



AALBORG UNIVERSITY
DENMARK

Aalborg Universitet

"En sundhedsapostel vil være livsfarlig i psykiatrien"

Et casestudie om fysisk helbredshåndtering i ambulans psykiatri

Nielsen, Bodil Margrethe

Publication date:
2018

Document Version
Også kaldet Forlagets PDF

[Link to publication from Aalborg University](#)

Citation for published version (APA):

Nielsen, B. M. (2018). "En sundhedsapostel vil være livsfarlig i psykiatrien": Et casestudie om fysisk helbredshåndtering i ambulans psykiatri. Aalborg Universitetsforlag.

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 us at vbn@aub.aau.dk providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

**”EN SUNDHEDSAPOSTEL VIL VÆRE
LIVSFARLIG I PSYKIATRIEN”**

ET CASESTUDIE OM FYSISK HELBREDSHÅNDTERING
I AMBULANT PSYKIATRI

**AF
BODIL MARGRETHE NIELSEN**

PH.D. AFHANDLING 2018



AALBORG UNIVERSITET

”EN SUNDHEDSAPOSTEL VIL VÆRE LIVSFARLIG I PSYKIATRIEN”

**ET CASESTUDIE OM FYSISK HELBREDSHÅNDBLING
I AMBULANT PSYKIATRI**

By

Bodil Margrethe Nielsen



AALBORG UNIVERSITY
DENMARK

Dissertation submitted

Ph.d. indleveret: Januar 2018

Ph.d. vejleder: Lektor Anders Petersen
Aalborg University

Ph.d. bi-vejleder: Antropolog, ph.d. leder og seniorforsker Katrine
Schepelern Johansen, Kompetencecenter for
Dobbeltdiagnoser, Region Hovedstadens Psykiatri

Ph.d. bedømmelsesudvalg: Lektor Sune Qvortrup Jensen
Aalborg Universitet (formand)

Professor Tine Tjørnhøj-Thomsen
Syddansk Universitet

Professor Marit Borg,
University College of Southeast Norway

Ph.d. serie: Det Samfundsvidenskabelige Fakultet,
Aalborg Universitet

ISSN (online): 2246-1256
ISBN (online): 978-87-7112-978-6

Udgivet af:
Aalborg Universitetsforlag
Skjernvej 4A, 2. sal
9220 Aalborg Ø
Tlf. 9940 7140
aauf@forlag.aau.dk
forlag.aau.dk

© Copyright: Bodil Margrethe Nielsen

Trykt i Danmark af Rosendahls, 2018

Normalsider: 388 sider (å 2.400 anslag inkl. mellemrum).



CV

Bodil Margrethe Nielsen (1963), ergoterapeut (1989) og Master I Social Integration fra Århus Universitet (2006). Bodils primære forskningsinteresser omhandler sociologiske og humanistiske perspektiver på sundhed, sundhedsfremme og livsstilsforandringer i relation til socialt udsatte grupper. Hun har specialiseret sig i etnografisk feltarbejde omkring mødet mellem socialt udsatte borgere og social- og sundhedsvæsen. Hendes interessefelt omhandler især de komplekse sociale forhold, der kan være medskaber på sårbare samfundsgruppers udsathed i social- og sundhedsvæsenet. Bodil har gennem mange år arbejdet som projektleder, leder og underviser inden for udvikling, igangsættelse og implementering af forebyggelses- og sundhedsfremme aktiviteter i offentlig regi og med særlig interesse for social ulighed i sundhed.

Forord	11
Figur og tabeloversigt	13
Del 1	15
Kapitel 1. Introduktion	17
1.1 Indledning.....	17
1.2. Formål og forskningsspørgsmål	21
1.3. Netværk og fysisk helbred	22
1.4. Patientgruppens fysiske helbred som et sociologisk problem	24
1.4.1 Øget sundhedspolitisk pres – internationalt og nationalt	25
1.4.2 En multikompleks problemstilling.....	28
1.5. Positionering	33
Kapitel 2. Forskning i fysisk helbredshåndtering	35
2.1 Indledning.....	35
2.2. Litteratursøgningsmetode	35
2.3. Resultater af litteraturgennemgang.....	43
2.3.1 Kontekst-nære studier.....	43
2.3.2 Patient- og fagprofessionel-perspektiver	52
2.4 Samlet opsummering på litteraturgennemgangen	66
Kapitel 3. Teoretisk og empirisk rammesætning	69
3.1 Indledning.....	69
3.2 Pragmatisme – det videnskabsteoretiske udgangspunkt	69
3.3 Symbolsk interaktionisme som metodologisk afsæt	71
3.3.1 Anvendelse af symbolsk interaktionisme.....	77
3.4 Situationel analyse-teori.....	78
3.5 Casestudiedesign.....	80
3.5.1 Kritisk case.....	83
3.5.2 Triangulering som metodologisk kvalitetssikringsstrategi	85
3.6 OP-team konteksten og empiriske kilder.....	86
3.6.1 Historisk perspektiv på psykiatri.....	86
3.6.2 Ideen bag OP-teams	92
3.6.3 Psykiater og casemanagerfunktionerne i OP-teams.....	94

3.6.4 Præsentation af OP-team-casen	96
Kapitel 4. Datagenererings- og analysemetoder.....	109
4.1. Indledning.....	109
4.2 Datagenereringsmetoder.....	109
4.2.1 Interviews	110
4.2.2 Fokusgruppeinterviews	112
4.2.3 Deltagende observationer.....	113
4.2.4 Dokumentanalyse.....	117
4.3 Datagenereringsprocessen	118
4.3.1 Sekventiel datagenerering	118
4.3.2 Subcase I – datagenereringsprocessen	118
4.3.3 Subcase II – datagenereringsprocessen	123
4.4 Ethiske overvejelser og udfordringer.....	129
4.4.1 Tavshedspligt, informeret samtykke og anonymitet	129
4.4.2 Udfordringer og etiske farligheder i feltarbejdet	130
4.5 Analysestrategi og procedurer.....	136
4.5.1 Klargøring af data til analyse.....	136
4.5.2 Indledende analysestrategi – kodningsprocessen	137
4.5.3 Situationel analysestrategi, fra koder til tematiseringer.....	138
4.5.4 Analysemetode – Subcase I.....	140
4.5.5 Analysemetode –Subcase II	140
Læsevejledning til læsning af empirisk materiale	142
Del 2	145
Kapitel 5. Ledelse-fagprofessionel-perspektiver.....	146
5.1 Introduktion.....	146
5.2 Social arena - social verdenskortlægning	147
5.3 Emotionsarbejde	150
5.4. Ledelses- og psykiaterperspektiver.....	151
5.4.1 Ledelsesperspektiver på fysisk helbredshåndtering	151
5.4.2 Psykiaterperspektiver på fysisk helbredshåndtering	161
5.4.3 Opsummering på ledelses- og psykiaterperspektiver	171

5.5 Casemanagerperspektiveringer	172
5.5.1 ”Alt skal måles og vejes” – fysisk helbredshåndtering som en skal-opgave.....	173
5.5.2 ”De aller dårligste patienter”.....	175
5.5.3 Den gode relation	178
5.5.4 Relationsnedbrydende, fysisk helbredshåndtering	182
5.5.5 Relationsopbyggende fysisk helbredshåndtering.....	193
5.5.6 Opsummering på casemanagerperspektiveringer.....	197
5.6 Delkonklusion ledelse-fagprofessionel-perspektiver	198
Kapitel 6. Patient-fagprofessionel-samspil.....	205
6.1 Indledning.....	205
6.2. Deskriptiv analyse af de seks dyader.....	206
6.2.1 Indledning	206
6.2.2 Ann-Else-dyaden.....	207
6.2.3 Tim-Rita-dyaden.....	208
6.2.4 Dicte-Anni-dyaden	210
6.2.5 Jeppe-Jette-dyaden.....	211
6.2.6 Isak-Gunvor-dyaden.....	212
6.2.7 Hjalte-Sanne-dyaden.....	214
6.2.8 Tværgående opsummering på de seks dyade-samspilssituationer.....	215
6.3 Forandrings-fastholdelsesmønstre	218
6.3.1 Symbolsk interaktionistisk blik på forandring-fastholdelses-mønstre	219
6.3.2 Fastholdelsesmønstre	223
6.3.3 Forandringsinitiativer	233
6.3.4 Opsummering på forandrings-fastholdelsesmønstre.....	242
6.4 Fysiske helbredsproblemer som sekundære afvigelsestræk	243
6.4.1 Teori om sekundære afvigelsestræk	244
6.4.2 Profetidominerende interaktionsmønstre.....	248
6.4.3 Illusions og tidsforskydende ”som om”- interaktionsmønstre	259
6.5. Delkonklusion patient-fagprofessionel samspil	275
6.5.1 Fysisk helbredshåndterings samspilsmønstre	276

6.5.2 Fysisk helbredshåndterings handlerum.....	278
Kapitel 7. Diskussion.....	281
7.1. Indledning.....	281
7.2. Refleksioner over design og metodevalg.....	281
7.3. Patientgruppens manglende magt.....	288
7.4. Fagprofessionelles styring på normer om stabilitet.....	295
7.5. Opsummering.....	302
Kapitel 8. Konklusion.....	305
8.1 Organisatoriske fysisk helbredshåndterings-perspektiver.....	305
8.2. Fysisk helbredshåndterings samspilsmønstre.....	308
8.3. Handlerum for fysisk helbredshåndtering.....	310
8.4. Anbefalinger til yderligere forskning og til praksis.....	312
Resumé dansk.....	315
English summary.....	319
Referencer.....	323

Forord

Det påstås, at der kræves 10.000 timers intensiv og målrettet træning for at udvikle ekspertise. Denne påstand udfordrer samtidig X-faktor myten om, at talent og ekspertise er noget man er født med som et gudsbenådet naturtalent. At jeg netop kommer til at tænke på denne påstand nu, hvor jeg sidder og lægger sidste hånd på min ph.d.-afhandling, bunder i at påstanden generelt har holdt min motivation høj og har nærret min konstante oplevelse af, at nærme mig målet om at formidle samfundsudviklingsmæssig vigtig viden. Den modning og udvikling, jeg har gennemløbet gennem de 10.000 timer, er også udtryk for, at jeg har været privilegeret af gunstige omstændigheder og et aktivt involverende netværk. Jeg vil gerne udtrykke min store taknemmelighed og ydmyghed over for de mennesker der har muliggjort denne afhandlings tilblivelse.

