret af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Det betyder at jeg skal forholde mig særlig kritisk til min egen position, teoretiske og metoder tilgange i Ph.D. studiet. Her vil jeg bl.a. lade mig inspirere af Costley 2010.

6.1 Kritisk teori

I kritisk teori lægges der vægt på socialisationen, den historiske foranderlige produktion af den menneskelige subjektivitet. Min tilgang til projektet er Alfred Lorenzers socialisationsteori; at subjektet er konstitueret via en proces af interaktion med den sociale verden og altid i en specifik historisk kontekst. (Lorenzer 1975). Lorenzer ser subjektiviteten som historisk produceret gennem en række dynamiske interaktioner mellem individ og omverdenen. Interaktionerne er kropslige, billedlige og sprogligt -symbolske og meddefinerende for individernes holdning og handling. Menneskelig subjektivitet er dermed en historisk og dynamisk størrelse, præget af indre modsigelser og spændinger. Produktionen af subjektivitet ses som en livslang læreproces, som både er en individuel og kollektiv proces (Olesen 1985). I mødet mellem subjekt og objekt konstitueres subjektet og gennem sin deltagelse i virkeligheden etablerer subjektet sin erfaring og lærer om verdenen og sig selv. Subjektiviseringsprocessen er altid formet gennem individets allerede eksisterende livshistoriske erfaring (Bereswill 2010).

Lorenzer udvidede de eksisterende psykoanalytiske udviklingsteorier, så de også kom til at omfatte samfundsmæssige interaktionsformer, men han fastholdt samtidig psykoanalysens humanvidenskabelige basis ved at understrege sprogets og fortolkningens betydning. Lorenzer fremstiller psykoanalysen som en kritisk-hermeneutisk erfaringsvidenskab (Olsen og Køppe 1996).

6.2 Livshistorisk tilgang

Med den livshistoriske tilgang er jeg interesseret i dilemmaerne og dynamikkerne i de interviewede personers identitets- og læreprocesser. Det livshistoriske perspektiv giver en særlig indsigt i de forhold der præger det enkelte menneske og de strategier de anvender. Jeg vil

undersøge hvordan den enkelte fortolker og italesætter bruddene og dermed de udfordringer som de møder i deres hverdagsliv sammenholdt med deres subjektive håndtering af situationerne. Jeg er særlig interesseret i hvordan de reflekterer over deres læring herunder vejledning med en brugerstøtte.

Den narrative struktur medvirker endvidere til at livshistorien belyser de sammenhænge, der er mellem den enkeltes livshistorie og den historiske og samfundsmæssige kontekst for historien. Med den livshistoriske tilnærmelse er jeg dermed interesseret i både den individuelle og kollektive livshistoriske dimension af menneskelig erfaring og oplevelse med identitets- og læreprocesser i forbindelse med psykisk lidelse.

6.3 Psykoanalytisk dybdehermeneutiske tilgang

Projektet indskrives sig i en fænomenologisk og hermeneutisk tradition. Med udgangspunkt i fænomenologien beskrives menneskets levede erfaringer med psykisk sygdom og interaktionen med omverdenen herunder en brugerstøtte.

I fænomenologien er livsverdenen vores konkrete virkelighed, som vi kan erfare og som vi er fortrolige med, når vi træffer beslutninger, kommunikerer og handler (Thøgersen 2004). I forbindelse med psykisk sygdom er denne ideologiske forestilling om indre konsistens ofte brudt. Mit fokus vil være på den del af livshistorien hvor der indgår fortællinger om dilemmaer, modsætninger og brud, som udgangspunkt for erfarings- og læreprocesser.

Anvendelsen af narrativer er socialt og kulturelt betinget, hvorfor de betydnings- eller meningstillagte fænomener vil blive forstået og fortolket ud fra en hermeneutisk tilgang. Jeg anvender Alfred Lorenzers psykoanalytiske dybdehermeneutiske tilgang i forbindelse med den empirisk baserede analyse. Lorensers psykoanalytiske dybdehermeneutiske tilgang skal begribes som en hermeneutisk forståelsesproces. Med den dybde hermeneutisk tilgang vil jeg forsøge at forstå de latente forståelser, betydninger og oplevelser af have fået en psykisk sygdom. Min forventning er via denne metode at kunne blive bedre til at forstå interaktionen mellem menneskets viden, erfaringer og oplevelser samt transformationen af deres identitets- og læreprocesser, som bruddene og den nye sociale realitet medfører.