Allerførst vil jeg gerne takke Psykiatrien i Region Nordjylland for sammen med Aalborg Universitet at have tilvejebragt det økonomiske grundlag, som har gjort dette forskningsprojekt muligt. Ph.d.-afhandlingen er også inden indlevering blevet gennemlæst af dem og uden tilbagemeldinger om ønsker til revideringer, hvilket jeg har sat stor pris på. Endvidere takkes Ergoterapeutforeningens Forskningsfond, som også økonomisk har støttet ph.d.-afhandlingens muliggørelse. Derudover vil jeg i særlig grad takke ledere, klinisk personale og øvrige medarbejdere i den deltagende psykiatriske praksis, som stillede sig til rådighed i hele forløbet.

En helt særlig tak skylder jeg patientgruppen i de deltagende Opsøgende Psykoseteams (OP-teams), hvis navne jeg af hensyn til krav om anonymisering ikke kan nævne. Trods svære og langvarige psykisk sygdomme åbnede de op for deres privatliv og liv som psykiatriske patienter. Uden betænkeligheder og forbehold inviterede de mig til at observere deres konkrete behandlingsforløb. Disse mennesker har spillet en helt central rolle i afhandlingens tilblivelse og har bekræftet mig i, at selvom de ”på papiret” skulle høre til blandt de mest udsatte og sårbare sociale grupper, så viser de, trods alle odds, et nærvær, en imødekommenhed og uovertruffent livsmod og livserfaringer, der er dybt dybt beundringsværdige. Tillige skylder jeg også en særlig tak til de fagprofessionelle i OP-team regi, som lod mig deltage i deres arbejdsliv, gav mig adgang til patientgruppen og ikke mindst tillod min tilstedeværelse under deres arbejde og samspilssituationer med patientgruppen.

Enkelte personer har haft den sikkert temmelig udfordrende - men forhåbentlig også i overvejende grad inspirerende og spændende rolle - at være vejleder for mig og projektet. Dem er jeg stor tak skyldig. Her tænker jeg i første omgang på dekan Rasmus Antoft, Aalborg Universitet og overlæge Zoltan Kovacs, Aalborg Universitetshospital, som begge støttede og inspirerede mig som henholdsvis hoved- og bivejleder i første halvdel af ph.d.-forløbet. Jeg har også haft stor glæde af og hentet megen inspiration fra

mit seneste og nuværende ”vejleder-hold” bestående af hovedvejleder lektor Anders Petersen, Aalborg Universitet, og bivejleder Katrine Schepelern Johansen, Leder af Kompetencecenter for Dobbelt diagnose, Region Hovedstaden. De to har suppleret hinanden fortrinligt. Anders har altid været der med højt humør, optimisme og konstruktive tilbagemeldinger, krydret med pædagogiske metaforer for at kvalitetsudvikle og skabe struktur og fremdrift i skrivearbejdet. Katrine har bidraget med sin særlige empatiske og uundværlige understøttelse af både faglige og processuelle problemstillinger. Især og hos begge har jeg værdsat at kunne spejle mig i gensidighed og engagement i at bedrive humanistisk/sociologisk forskning inden for det praksisnære psykiatrifaglige felt.

Med afsæt i, at mødet med professor Janne Seemann, Aalborg Universitet var afgørende for, at mine muligheder for at gennemføre et ph.d.-forløb blev en realitet, er jeg meget taknemmelig for. Hun både styrkede min tro på, at min ide og evner rakte, og banede tillige vejen for, at ph.d.-projektet økonomisk blev realistisk at gennemføre. Jeg ønsker desuden at takke hende for sin trofaste støtte og vedholdenhed ift. den ”åbne dør” til medlemskabet i forskningsgruppen COMA. I den sammenhæng skal der også lyde en særlig tak til de mange søde og inspirerende ph.d.-studerende, jeg har mødt og mingeleret med undervejs. En særlig tak til Mette og Tine, som har udgjort ”de to ben” i vores efterhånden langtidsholdbare treklover. De har været en uvurderlig støtte, med rum og plads til at mødes 24/7 og omkring både indhold af fagligt og privat karakter.

Endelig skylder jeg også en særlig stor tak til min nærmeste familie og nære venner, som trods mit ofte manglende nærvær, har været rummelige, tålmodige og med en blanding af kærlighed og stædighed indimellem har afkrævet mit nærvær. Især tak til mine børn Emil og Rasmus. Jeg ved, at jeg har været fraværende og til tider meget vanskelig at få ordentlig kontakt med. Tak til dem fordi de både har vist en nysgerrighed og behersket deres mulige skepsis og til tider bidraget med livsbekræftende krav på min tilstedeværelse og nærvær.

Afslutningsvis vil jeg fremhæve et særligt aspekt ved gennemførelse af denne afhandling. At lave feltarbejde om hvordan psykiatriske patienters fysiske helbredsproblemer håndteres i psykiatrikontekst, er en problemstilling, som forud for mit ph.d.-forløb, også var en væsentlig del af mine arbejdsopgaver i samme kontekst. Det betyder, at afhandlingen, på en og samme tid, både udtrykker en form for faglig selvkritik og en åbenhjertig nysgerrighed. Jeg ønsker at forstå denne virkelighed på et dybere plan. En forståelse jeg med denne afhandling ønsker at videreformidle.

Figur- og tabeloversigt

Figur 1 Fysisk helbredshåndtering som en cirkulær proces	21
Figur 2 Gruppering af inkluderede artikler	41
Figur 3 Flowdiagram med udvælgelsesprocessens forskellige stadier	42
Figur 4 Patientperspektiver på fysisk helbredshåndtering	53
Figur 5 Fagprofessionel-perspektiver på fysisk helbredshåndtering.....	59
Figur 6 Clarkes (2005) situationelle matrix, en kopi (Clarke, 2005: 73)	79
Figur 7 Afhandlingens casestudiedesign	83
Figur 8 Den organisatoriske placering af OP-teams.....	97
Figur 9 Den cirkulære situationelle analyseproces	139
Figur 10 Interaktionistisk forståelse af forandrings- fastholdelses-dynamikker	221
Figur 11 Grafisk præsentation af Subcase II analysens resultater.....	275
Tabel 1 Valgte databaser.....	36
Tabel 2 Anvendte nøglebegreber inden for de tre temaer	38
Tabel 3 Antal hits inden for de tre første udvælgelsestrin.....	40
Tabel 4 Empiriske kilder og metoder i Subcase I	102
Tabel 5 Inklusions- og eksklusionskriterier for dyade-deltagere	104
Tabel 6 Demografiske data, dyadepatienter	106
Tabel 7 Patientmålgruppen sammenlignet med generelle sociodemografiske forhold	106
Tabel 8 Demografiske data, dyadecasemanagergruppen	107
Tabel 9 Anvendte undersøgelsesmetoder i Subcase I og II	110
Tabel 10 Tidspunkter og omfang for datagenerering, Subcase I	119
Tabel 11 Tidspunkter og omfang for datagenerering, Subcase II.....	124
Tabel 12 Typer af datamateriale og omfang fra de 22 samspilssituationer.....	127
Tabel 13 Oversigt over datakilder, der indgår i analysearbejdet.....	137
Tabel 14 Fravalgte tematiseringer om casemanager perspektiveringer	172
Tabel 15 Sammenstilling af ”den gode relation” og KRAM kategoriseringer	186
Tabel 16 Patientgruppens gennemførte og aktuelle forandringsønsker	216
Tabel 17 Patientperspektiver på fysisk helbredshåndterings interaktioner	217
Tabel 18 Patientgruppens helbredsrelaterede problemstillinger.....	222
Tabel 19 Tidsforskydende samspilsmønstre.....	274

Del 1

Indledningsvis vil jeg kort knytte en lille kommentar til valget af afhandlingens titel. Titlen ”En sundhedsapostel vil være livsfarlig i psykiatrien” er et citat, der stammer fra en psykiater, der deltager i undersøgelsen (omtales nærmere i afsnit 5.4.2). Citatet er valgt som titel, fordi udtalelsen indikerer, hvordan patientrettet fysisk helbredshåndtering kan identificeres som en trussel mod det psykiatriske behandlingsarbejde. En trussel der relaterer sig til opbygning og bevarelse af en god relation mellem fagprofessionelle og patientgruppen.

Afhandlingen er opdelt i to dele. Del 1 indeholder de indledende kapitler, der overordnet set beskriver ideen og formålet med afhandlingen, og hvordan dette er begrundet i eksisterende forskning på området. Derudover indeholder del 1 også introduktioner og beskrivelser af de bagvedliggende overvejelser og valg, jeg har truffet ift. afhandlingens teoretiske og metodologiske positionering, studiets konkrete design samt valg af metoder til at studere det empiriske felt, jeg har valgt at undersøge, og som også præsenteres her. Konkret består del 1 af fire kapitler. I kapitel 1 præsenteres de konkrete forskningsspørgsmål, som er styrende for hele afhandlingen, og begrundelserne for, hvorfor dette emne er vigtigt og sociologisk relevant at udforske. Dernæst følger kapitel 2, som er et systematisk litteraturreview af eksisterende forskning på området, og som både bidrager med inspiration, ift. hvordan den videre tilrettelæggelse af studiet metodisk tilrettelægges, og med viden som bringes i spil i relation til analysens udfoldelse i afhandlingens del II. Det næste kapitel, kapitel 3, præsenterer pragmatisme som afhandlingens videnskabsteoretiske udgangspunkt og en efterfølgende nærmere beskrivelse af symbolsk interaktionisme og de centrale begreber, der sættes i spil i undersøgelse og analyse. Kapitlet afsluttes med en introduktion til situationel analyse som et supplerende teoretisk og metodisk greb til analysearbejdet. Som sidste kapitel i del 1 præsenterer kapitel 4 dels de konkrete metoder, der er anvendt til både datagenerering og analyse, og dels en beskrivelse af de processer, hvori disse metoder tages i anvendelse, herunder valg af procedurer og etiske overvejelser.

Kapitel 1. Introduktion

1.1 Indledning

Denne ph.d.-afhandling omhandler, hvordan psykiatriske patienters fysiske helbredsproblematikker integreres i den psykiatriske behandlingspraksis. Afhandlingen undersøger, hvordan ledelsesrepræsentanter og fagprofessionelle forholder sig til patientgruppens fysiske helbredsproblematikker i den psykiatriske kontekst, og hvordan patienters fysiske helbredsproblematikker konkret kommer i spil, når patienter mødes ansigt til ansigt med og interagerer med fagprofessionelle. Møder mellem patienter og fagprofessionelle betragtes både som konstituerende for, hvordan pleje og behandling i relation til fysisk helbredsproblemer udøves i de konkrete situationer, og for efterfølgende handlinger. Disse møder mellem betydningsfulde aktører i den psykiatriske behandlingskontekst omtales fremadrettet som interaktioner. Interaktioner er tillige det grundlæggende perspektiv, der anlægges på at indhente viden om, hvad fysisk helbred er i den psykiatriske kontekst, hvilket dermed også bliver det genstandsfelt, afhandlingen nærmere undersøger. Forståelsen af fysisk helbred¹ tager således ikke afsæt i, hvordan det ud fra en naturvidenskabelig tilgang materialiserer sig i de psykiatriske patienters kroppe, men derimod hvordan det giver mening, identificeres og defineres ud fra et situationelt og relationelt perspektiv.

Afhandlingens empiriske materiale tilvejebringes fra den del af den psykiatriske behandlingspraksis, der omhandler behandlingen af mennesker diagnosticeret med en form for skizofrenilidelse². Denne afgrænsning begrundes i, at patientgruppen generelt hører til blandt de mest socialt udsatte samfundsgrupper (Diderichsen, Andersen, & Manuel, 2011: 81; Juell, 2010: 7) og specifikt tilhører den mest udsatte patientgruppe blandt psykisk syge i relation til fysisk helbredsrelateret oversygelighed og overdødelighed. Mennesker med skizofreni-lidelser har to til tre gange højere

¹ Når helbredsmaessige forhold i denne afhandling opdeles og adskilles i det mentale og fysiske helbred, er det ikke med intentioner om at fastholde en kulturel kategorisering og dikotomisering af psyke/soma. Den psykiatriske behandling har sin eksistensberettigelse ud fra en kulturel anerkendelse af, at behandling af mental og fysisk helbred er forskellig. Forståelsen af helbred i den psykiatriske behandlingskontekst er derfor almindeligvis relateret til mentalt helbred, og derfor gør jeg det explicit afhandlingen igennem, at fokus på helbred er rettet mod, hvordan det fysiske helbred giver mening. Selvom begrebet fysisk helbred hyppigt anvendes som et nøglebegreb i forskningslitteratur med det engelske begreb ”physical health”, har jeg ikke fundet eksempler på, hvordan det mere konkret defineres. Inspireret fra initierende litteraturstudie anvendes begrebet derfor som et paraply-begreb, der både kan relatere sig til *symptomer og diagnosticering* ved fx kardiovaskulære sygdomme, diabetes, KOL, cancer og metabolisk syndrom (Chadwick, Street, McAndrew, & Deacon, 2012, De Hert et al., 2011, Robson, Haddad, Gray, & Gournay, 2013), relateret til *adfærd* som kost, rygning, alkohol, motion eller helbredsrelateret livsstil (De Hert et al., 2009, Happell et al., 2011, Robson et al., 2013) eller i sammenhænge med *konsekvenser af medicinske bivirkning eller genetik* (Roberts & Bailey, 2013, Soundy, Faulkner, & Taylor, 2007).

² Skizofreni er ifølge Nordentoft (2017) et klinisk syndrom, der dækker over forskellige sygdomme med forskellige ætiologier. Skizofreni diagnosticeres med udgangspunkt i diagnosesystemet ICD-10, og der findes forskellige undertyper, såsom fx F20.0 paranoid skizofreni, F20.3 udifferentieret skizofreni og F20.9 uspecificeret skizofreni (Nordentoft & Vandborg, 2017: 298-300).

dødelighed end den øvrige befolkning ift. oversygelighed og overdødelighed (Nordentoft, 2014: 156). Samtidig tilhører de en patientgruppe, der i udtalt grad behandles i psykiatri-regi, og ifølge Nordentoft (2014) er det ca. 14.000 ud af ca. 30.000 mennesker, der har en form for skizofrenidiagnoser i Danmark, der løbende er indlagt eller i ambulante psykiatriske behandling (Nordentoft, 2014).

Mere specifikt vil afhandlingens empiriske bidrag bero på det ambulante psykiatriske behandlingstilbud, der i dansk kontekst omtales som opsøgende psykoseteams (OP-teams). OP-teams er i Danmark implementeret i flere regioner og med inspiration fra det amerikanske ACT-team koncept³, hvilket introduceres nærmere i kapitel 3. Valget af OP-teams begrundes i, at det dels er et intensivt behandlingstilbud, der strækker sig over et langvarigt forløb, og dels indeholder ideen om at tilbyde et helhedsorienteret behandlingstilbud til en svært belastet patientgruppe.

Når jeg vælger at anvende begrebet ”patienter” om de mennesker, der her indgår i rollerne som modtagere af psykiatriske behandling, er det som alternativ til valget af begreber som fx forbrugere, klienter eller brugere. Anvendelse af begrebet patient, bidrager til at begrebsliggøre de situationelle og kontekstuelle forhold, som disse behandlings-efterspørgende aktører indgår i, når de interagerer med fagprofessionelle i den psykiatriske behandlingssammenhæng. Udgangspunktet er således, at det er situationer, der definerer interaktioner mellem patienterne og de fagprofessionelle, herunder hvilken betydning patientrollen i virkeligheden har og får. Patienternes samspil med deres respektive tilknyttede fagprofessionelle omtaler jeg fremadrettet som *patient-fagprofessionel-interaktioner* inspireret af Clarke (2010). Disse består implicit af de dyadiske interaktioner, der opstår i situationer, hvor det forventes, at fagprofessionelle leverer, og patienter modtager behandlingsrelaterede interventioner (A. Clarke, 2010: 327).

Inden begrundelserne for emnets relevans nærmere udfoldes, præsenteres nedenfor begrebet fysisk helbredshåndtering, fordi begrebet er centralt og udgør omdrejningspunktet for hele afhandlingen. Efterfølgende præsenteres afhandlingens konkrete formål og forskningsspørgsmål.

Fysisk helbredshåndtering

Med den særlige interesse i at undersøge, hvordan fysisk helbred indgår i både det indbyrdes forhold mellem det psykiatriske personale og relationen mellem patienter og fagprofessionelle, afspejles en sociologisk interesse og perspektiv på praksisfeltet. Til understregning af det relationelle og situationelle perspektiv, og som alternativ til at omtale afhandlingens genstandsfelt som interaktioner eller samspil om fysisk helbred, introducerer jeg begrebet *fysisk helbredshåndtering*. Dette begreb anvendes som et

³ ACT er en forkortelse for Assertive Community Treatment. Begrebet er internationalt kendt og anerkendt og udgør en samlet betegnelse for en ambulante behandlingsstrategi til alvorligt psykisk syge mennesker. Omtales i international forskning også som ”assertive outreach”(AO) eller intensive case management (Williams, 2011: 1).

samlende begreb, der ikke umiddelbart identificeres som noget af fysiologisk, genetisk, adfærdsmæssig eller diagnosticeringsrelateret herkomst, men derimod har betydning ift., *hvordan* fysisk helbred perspektiveres, giver mening og/eller defineres i praksis. Selvom begrebet umiddelbart kunne fortolkes som et intrapersonelt anliggende, der omhandler, hvordan det enkelte individ håndterer sit fysiske helbred, indgår det i denne sammenhæng i en bredere relationel forståelsesramme.

Med udgangspunkt i at interaktioner er konstituerende for, hvordan fysiske helbredsproblematikker identificeres og defineres, henter jeg informerende og uddybende teori om interaktioner fra Blumers (1986) fortolkning af symbolsk interaktionisme. Interaktioner indeholder processer, hvor aktører kontinuerligt laver indikationer til hinanden og fortolker på interaktioner som afsæt for, hvordan givne situationer giver mening og initierer handlinger. Det, som tilstræbes indfanget gennem interaktioner, er også indeholdt i det ofte omtalte Thomas-teorem, som siger: ”if men define situations as real, they are real in their consequences” (Thomas, 1938: 572). Udgangspunktet for at forstå menneskelige handlinger er således at studere handlinger i sammenhæng med den situation, hvori de udspiller sig. Derved bliver håndtering af fysisk helbred, uanset om der er et eller flere individer til stede i en given situation, et resultat af, hvordan den aktuelle situation fortolkes, og hvilke forudgående handlinger, definitioner og perspektiver de implicerede aktører bringer med ind i den givne situation.