For at undersøge dette anvender jeg følgende metoder:

- Skabe en læringsarena, hvor en projektmedarbejder med brugerbaggrund, et antal personer med brugerbaggrund og jeg i fællesskab former "den gode støtte" til nyindlagte patienter på psykiatriske afdelinger

- Interviews med mennesker der er blevet diagnosticeret med psykisk sygdom.
De empiriske data generes gennem udforskende dybdeinterview og forsøges gennemført som narrative livshistoriske interviews for at få menneskets egne oplevelser og erfaringer med psykisk sygdom samt betydningen af interventionen med omgivelserne herunder en brugerstøtte.
Med det narrative interview søges det subjektive aspekt og "indefra-perspektivet".
Jeg ønsker at møde det enkelte menneske efter 3 måneder, 6 måneder og 1 år efter indlæggelse på en psykiatrisk afdeling for at undersøge og følge menneskets identitets- og lærerprocesser.
Samtalerne vil blive lydoptaget.
- Interviews med de involverede brugerstøttere.
Brugerstøtternes forståelse af og betydning af deres praksis søges undersøgt via interviews.
Samtalerne vil blive lydoptaget.
- Brugerstøtternes feltnoter.
Brugerstøtterne udarbejder feltnoter efter hvert besøg om samtalerens indhold.
- Undersøgelse af dokumenter.
Mennesket med psykisk lidelse interagerer med brugerstøtterne. Brugerstøtterne har erfaring med psykisk lidelse, men de er samtidig uddannet ud fra en særlig forståelses ramme, som søges analyseret vha. undervisningsmateriale m.m.
- Fokusgruppe interviews med personalet på de involverede afdelinger.
Personalet har indflydelse på hvilke patienter der bliver inkluderet i og ekskluderet fra projektet.
Personalets valg vil blive undersøgt via fokusgruppeinterview.
Jeg har kontakt med ledelsen og personalet på tre psykiatriske afdelinger.

7. Forskning på området

De kvantitative undersøgelser anvender traditionelle kvantitative måleenheder som indlæggelsesfrekvens, funktionsniveau og symptomer, som er knyttet til det medicinske paradigme. Bestræbelserne på at måle effektiviteten af social intervention med kvantitative måleredskaber er måske hensigtsmæssigt i et behandlingsøjemed, men ikke i relation til undersøgelser af betydningen af sociale samspilsprocesser.

I de specifikke kvantitative undersøgelser, der sammenligner resultaterne af brugerstøtte kontra personalestøtte, fremgår det ikke, om der er nogle forskellige værdier der er tilknyttet brugerstøtternes og personales funktion i relation til at vedkommende har nogle levede erfaringer med psykisk lidelse. Davidson efterlyser derfor mere viden om hvordan brugerstøtterne anvende

deres livserfaringer, til hvem, under hvilke omstændigheder og med hvilken effekt. (Davidson 2006).

I det kvalitative forskningsfelt har der fra 1950'erne været en humanistisk kritik af psykiatrien som skadelig for individet. Derefter fulgte en kritik om fremkomsten af moderne magt- og vidensformer og dens betydning for psykiatrisk behandling med Michel Foucault i spidsen. Med den human – og samfundsvidenskabelige opfattelse af tvang og inhumanitet kom kritikken af at betragte psykisk sygdom som kronisk og biologisk. Dette blev efterfulgt af andre undersøgelser bl.a. at betragte psykisk sygdom ud fra systemisk forståelse og en psykodynamisk forståelse. Brugerbevægelsen har haft afgørende indflydelse på recovery orienteringen og udviklingen af at fremme brugernes egne mestringsstrategier, hvilket Boston Center for Rehabilitering er et eksempel på. Fænomenet stemmehøring er et eksempel på den narrativ forskning, som blev knyttet til det livshistoriske perspektiv. Den svenske psykolog Alain Topor har forsket i recovery som en proces ud fra en kognitive og narrative tilgang. Den finske psykolog Jakko Seikkula har beskæftiget sig med recovery i et socialkonstruktivistisk perspektiv, som sproglig forståelse mellem den sindslidende og netværket. Høgsbro og Pernille Jensen har beskæftiget sig med sindslidendes levevilkår og psykiatriske praksisformer.