Fysisk helbredshåndtering indeholder det dobbelte perspektiv, at det både omhandler håndtering af fysisk helbred medieret af interaktioner mellem to eller flere aktører, men også hvordan det medieres gennem selv-interaktioner⁴. Når fysisk helbred dagsordensættes i sammenhæng med enten ”interaktioner”, ”samspil” eller ”håndtering” (skelner ikke), er det en understregning af, at fænomenet fysisk helbred betragtes som noget, der fremkommer i kraft af sociale handlinger frem for at være et isoleret medicinsk og individualiseret iboende anliggende. Fysisk helbredshåndtering i praksis kan fx omhandle aktiviteter såsom screening, samtaler, rådgivning, dokumentation og/eller følgeskab til anden behandling og mhp. at håndtere patienters fysiske helbredsproblematikker. Overordnet set forstås fysisk helbredshåndtering som indlejret i forskellige opfattelser og sociale handlinger, der relaterer sig til helbred, herunder sundheds- og sygdoms⁵-problemstillinger. Fordi krop og fysisk helbred hænger uløseligt sammen, vedrører fysisk helbredshåndtering tillige betingelser for

⁴ Selv-interaktioner er ifølge Blumer (1986) en reflektiv proces i en social kontekst, der giver retning til efterfølgende handlinger. ”The self-object emerges from the process of social interaction in which other people are defining a person to himself” (Blumer, 1986: 12). Vi laver både indikationer til andre og os selv. Handlinger konstrueres som resultat af den reflektive proces, hvor individets selv laver indikationer til sig selv om andres perspektiver og handlinger i situationen (Blumer, 1986: 80-82).

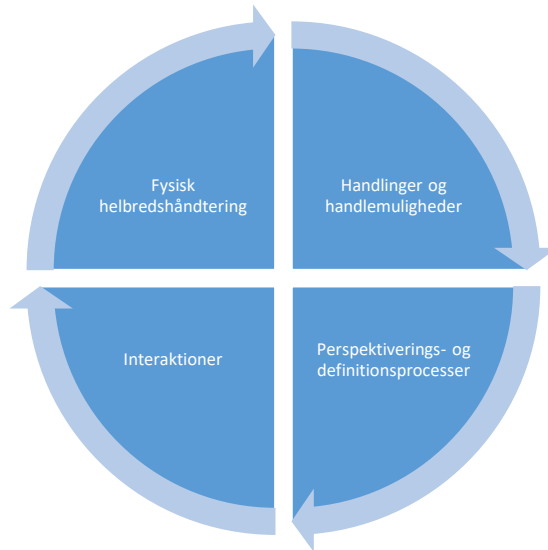
⁵ Fysisk helbredshåndtering defineres ikke nærmere i relation til den omfattende litteratur omkring definitioner af sygdom og sundhed. Dette undlades, fordi omdrejningspunktet i dette studie er at være åben og undersøgende ift., hvordan fysisk helbred defineres i den empiriske kontekst, der undersøges.

hverdagslivet og tilværelsen i det hele taget og kan således både være middel og mål – uanset om det forbindes med pligt, nødvendighed, lyst, kulturelle idealer mv.

Fysisk helbredshåndtering, og hvordan det udspilles blandt ledelse og fagprofessionelle eller i patient-fagprofessionel-interaktioner, skal ikke betragtes som isolerede interaktioner mellem to eller flere individer, men skal i stedet ansues som et resultat af interaktioner på tværs af netværk og grupperinger, der medierer handlemuligheder for fysisk helbredshåndtering. Med andre ord betragtes den pleje og behandling, patienter modtager i psykiatrien, også som et produkt af organisatoriske processer og interaktioner og som en behandling, der er under indflydelse af behandlingsideologier, som formes af både professioner og organisationen, hvori de fagprofessionelle udøver behandling (Scheid & Greenberg, 2007: 388-389). De fagprofessionelle er modtagere af opgaver fra ledelsen og indirekte fra Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner m.fl., og patienterne er modtagere af de fagprofessionelles indsats. Begge parter, fagprofessionelle og patienter, bliver dog kun reelle modtagere af den andens perspektiv, hvis de gennemgår en gensidig identifikation og internaliserer den andens tilknytning til omgivelsernes normer og værdier.

Begrebet ”perspektiver” og ”perspektivering” skal her med inspiration fra Charon (2010), ligesom fysisk helbredshåndtering, forstås som et produkt af definitionsprocesser og handlinger, som ikke alene udspringer fra det enkelte individ, men som initieres af de sociale verdener og situationer, vi tager del i. Perspektiver fremkommer, når vi definerer givne situationer mhp. at guide efterfølgende handlinger. Betydningen af at perspektivere relaterer sig desuden til at se aspekter af virkeligheden, herunder at være mere følsom over for at se nogle dele af virkeligheden frem for andre. Virkeligheden eksisterer, men vi kender ikke den komplette virkelighed, fordi vi altid ser den igennem et filter, som vi her kalder at perspektivere (Charon, 2010: 6-9).

Opsummerende kan denne afhandlings blik på, hvad fysisk helbred er og defineres som i den psykiatriske kontekst, betragtes som en kontinuerlig cirkulær proces, der indeholder fysisk helbredshåndterings-interaktioner, perspektiveringer og definitioner af situationer, som fører til handlinger og handlemuligheder. Nedenfor anskueliggør jeg denne proces i en forenklet udgave med anvendelse af de centrale elementer og begreber, der anvendes i afhandlingen igennem.



Figur 1 Fysisk helbredshåndtering som en cirkulær proces

1.2. Formål og forskningsspørgsmål

Formålet er at undersøge, hvordan fysisk helbredshåndtering perspektiveres og indgår i den psykiatriske OP-team-kontekst. De sociale handlinger og aktiviteter, der rammesætter, hvordan fysisk helbredshåndtering indgår i den psykiatriske behandlingspraksis, undersøges mhp. at få kendskab til de handlerum, hvori fysisk helbredshåndtering fortolkes og defineres. Disse handlerum og handlemuligheder ligger i de kollektive betingelser for fysisk helbredshåndtering og undersøges nærmere på tværs af ledelses-, fagprofessionel- og patientgrupperinger. Dette leder frem til de tre sammenhængende forskningsspørgsmål, som denne afhandling søger at besvare:

1) Hvordan perspektiverer ledere og fagprofessionelle patientrettet fysisk helbredshåndtering?

2) Hvordan udspiller fysisk helbredshåndtering sig i patient-fagprofessionel samspilssituationer?

3) Hvordan afspejler disse samspilssituationer handlerum for fysisk helbredshåndtering?

Med det første spørgsmål tager afhandlingen udgangspunkt i forståelsen af, at samspilssituationer og håndteringen af patienters fysiske helbredsproblematikker, udover at konstitueres af dyadiske og reciprokke interaktioner mellem patient- og fagprofessionelgrupper, også formes af, hvordan psykiatriske patienters fysiske

helbredsproblematikker i øvrigt perspektiveres inden for den psykiatriske behandlingskontekst mellem ledelse og personale. De institutionelle perspektiveringer, der fremkommer af at besvare forskningsspørgsmål 1, vil således give indikationer på hvilke perspektiver, der potentielt kan overføres til patient-fagprofessionel-interaktionsituationer, og som kan være konstituerende for fremadrettede handlemuligheder.

Afledt af bevarelsen af forskningsspørgsmål 1, vil spørgsmål 2, der omhandler hvordan fysisk helbredshåndtering mellem patienter og fagprofessionelle udfolder sig, bidrage med viden om, hvordan helbredshåndtering defineres i konkrete behandlingssituationer, og hvorvidt disse definitioner giver handlerum for fremadrettede nye handlemuligheder eller forandringstiltag. Både forskningsspørgsmål 2 og 3 besvares primært med udgangspunkt i analyser af, hvordan samspil om fysisk helbredshåndtering finder sted i patient-fagprofessionel-interaktioner og sekundært med udgangspunkt i, hvordan situationelle forhold i bredere forstand influerer på, hvilke handlerum der dannes for fysisk helbredshåndtering.

Nedenfor følger en nærmere redegørelse for de bagvedliggende begrundelser for, hvorfor fysisk helbredshåndtering i psykiatrikontekst udgør et samfundsproblem, som kan problematiseres ud fra forskellige sociale niveauer og perspektiver.

1.3. Netværk og fysisk helbred

Som skitseret ovenfor, udgør det empiriske interessefelt de kulturelle og interaktionelle aspekter af, hvordan patienters fysiske helbredsproblemer indgår i den psykiatriske behandlingspraksis. Men hvad er i det hele taget relationen mellem fysisk helbred, kultur og interaktioner? Ligesom mennesker generelt er forbundet, så er sundhedssygdom og helbred ifølge Smith & Christiakis (2008) også forbundet med og samtidig betinget af involverede aktører og bånd imellem disse. Dette stemmer også overens med, at sociale netværk⁶ påvirker menneskers helbred og sundhedstilstand (Smith & Christakis, 2008). At helbred betinges af sociale netværk indgår også i Burys (2007) definition af helbred hvor helbred er ”noget der på én gang er ”egenskab” og ”relation” og som både inddrager biologiske og sociale faktorer [...] og (red. som) tvinger os til at forholde os til det afgørende spændingsfelt mellem det personlige livsforløb og historien” (Bury, 2007: 37). Denne definition udtrykker således en dialektisk forståelse af sundhed, sygdom og helbred og at helbred indgår i et spændingsfelt mellem kropslige iboende egenskaber og de omgivelsesmæssige relationelle forhold, vi involverer os i. Selvom individer til en vis grad kan udøve kontrol over deres adgang til netværk og social støtte, er de også begrænset og afhængige af andres handlinger og lokale normer (Lovasi, Adams, &

⁶ Sociale netværk skal her forstås som en kontekst for større eller mindre grupper, der former handlinger gennem interaktioner omkring erfaringsudveksling, ressource-delning, støtte og uenigheder. Netværk kan både være formelle og uformelle og kan være involveret i årsager til sygdom og disses konsekvenser (Pescosolido & Levy, 2002: 4-5)

Bearman, 2010: 75-76). Ressourcer i relation til helbred, og som fremkommer via netværk, er ifølge Lovasi et al. (2010) afhængige af 1) hvorvidt det enkelte individ er isoleret og derfor afskåret fra at kunne benytte netværks-ressourcer eller 2) hvilke iboende kvaliteter det konkrete netværk har i forhold til gruppeidentitet og normer samt 3) hvorvidt det, der transformeres gennem netværk, fremmer sundhed eller øger helbredsrelaterede risiko for sygdom (Lovasi et al., 2010: 77).

”Although social networks are only one of the contexts that shape health and health behavior, their effects are pervasive” (Lovasi et al., 2010: 86).

Med valget af OP-teams som afhandlingens empiriske felt, der udgør et intensivt og ofte flerårigt ambulans behandlingstilbud, er betingelser for at kunne generere viden om både patient-fagprofessionel-interaktioner, og også hvilken rolle fagprofessionelle har i patienternes netværk i relation til fysisk helbredshåndtering, optimale. Viden om, hvorvidt fagprofessionelle har en central betydning i patienternes netværk, har således betydning for, i hvilket omfang disse patient-fagprofessionel-samspilssituationer influerer på patienters fysiske helbredsrelaterede forhold i relation til, hvilket netværk patienterne i øvrigt er del af. Ifølge Estroff (1989), som har lavet et etnografisk studie af ACT-tilknyttede klienters erfaringer med at deltage i denne psykiatriske behandlingsform i USA tilbage i 1970’erne, kan alt personale i ACT-regi betragtes som signifikante andre til patienterne. Selvom både fagprofessionelle, der udgør signifikante andre⁷, og patienterne hver især spiller vigtige roller i at determinere hinandens ideer om årsager, natur, retning og konsekvenser af at være psykisk syg, vurderes fagprofessionelles indflydelse at være meget stor (Estroff, 1989: 242-243). At fagprofessionelles indflydelse er større end patientgruppens ift. både outcome af behandlingen, og hvorvidt relationen mellem patient og fagprofessionel har en god kvalitet, der fører til positive outcomes, indgår også i et systematiske litteraturstudie af Leeuw et al. (2012), der identificerer faktorer, der har betydning for kvaliteten af ”behandlingsalliancen” mellem patienter i længerevarende skizofrenibehandling og behandlergruppen (De Leeuw, Van Meijel, Grypdonck, & Kroon, 2012). Hvordan fagprofessionelle og patienter interagerer med hinanden i danske OP-team-kontekster, og hvordan fysisk helbredshåndtering defineres og giver mening, vil således også kunne have indflydelse på, hvordan patientgruppens fysiske helbred håndteres i et bredere perspektiv.

Men hvorfor er det i det hele taget interessant at studere forholdet mellem psykiatriske patienters fysiske helbredsproblematikker og deres interaktioner med fagprofessionelle i psykiatrisk behandlingskontekst? Hvorfor ikke rette blikket mod, hvordan fysisk helbredshåndtering i relation til mennesker med psykisk sygdom foregår i det somatiske sygehusvæsen eller praktiserende læge? Besvarelser på disse spørgsmål vil jeg udfolde

⁷ Signifikante andre er et begreb, der refererer til, at andre personer kan have stærk indflydelse på et individs selv-konceptualisering. Selv-konceptualisering er også del af selv-interaktioner (omtalt i fodnote 4).

nærmere i det følgende afsnit, der dokumenterer, hvordan håndtering af psykiatriske patienters fysiske helbred kan betragtes som en sociologisk problemstilling i den psykiatriske behandlingskontekst.

1.4. Patientgruppens fysiske helbred som et sociologisk problem

Der er relativt omfattende epidemiologiske studier og statistiske beskrivelser af forekomst af overdødelighed og oversygelighed og reduceret forventet levetid pga. fysiske sygdomme blandt mennesker med skizofrenilidelser i Danmark (Laursen & Nordentoft, 2011; Laursen, Nordentoft, & Mortensen, 2014; Wahlbeck, Westman, Nordentoft, Gissler, & Laursen, 2011). Patienter med skizofreni har tre gange større risiko for diabetes II, dobbelt så stor risiko for hjerte-karsygdom og dobbelt så stor risiko for fedme som baggrundsbeholdningen (Jørgensen & Thomsen, 2014: 12). På trods af at der siden 1930'erne har været en begyndende opmærksomhed på sammenhænge imellem sindslidelser og dårligere fysisk helbred end den øvrige befolkning, har overdødelighedsgabet igennem flere årtier været næsten uændret (Phelan, Stradins, & Morrison, 2001). Nyere forskning på området viser ydermere en forværring på området og både internationalt og i dansk kontekst (Laursen et al., 2014; Saha, Chant, & McGrath, 2007). Ifølge Laursen et al. (2014) omhandler problemstillingen især øget forekomst af hjerte-karlidelser hvilket også omtales også som det ”kardio-vaskulære mortalitetsgab”. Den høje mortalitet tilskrives følgende fire grunde: 1) sen diagnosticering af somatiske lidelser og/eller utilstrækkelig sporing og behandling på somatiske sygehuse 2) negativ effekt af antipsykotisk medicinering 3) patienters usunde livsstil og 4) øget risiko for selvmord eller ulykker (Laursen et al., 2014:432).

Opmærksomheden på overdødelighedsproblematikken i relation til fysiske helbredsrelaterede årsagsforklaringer skærpes i slutningen af 1990'erne i forlængelse af Harris og Barracloughs (1998) lancering af deres berømte studie af overdødelighed blandt mennesker med skizofrenilidelser. Studiet afslører, at dødsårsager i overvejende grad (62 %) kan tilskrives fysiske helbredsproblematikker, de såkaldte ”naturlige årsager”, og at problemstillingen ikke som hidtil forventet primært kan begrundes med ”unaturlige årsager” såsom selvmord og ulykker (Harris & Barraclough, 1998). Selvom denne oversygelighed og overdødelighedsproblematik i relation til mennesker med skizofrenilidelser i nyere tid fortsat relateres til den psykiske sygdom som fx selvmord, så skal forståelsen af problematikken, jfr. Barracloughs et al. (1998), i større omfang flyttes over på, at der skal findes sammenhænge i, hvordan sundhedsvæsenet organiserer sig i forhold til denne patientgruppe. Dette afspejler sig også i nyere tid i en øget opmærksomhed i forhold til sundhedspolitiske tiltag og lovgivninger på området, både internationalt og nationalt.

1.4.1 Øget sundhedspolitisk pres – internationalt og nationalt

I takt med den negative udvikling af førnævnte overdødelighedsgab kommer der både et internationalt og nationalt et større pres på psykiatri-specialet. I sammenhæng med at der internationalt i begyndelsen af 00'erne opstår en øget opmærksomhed på *sociale forskelle* i befolkningens sundhedstilstand, lancerer EU i 2007 den første sundhedsstrategi. Strategien ”Together for Health” indeholder tre overordnede principper - lighed i sundhed, solidaritet og empowerment, som udgør pejlemærker for kvalitet i sundhedsarbejdet. Det gennemgående budskab i strategien er, at sundhed, med fokus på både livskvalitet og livslængde, er den væsentligste investering i velstand (Commission of the European Communities, 2007). WHO nedsætter inden for samme tidsperiode (2008) en kommission til at kortlægge helbredsrelaterede sociale determinanter. Med afsæt i en grundlæggende antagelse om, at der skal tilstræbes social retfærdighed og lige chancer for sundhed i samfundet, adresserer rapporten socialt determinerede faktorer for ulighed i sundhed. Herunder udpeges sundhedsvæsenet som medansvarligt for at opbygge støtte og struktur, der handler på sociale determinanter for sundhed og ulighed i sundhed med opbygning af fagprofessionelles færdigheder og kapaciteter, der modsvarer dette. I den sammenhæng fremhæves ”health literacy” som en empowerment-strategi, der kan øge menneskers kontrol med helbredet. Lav health literacy bidrager til ulighed i sundhed i høj-indkomstlande, hvilket bl.a. tilskrives manglende prioritering og opmærksomhed på fagprofessionelles evner til at kunne kommunikere om sundhed og helbred til især socialt udsatte grupper (WHO, 2008: 116,189).

I 2009 udsender præsident Mario Maj fra World Psychiatric Association (WPA) det sundhedspolitiske budskab, at fysisk helbred skal være en etisk prioritering i den psykiatriske behandlingskontekst. Dette begrundes med følgende fire argumenter: 1) forekomst af fysiske sygdomme og mortaliteten er højere ved alvorligt psykisk syge mennesker end ved den øvrige befolkning 2) gabet øges i disse år 3) samtidig forekomst af en eller flere fysiske sygdomme påvirker livskvaliteten og psykopatologien og 4) både adgang til og kvalitet af forebyggelse samt behandling af somatiske sygdomme er dårligere sammenlignet med den øvrige befolkning. Desuden opfordrer hun til øget integration mellem somatik og psykiatri, at sundhedsprofessionelle i psykiatri-kontekst opkvalificeres til at kunne løse opgaverne, men også at det ikke kun handler om det kliniske personales viden og færdigheder, men også holdninger (Maj, 2009). Sundhedspolitisk kommer der således både opfordringer og krav fra forskellige sider rettet mod i højere grad at tage hånd om og at integrere patienters fysiske helbredsproblematikker i den psykiatriske behandlingspraksis.