Pernille Jensen skriver, at der efterlyses dansk ikke-medicinsk forskning i forhold til recovery området og specifikt i forhold til sygdomsopfattelse og brug af det formelle psykiatriske system kontra alternative støtte tiltag (Jensen 2004:252). Dette Ph.d. projekt vil delvis beskæftige sig med disse efterlyste områder samt nogle af de områder som Davidson efterlyser, men i en kvalitativ form.

8. Forventede resultater

Resultaterne forventes at bidrage med viden om menneskers oplevelse af identitets- og læreprocesser ved psykisk sygdom. Endvidere give mere viden om betydning af interaktionen med en brugerstøtte samt hvilken betydning dette kan have for menneskets subjektive forståelse for og levede erfaringer med udvikling af sundhedsfremmende strategier. Desuden forventes resultaterne at have værdi i forhold til andre afdelinger og distrikter, hvor mennesker bliver indlagt eller henvist med psykisk sygdom. Min funktion som projektleder og Ph.d studerende skaber praktisk udviklingsmulighed for etablering af nye betydnings- og erfaringsrum samt dannelse af en alternativ og supplerende praksis.

Resultaterne vil være under indflydelse af en lang række forhold. Blandt andet vil den aktuelle kultur i afdelingerne, hvor der formentlig bliver opretholdt og reproduceret traditionelle praksisformer, få indflydelse på interventionen mellem brugerstøtte og patient.

I det hele taget vil fortolkningen af brugerstøtternes særlige position blive betydningskabende for resultaterne. Patientens oplevelse af mødet med en brugerstøtte vil således være afhængig af både afdelingens, brugerstøttens og patientens forståelse af brugerstøttens position. Der vil blive skabt forskellige interventionsformer afhængig af de implicerede parter forståelse og definition af brugerstøttens position. Patientens læreproces og udvikling af sundhedsstrategier vil formentlig være under påvirkning af disse forståelsesrammer og fortolkningsmønstre. Der vil således blive skabt forskellige muligheder for indflydelse på handlerummet for egen sundhed.

Resultaterne vil også afhænge af min egen forvaltning af min position som forsker. Jeg vil bl.a. blive udfordret i grænserne af fortrolighed mellem brugerstøtterne, patienter, det kliniske personale og psykiatrilædelserne, hvilket er dilemmafyldt.

9. Litteraturliste

Bereswill M, Morgenroth C, Redman P, 2010
Alfred Lorenzer and the depth-hermeneutic method
Psychoanalysis, Culture & society 15, 221-250

Buus N., 2005
Communication among mental health nurses. A field study of mental health nursing practices.
PhD thesis, University of Southern Denmark

Center for Kvalitetsudvikling på vegne af: Danske Regioner, Region Hovedstaden, Region
Midtjylland, Region Nordjylland, Region Sjælland, Region Syddanmark
Patienterne og de pårørende har ordet. Undersøgelse på de psykiatriske sengeafsnit i Danmark
2009

Costley, C, Elliot Gand, Gibbs P. 2010.
Doing Work Based Research. Approches to Enquiry for Insider-Researchers.
Sage Publications

Dansk Sundhedsinstitut
Opgaveudvikling på psykiatriområdet
Januar 2011

Dansk Sundhedsinstitut DSI og Det Nationale Forskningscenter for Velfærd SFI
Stigma og psykisk lidelse - som det opleves og opfattes af mennesker med psykiske lidelse og
borgere i Danmark
Oktober 2010

Davidson L, Chinman M, Sells D, Rowe M 2006
Peer Support Among Adults With Serious Mental Illness: A Report From the Field
Schizophrenia Bulletin 32(3): 443 – 450

Deegan P, 2007
The lived experience of Using Psychiatric Medication in the Recovery Process
and Shared Decision-Making. Program to Support It
Psychiatric Rehabilitation Journal 2007, Volume 31, No 1, 62-69

Gannik D, 2005.
Social sygdomsteori – Et Situationelt Perspektiv.
Samfundslitteratur

Goffman E, 1961/1971
Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and other Inmates
New York, Doubleday

Goffman E 2009
Stigma. Om afvigerens sociale identitet.

Goodwin V, Happel B, 2006
Consumers` views of the reality of consumer participation in mental health care
Contemporary Nurse, Volume 21, Issue 1, February March

Goodwin V, Happell B, 2006

Conflicting agendas between consumers and carers. The perspectives of carers and nurses. *International Journal of Mental Health Nursing* 15, 135 – 143

Hallway W, Jefferson T 2010

Doing qualitative research differently
SAGE Publications Ltd

Halvorsen G 2009.