I dansk kontekst og som led i kommunalreformen i 2007 lanceres en ny sundhedslov. Ligesom i det øvrige Sundhedsvæsen er også klinisk personale i psykiatrikontekst underlagt denne lov. Ifølge §5 i Sundhedsloven er behandling et paraplybegreb, der dækker over: ”undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselsbistand, genoptræning,

sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient” (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2016). I forståelsen af hvad behandling indeholder, indgår således flere former for interventioner⁸ og indsatsområder til forskellige stadier af sygdomsudvikling. Behandling strækker sig også fra at omhandle forebyggelse⁹ og sundhedsfremme mhp. at forhindre eller begrænse udviklingen af sygdomme til diagnosticering, pleje og behandling af identificerede sygdomme.

Udover §5 er der ifølge §119 stk. 2 i Sundhedsloven en overordnet og explicit ansvarsplacering omkring den del af behandlingen, som omhandler forebyggelse og sundhedsfremme, idet den såkaldte patientrettede forebyggelse beskrives som et delt ansvar mellem kommuner og Sundhedsvæsenets sekundære sektor. Den nærmere ansvarsfordeling mellem region og kommune forventes, ifølge Hanak et al. (2007), afklaret mere lokalt i form af de såkaldte sundhedsaftaler. Sundhedsaftaler, som forhandles, udarbejdes og godkendes af henholdsvis regionsråd og kommuner hvert fjerde år, har til formål generelt at sikre koordinering og sammenhæng i behandling. Derudover omhandler sundhedsaftalerne også forebyggelse og sundhedsfremme som et særskilt og specifikt ekspliciteret indsatsområde, der indgår i og skal aftales tværsektorielt (Hanak, Falk, Størup, & Bruun, 2007: 9-11). Lovgivningsmæssigt er det således entydigt, at psykiatrien som led i den psykiatriske behandling har et medansvar for forebyggelse og behandling af fysiske sygdomme, men det fremgår ikke eksplicit, *hvem* der blandt sundhedsaftaleparterne skal varetage hvilke opgaver i relation til psykiatriske patienters fysiske helbred, og hvornår.

Fænomenet ulighed i sundhed og herunder socialt udsatte borgeres sundhed dagsordensættes også i Danmark. Som reaktion på den føromtalte WHO-rapport og i forlængelse af, at der i 2009 præsenteres resolutionen: *Reducing health inequities through action on the social determinants of health*, iværksættes i Danmark en national analyse af, hvad der kan reducere social ulighed i sundhed. I den sammenhæng præsenteres tolv determinanter af betydning for de mekanismer, der skaber ulighed i sundhed. Udover social udsathed i relation til bl.a. psykisk sygdom peges også på, at der på trods af et herskende princip om lige og fri adgang til sundhedsvæsenet i Danmark alligevel er en skæv fordeling af ydelser, der ikke modsvarer udsatte gruppers behov. En af de foreslåede indsatser mhp. at reducere uligheden er, at der etableres et stærkere samarbejde på tværs af psykiatri, primær sektor og kommuner, samt at der etableres

⁸ Intervention kommer fra det latinske ”intervenire” og betyder at komme imellem eller at forstyrre mhp. intentionelt at forbedre noget www.vocabulary.com. Begrebet anvendes i denne afhandling implicit i betydningen, at patienter og fagprofessionelle interagerer med afsæt i et fagprofessionel initieret samspilsemne af relevans for det aktuelle behandlingsforløb.

⁹ Forebyggelse omhandler både fysiske og psykiske helbredstilstande og kan inddeles i de tre niveauer: primær, sekundær og tertiær forebyggelse. Primær forebyggelse er indsatser, der hindrer sygdoms-udvikling, sekundær forebyggelse udgør opsporing eller begrænsning af sygdomsudvikling, og tertiær forebyggelse omhandler interventioner, der bremser tilbagefald og/eller forhindrer udvikling og forværring af kroniske tilstande (Tønnesen, 2005).

særlige indsatser til mindre privilegerede grupper, hvor psykisk syge fremhæves som en særlig udsat gruppe (Diderichsen et al., 2011).

Specifikt i relation til socialt udsatte med psykiske sygdomme udsender Danske Regioner i 2009 en målsætning om, at middellevetiden for mennesker med psykisk sygdom skal øges, og at psykiatrien har et medansvar (Danske Regioner, 2009). Nedbringelse af dødeligheden konkretiseres af Danske Regioner (2009) til mere specifikt at omhandle forebyggelse og behandling af de såkaldte livsstilsrelaterede sygdomme såsom diabetes, hjerte-kar-lidelser, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og visse kræftformer. Til nedbringelse af forekomsten af disse somatiske sygdomme opfordres den psykiatriske behandlingspraksis til at støtte patienters omlægning af livsstil, relateret til de såkaldte sundhedsmæssige risikofaktorer kost, rygning, alkohol og motion (KRAM-risikofaktorerne¹⁰) (Danske Regioner, 2009a; Danske Regioner, 2009b; Danske Regioner, 2011). Baggrunden for, at KRAM-faktorerne fremhæves som en væsentlig helbredsrelateret indsatsområde, forklares både med, at der er en hyppigere forekomst af disse sundhedsmæssige risikofaktorer blandt mennesker med psykiske sygdomme, og at målgruppen ofte har sundhedsrisikoadfærd på flere KRAM-risikofaktor på en gang (Westergaard, 2014). Tilsvarende har den daværende regering skærpet opmærksomhed på problematikken, idet regioner og kommuner i rapporten ”En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser” fra 2013 opfordres til at skulle ”*undgå underbehandling og underdiagnosticering af somatiske sygdom hos mennesker med psykiske lidelser med henblik på reduktion af ulighed i sundhed og levetid*” og at sikre en helhedsorienteret tilgang og herunder et ”*tæt samarbejde mellem psykiatri og almen praksis*” (Udvalget om Psykiatri. Arbejdsgruppe 2, 2013: 13).

Inden for samme tidsperiode og i sammenhæng med, at der fra 2009 stilles krav om akkreditering i Det Danske Sygehusvæsenet, jfr. Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM), stilles der også krav om, at der for alle både ambulante og indlagte patienter, der behandles i somatisk eller psykiatrisk regi, skal laves en målrettet og systematisk monitorerings- og interventionsindsats omkring KRAM-risikofaktorerne (Institut for Kvalitet, 2010). Ud fra retningslinjer og instrukser, der udarbejdes med afsæt i standarder fra DDKM, skal det kliniske personale ”identificere” KRAM-risikofaktorer, og patienterne skal tilbydes ”information eller intervention” mhp. fremadrettet at mindske den identificerede risikoadfærd. Endvidere skal informationer om psykiatriens tiltag og evt. anbefalinger til videre tiltag videreformidles til almen praksis og evt. kommunale instanser mhp. kontinuitet (Institut for Kvalitet, 2009; Institut for Kvalitet, 2010).

¹⁰ KRAM-risikofaktorer har på nationalt niveau været dagsordensat i en årrække med forskellige regerings respektive folkesundhedsprogrammer omkring forebyggelse og sundhedsfremme. Det drejer sig bl.a. om Regeringens forebyggelsesprogram 1989, ”Sund hele livet” fra 2002, Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008 og senest programmet ”Sundere liv for alle” fra 2014.

1.4.2 En multikompleks problemstilling

Overordnede organisatoriske problemstillinger

Selvom der lovgivningsmæssigt og formelt stilles krav, og presset øges, mhp. at psykiatrien internationalt og i Danmark forventes at påtage sig opgaven, vidner den eksisterende litteratur om, at involvering i patienters fysiske helbredsproblematikker som en integreret del af den psykiatriske behandlingspraksis indeholder multikomplekse problemstillinger. I bogen ”Fysisk helbred blandt psykisk syge” fra 2014 problematiserer Mainz et al. (2014) bl.a. de særlige udfordringer, der ligger i kombinationen af på den ene side sygehusvæsenets øgede specialiseringstendens og på den anden side psykiatriske patienters komplekse problemstillinger med både fysiske og psykiske sygdomme (multisygdom). Denne kompleksitet forårsager, at planlægning og organisering af patientforløb omkring håndtering af psykisk syges fysiske helbred kan føre til ”kontinuitetsbrud og koordinationsforstyrrelser” (Mainz, Sloth, & Kjølbye, 2014: 228-229). Collins et al. (2012) fremfører samme problematik, men omtaler den som ”mind-body dualisme”. Nærmere anskues problemstillingen, ud over koordinering og planlægning, også at omhandle, hvordan der i uddannelses-regi samt blandt færdiguddannede sundhedsprofessionelle mangler viden og færdigheder til at kunne varetage kompleksiteten i opgaven, når patienter er både fysisk og psykisk syge. Ydermere påpeges, at håndtering af fysiske helbredsproblematikker kan udfordre gængse psykiatriske sygepleje- og psykiater-roller og hermed udfordre eksisterende fagidentiteter, tværfaglige grænser samt skabe utryghed, hvilket bl.a. kan resultere i, at opgaven negligeres. Endelig nævnes også uklar ansvarsplacering eller ansvarsfralæggelse blandt det kliniske personale i relation til integrering af fysiske helbredsproblematikker i den psykiatriske behandlingspraksis (Collins, Tranter, & Irvine, 2012).

Til beskrivelse af, hvordan kulturelle aspekter kan være i spil, når den kliniske praksis ikke afspejler de overordnede organisatoriske intentioner, taler Scheid og Greenberg (2007) om ”bureaukratisk ethos”. Supplerende til de af Collins et al. (2012) fremførte problemstillinger nævnes den afsmittende effekt, det kan have på den kliniske praksis, hvis der fx organisatorisk er mest opmærksomhed på kontrol og effektivitet frem for kreativitet og innovation. Scheid & Greenberg (2007) påpeger også, at der kan være en sammenhæng mellem tilstedeværelsen af mange forskellige slags professioner i en organisation og en øget risiko for inter-professionelle konflikter, idet en central ressource for gruppeidentitet er den uddannelsesmæssige baggrund. Inter-professionelle konflikter omhandler ofte uenighed om behandlingsideologi eller kontinuerlige forhandlinger af autonomi, herunder videns-monopol, ekspert-identifikation og autoritet over klienter. Jo større professionel status, jo bedre mulighed for at udfordre de bureaukratiske kontrol-former. Ydermere påpeges, at professionelle imperativer kan være mere styrende og magtfulde end organisatoriske regler i den konkrete kliniske praksis, og institutioners krav til ”managed care” kan derfor være en udfordring. Kampen går på, hvorvidt arbejdet guides af standardiserede regler og formelle

procedurer, eller om fagprofessionelle har en stor grad af skønmæssig vurderings- og beslutningsfrihed (Scheid & Greenberg, 2007: 383).

Endnu et aspekt af, hvad der i patient-fagprofessionel-interaktioner også kan udfordre konstruktive interaktioner om fysisk helbredshåndtering, omhandler ifølge Kemp (2011) institutionalisering af selv-ansvarlighed. En bevægelse i strategier bag patient-fagprofessionel-interaktioner væk fra den passive patientrolle til, at der indføres forskellige afskygninger af selv-håndteringsstrategier. Selv-ansvarlighed indgår i et paradigmeskifte i Sundhedsvæsenet generelt. Det indføres mhp. at håndtere stigende patientgrupper med kroniske lidelser, der kræver langvarige og/eller varige behandlinger, og i relation til blandt kroniske patienter at mindske hospitalsforbrug og øge livskvalitet. Psykoeducation, som er et undervisningstilbud til psykisk syge mhp. at opnå øget viden og handlingsmuligheder omkring egen sygdom, er et eksempel på en psykiatri-praksis inden for selv-ansvarligheds-paradigmet. Et kardinalpunkt ifølge Kemp (2011) er det kliniske personales villighed til at indgå i delte beslutningsprocesser med patientgruppen, hvilket kun rækker til et vist punkt ud fra vurderinger af patientgruppens indsigt og compliance. Især i relation til compliance omkring den medicinske behandling og akutte tvangsforanstaltninger træder en paternalistisk beslutningstagning frem. Dette kunne, ifølge Kemp (2011), undgås eller reduceres ved at der på forhånd og i ikke-akutte stabile faser var udarbejdet forskellige kriseplaner sammen med patientgruppen (Kemp, 2011).

Dette selv-ansvarlighedsparadigme indgår også i Bakers (2014) studie og omtales her som selfmanagement-strategi. Som svar på kritik af, at den eksisterende rådgivningspraksis i relation til fysisk helbredshåndtering identificeres som ineffektiv, undersøger Baker (2014) psykiatrifagligt personales holdninger til selfmanagement-strategi. Personalet deler sig holdningsmæssigt i to lejre. De mest skeptiske er tilhængere af en klinisk praksis, hvor personalet udsteder mål, planer og handlinger, der er besluttet af klinikere og med patienten som mere eller mindre passiv modtager af indsatsen. Den anden gruppe, de mere positive i forhold til implementering af denne self-management strategi, ser fordele i at anvende en partnerskabsstrategi, hvor fagprofessionel-rolle går ud på at facilitere patienters aktive deltagelse i at formulere mål og planer samt at støtte patienter til at passere forhindringer på vejen mod opnåelse af ønskede mål (Baker et al., 2014: 560-563). Studiet eksemplificerer således, at der kan forekomme en ambivalens i den organisatoriske ethos omkring afgivelse af suverænitæt og implementering af selfmanagement-strategi i patientarbejdet. Dette indikerer en mulig tilstedeværende alt eller intet-forståelse af patientroller, som enten hjælpeløse og uansvarlige eller som patienter, der indgår i og deler ansvaret i et partnerskab med fagprofessionelle mhp. at opnå progression i behandlingsforløbet.

Tilsvarende problematiserer Estroff (1986), at psykiatriske patienters prognose i relation til deres psykiske sygdom er under indflydelse af, hvordan fagprofessionelle identificerer sig med sygdommen. Med dette menes, at hvis fagprofessionelgruppen

deler ansvarligheden og oplever sig påvirket af sygdommen, bidrager det til, at patientgruppen tages seriøst og behandles, og hvis ikke de fagprofessionelle deler ansvarlighed med patientgruppen omkring behandlingen, bliver patienter i stedet bebrejdet eller straffet (Estroff, 1989: 246). Dette eksemplificerer, at fagprofessionelles måde at identificere sig med problemstillingen på kan have betydning for prognosen. Kunne denne sammenhæng også gøre sig gældende i relation til patienternes fysiske helbredsrelaterede problemstillinger?

De ovenfor skitserede organisatoriske problematikker, der kan udspille sig inden for den psykiatriske organisering af fysisk helbredshåndtering, indikerer, at måden som det kliniske personale involverer sig i og forholder sig til de psykiatriske patienters fysiske helbredsproblematikker på, ikke nødvendigvis alene tager afsæt i det relationelle forhold til patientgruppen og/eller formelle krav, men også er under indflydelse af den bureaukratiske ethos.

Praksisnære problemstillinger

Ud over de ovenfor skitserede problematikker, der overvejende relateres til den overordnede organisering af den psykiatriske behandlingspraksis, herunder kulturelle aspekter, der også influerer på praksis, er der også i forskningslitteraturen eksempler på mere praksisnære problemstillinger. I et studie, der undersøger brug af guidelines som støtteværktøj til monitorering og interventioner i relation til fysisk helbredshåndtering, viser resultaterne, at selvom guidelines er et redskab, der implicit forventes at støtte interventionsprocesser og ansvarliggøre fagprofessionelle, så anvendes disse guidelines kun i begrænset omfang. Uden at det nærmere er undersøgt, formodes denne mangelfulde anvendelse af guidelines at skyldes, at de eksisterende guidelines indeholder uklare og inkonsistente anbefalinger (Citrome & Yeomans, 2005). I to nyere systematiske Cochrane-reviews undersøges henholdsvis fysisk helbredsmonitorerings-effekt og effekt af generel rådgivning om fysiske helbredsproblematikker til mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Konklusionen i begge studier er, at der er sparsom eller ingen evidens for, at disse tiltag har nogen effekt på patienters behov i relation til deres fysiske helbred ved sammenligning med almindelig praksis. Forfatterne problematiserer, at eksisterende guidelines er mangelfulde og baseret på politik og ekspertviden, som beskrives som ”galvaniseret konsensus”, der kan give falske forhåbninger og måske bidrage til ineffektivitet og i værste fald resultere i negative konsekvenser som forværring af patienternes fysiske helbred (Tosh, Clifton, & Bachner, 2011; Tosh, Clifton, Xia, & White, 2014). Disse resultater giver en naturlig anledning til også at stille spørgsmål om, hvordan ledelser og fagprofessionelle i det hele taget forholder sig til at prioritere, at fysisk helbredshåndtering integreres i den psykiatriske behandlingspraksis. Forekommer der en opmærksomhed på, at meningen bag disse interventioner skulle være, at de afstedfører et positivt outcome både af hensyn til patienten og samfundsøkonomien? Sidstnævnte problematik, om at interventioner skal være omkostningseffektive, belyses i et systematisk review, der undersøger omkostningseffektiviteten ved sundhedsfremmeinterventioner til mennesker med

psykiske problemer, men hvor det konkluderes, at der fortsat er mangelfulde informationer tilgængelige til at vurdere omkostningseffektiviteten (Park et al., 2013).

Disse ovenfor skitserede studier dokumenterer, at der er viden om tiltag, som potentielt kunne være af betydning for fysisk helbredshåndteringspraksis, men som ikke fungerer hensigtsmæssigt. Studierne giver dog ikke indsigter i, hvorfor interventionstiltagene ikke fungerer, og herunder hvad der nærmere kendetegner måden, som det indgår i den psykiatriske behandlingspraksis på. Derimod indikerer og dokumenterer disse studier, at der her er et fagligt felt, hvor der mangler viden om kulturelle og processuelle forhold, fordi de allerede igangsatte og afprøvede initiativer ikke umiddelbart viser tegn på at være virkningsfulde.

Disse ovennævnte institutionelle praksisser i form af anvendelse af guidelines, udførelse af monitoreringer og konkret rådgivning forudsætter grundlæggende, at der er en fagprofessionel, der i en eller anden form har en relation til og interagerer med en patient. Fordi studierne viser, at disse tiltag ikke fører til et positivt outcome, fører det naturligt til spørgsmålet om, hvorfor det ikke virker på det praksisnære niveau, hvor patienter og fagprofessionelle mødes ansigt til ansigt. Hvad ligger bag, at fagprofessionelle tilsyneladende ikke anvender disse guidelines, eller ikke laver monitoreringer og rådgivning, som fører til positive resultater?