Anerkjennelsens betydning for en hjælpende relation: Om forståelse og andre forståelse. *Klinisk sygepleje*. København: Munksgaard Danmark, 2009; 23 årgang nr.4 side 68-78

Høgsbro K et al.2003

Skjulte livsverdener: en etnografisk undersøgelse af forholdene for mennesker med hjemløshed, misbrug og sindslidelse som problem.
AKF Forlaget, København

Red. Jensen P, 2004

Recovery på dansk: at overvinde psykosociale handicap
Academic

Johnson RL, Standford PD, Douglas W Jr., Botwinick G,
Marino E 2001

High-risk sexual behaviors among adolescents engaged through a street-based peer outreach program. *Journal of the National Medical Association* Vol. 93 (5), pp. 170 – 177, 2001

Järvinen, M 1989

Det dårlige selskab. Misbrug, behandling, omsorg.
Socpol

Järvinen M, Mik-Meyer N (red.) 2003

At skabe en klient. Institutionelle identiteter i socialt arbejde.
København, Hans Reitzels Forlag

Kleinmann A 1988

The Illness Narratives: Suffering, Healing, And The Human Condition
Basic Books, Inc., Publishers

Kumaria, S 2001.

Crisis: *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*
Vol. 22(3), (s. 87-88, 2001).

Køppe S, Olsen O.A, 1996

Den sene freudo-marxisme. I: *Psykoanalysen efter Freud*
Gyldendals Bogklub
Nordisk Forlag A.S.,Copenhagen

Lauveng, A 2008. *Imorgen var jeg altid en løve*. Akademisk forlag.

Lorenze, A 1975. *Materialistisk socialisationsteori*, København, Rhodos

Mental health service user involvement in England: lesson from history
Rush B.,
Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2004, 11, 313 – 318

Olesen, H.S. 1985. Voksenundervisning – hverdagsliv og erfaring.
Kbh., Unge pædagoger

Olesen, H.S. 1999
Voksenundervisning i et livshistorisk perspektiv i: På sporet af praksis. En antologi.
Undervisningsministeriet 1999

Prinz C
Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers.
A Synthesis of Findings across OECD Countries

Region Sjælland 2008.
Psykiatriplan for Region Sjælland.
Mennesker og muligheder – psykiatri med relationer. Region Sjælland, Psykiatrien.

Region Sjælland 2010.
Brugerstyret psykiatri –
Hvad betyder det i praksis?
Psykiatrien Region Sjælland.

Rudi RR, Rosenfeld LB, Galassi JB, Parker J, Schanberg R 2001.
Participants` perceptions of a peer-helper, telephone-based social support intervention for
melanoma patients.
Health Communication Vol. 13 (3), s. 285 – 306.

Socialministeriet & Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Fælles værdier i indsatsen for mennesker med en sindslidelse
Respekt
Faglighed
Ansvar
Socialministeriet & Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2005

Sundhedsstyrelsen 2009.
National strategi for psykiatri 2009.
Sundhedsstyrelsen, København

Thøgersen U, 2004
Krop og fænomenologi – en introduction til Merleau-Pontys filosof
Academica

Topor A, m.fl. 2002.
Vendepunkter. Et nærstudie af vendepunkter for mennesker der er kommet sig efter alvorlig
psykisk lidelse.
Videnscenter for Socialpsykiatri 2002. København 1.udgave 1. oplag

Topor A, 2003, Recovery.
At komme sig efter alvorlig psykisk lidelse.
Hans Reitzels forlag.

Topor A 2005.

Fra patient til person. Hvad hjælper mennesker med alvorlig psykiske problemer. København. Akademisk forlag, 1. udgave 1. oplag

Zoffmann V 2003.

Fra grounded theory til randomiseret kontrolleret studie – hærkning af bløde data. I: M Lorensen, L Hounsgaard og Østergaard-Nielsen G (red.). Forskning i klinisk sygepleje 2 – metoder og vidensudvikling. Akademisk Forlag, København, s. 239-258.

Zoffmann V 2004.

Guided self-determination: a life skills approach developed in difficult Type-1 diabetes. Ph.D. thesis. Publikationer fra Institut for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet, Århus.