Kvaliteten af relationen mellem fagprofessionelle og den kroniske eller langtidssyge psykiatriske patient er ifølge flere studier en nøgle-predictor for positive outcomes såsom symptom-reduktion, øget funktionsniveau, forbedrede sociale færdigheder og liskvalitet, bedre medicin-compliance og større brugertilfredshed med modtaget pleje og behandling (Berry, Barrowclough, & Haddock, 2011; De Leeuw, Van Meijel, Grypdonck, & Kroon, 2012). I relation til psykiatriske patienters muligheder og begrænsninger for at opnå støtte og behandling i relation til fysiske helbredsproblemer i deres psykiatriske behandling, identificeres dog af Lawrence & Kisely (2010) nogle centrale problemstillinger, såsom at patienter stigmatiseres af fagprofessionelle pga. den psykiske sygdom, herunder at fysisk helbred identificeres som konsekvenser af den psykiske sygdom, og/eller at fysiske helbredsproblematikker alene betragtes som bivirkninger fra den medicinske behandling (Lawrence & Kisely, 2010). Overordnet set problematiserer Wahlbeck et al. (2011), at der eksisterer en kultur i psykiatrikontekst, hvor patienters fysiske helbred kun i mindre omfang tages alvorligt (Wahlbeck et al., 2011).

At relationen mellem patienter og fagprofessionelle, som ovenfor skitseret, på den ene side udpeges som af afgørende betydning for et patientrettet positivt outcome, og at der på den anden side skitseres relationer mellem patienter og fagprofessionelle, der kan være stigmatiserende, herunder at fysiske helbreds-problemstillinger ikke tages alvorligt, kan synes uforeneligt. Skyldes dette, at løsning af fysisk helbredsrelaterede problemstillinger kulturelt set ikke medregnes som et relevant outcome af den

psykiatriske behandling, eller at det relationelle arbejde ikke vurderes af betydning for håndtering af fysiske helbredsproblemer? Manglende viden om, hvordan disse ovenfor skitserede modsatrettede problemstillinger afspejler virkeligheden, indikerer ubesvarede spørgsmål om, hvorvidt det samspil, der foregår mellem psykiatriske patienter og fagprofessionelle i det hele taget omhandler fysiske helbredsproblematikker, samt hvordan det evt. indgår i patient-professionel-samspil. Handler det i overvejende grad om den førnævnte bureaukratiske ethos, og at der således eksisterer nogle mere eller mindre fastlagte institutionelle strukturer, der forhindrer en hensigtsmæssig praksis? Handler det om, at fagprofessionelle måske enten undgår at involvere sig, fordi de ikke oplever sig tilstrækkeligt kompetente til at løse opgaven, eller at patienter måske forsøger at undgå, at personale involverer sig, fordi de oplever at blive stigmatiseret ved måden, som fagprofessionelle involverer sig på?

Ovenfor eksemplificeres flere forskelligartede, komplekse og omfattende problemstillinger, der hver især kan være medforklarende ift., hvorfor håndtering af fysisk helbred i den psykiatriske behandlingspraksis er problematisk. Selvom de ovenfor præsenterede studier ikke er danske, skitseres nogle komplekse problemstillinger, som muligvis også kan identificeres i dansk kontekst. Men hvordan disse problematikker opstår blandt de respektive aktører, og hvordan de influerer på tværs af forskellige sociale niveauer, fremgår mindre klart.

Trods eksisterende evidens for sammenhænge imellem psykisk sygdom og oversygelighed og overdødelighed, der forklares som del af sygdomsbilledet, usund levevis, den medicinske behandling og/eller strukturelle problemstillinger, kunne en nærliggende antagelse også være, jfr. de ovenfor skitserede komplekse problemstillinger, at kontekstuelle og relationelle aspekter i den psykiatriske behandlingspraksis, udover at influere på, hvordan fysisk helbredshåndtering praktiseres, også har betydning for patientgruppens fysiske helbredstilstand.

Opsummerende har denne afhandling til formål at undersøge fysisk helbredshåndtering i den psykiatriske behandlingspraksis i OP-team-regi. Begrundelsen for denne problemstillings relevans dokumenteres af de komplekse problemstillinger, som ovenfor er præsenteret i form af forhindringer eller begrænsninger i, at der udøves en hensigtsmæssig praksis. Med intentionen om at opnå viden om de bagvedliggende handlingsmønstre og forklaringer på, hvorfor håndtering af patienters fysiske helbredsproblematikker forvaltes i den psykiatriske behandlingspraksis, som den gør, vælger jeg, jfr. forskningsspørgsmålene, at studere, både hvordan fysisk helbred indgår i den kliniske praksis i relation til samspillet på tværs af ledere og fagprofessionelle, og hvordan fysisk helbred indgår i det konkrete patient-fagprofessionel-samspil. Inden jeg i det næste kapitel 2 præsenterer en systematisk litteraturgennemgang af eksisterende forskning på området, afsluttes kapitlet med at gøre det eksplicit, hvordan jeg positionerer mig ift. den skitserede problemstilling.

1.5. Positionering

Min positionering¹¹ i denne afhandling tager udgangspunkt i, at interessen for dette forskningsfelt allerede begyndte, da jeg i 1990'erne arbejdede inden for folkesundhedsområdet i kommunalt regi, og hvor der blev fremsat en tiltagende kritik af, at det danske folkesundhedsarbejde ikke blev tilrettelagt og tilpasset socialt udsatte borgere. Sidenhen og som del af Strukturreformen i 2007 fik jeg, som ansat i psykiatrisk behandlingsregi, mulighed for at indgå i arbejdet med at forankre det kliniske arbejde med patienters fysiske helbred i den psykiatriske behandlingspraksis. En indsats der netop omhandlede folkesundhedsarbejde for udsatte borgere i roller som patienter og modtagere af psykiatrisk behandling. I takt med at jeg gjorde mig erfaringer med kompleksiteten i at dagsordensætte dette arbejde i den psykiatriske organisation, blev min undren og nysgerrighed vakt i forhold til spørgsmålet om, hvor meget udsatte gruppers udsathed i relation til at kunne benytte samfundets fysiske helbredsrelaterede forebyggelses- og behandlingstilbud omhandler systemets og/eller den enkelte borger eller patients manglende tilpasningsevne. Det satte jeg mig for at dykke yderligere ned i med denne ph.d.-afhandling. Netop den psykiatriske kontekst anså jeg for at være optimal for sådan et studie, fordi den i omfattende grad har sin eksistensberettigelse i forhold til behandling af socialt udsatte borgere og omvendt, at udsatte borgere benytter dette tilbud, fordi den kliniske praksis forventes at være ekspert i at forstå og tilpasse sig patientgruppens særlige problemstillinger og behandlingsbehov. Med dette afsæt begyndte fordybelsesrejsen og med en nysgerrighed i bagagen for på tæt hold at studere, hvordan patienters fysiske helbredsproblematikker integreres i den psykiatriske behandlingssammenhæng.

Overordnet set ønsker jeg med denne afhandling at frembringe viden om, hvilke bagvedliggende problematikker der vanskeliggør, at den psykiatriske behandlingspraksis i højere grad bidrager til, at den psykiatriske patientgruppe sikres lige adgang til adækvat forebyggelse og behandling af somatiske sygdomme, herunder et mere integreret fokus på fysisk og psykisk helbred. Jeg positionerer mig således ikke som en teoretisk orienteret forsker, der vælger sit tema ud fra, hvor der skulle mangle teoretisk viden, men som en praksisorienteret forsker der ønsker at tilføre viden, der kan bidrage til at løse praksisproblemer.

Med anvendelse af symbolsk interaktionisme og med min teoretiske forhåndsantagelse om, at situationer og interaktioner har indflydelse på fysisk helbredshåndtering, er det samtidig en opponering mod en reduktionistisk forståelse af, at fysisk helbredshåndtering enten forstås som et iboende intrapersonelt medicinsk problem hos patienten eller alene kan tilskrives et strukturelt problem, der er uden for

¹¹ Positionering er et begreb, jeg anvender afhandlingen igennem ligesom Clarke (2005) i betydningen, at det indikerer en bestemt social diskursiv placering af en aktør eller genstand inden for et givent socialt handlingsrum (Clarke, 2005: 126-127).

psykiatriorganisationens og patienters handlerum. Denne diskussion kan også knyttes an til en diskussion om, hvilken forståelse af årsager til sygdom afhandlingen bekender sig til.

Ifølge Iversen (2002) er der tre sygdomsmodeller. Den *biomedicinske model*, en sygdomsmodel, der overvejende opfatter sygdom som årsager lokaliseret i organismen og dens komplicerede selvregulerende system. Modsat den biomedicinske model abonnerer *den socialmedicinske model* på, at årsager skal findes i omgivelserne og uden for det enkelte individs indflydelse, fx med forurening og opvækst som faktorer af betydning. Endelig indgår der i den *bio-psyko-sociale model*, at helbred er et ”produkt af en dynamisk vekselvirkning mellem menneskets biologiske, psykologiske og sociale omstændigheder” (Iversen, 2002: 39), og hvor mennesket eller patienten betragtes som en *aktiv medskaber* i at forme sine omgivelser, sig selv og sit helbred (Iversen, 2002: 37-39). Ifølge Iversens (2002) udlægning af den bio-psyko-sociale model er patientgruppen en uafhængig og ligeværdig aktør.

Med teoretisk afsæt i symbolsk interaktionisme, herunder at sociale interaktioner har indflydelse på individers helbred, vil det umiddelbart kunne sidestilles med, at jeg tager afsæt i den bio-psyko-sociale model. Når udgangspunktet i denne afhandling er at undersøge, *hvad* der konkret finder sted i patient-fagprofessionel-reltionen og i forståelsen af, at disse interaktioner indeholder kerne-elementer der guider videre handlinger, er jeg ikke blind for, at selvom patienter som udgangspunkt er aktive medskabere og har deres formelle frihed i interaktioner, så har de fagprofessionelle som eksperter i den psykiatriske behandlingssammenhæng både mere magt end patienten og et større ansvar. Magt udgør således en central faktor i relation til fysisk helbredshåndtering, både ift. hvordan det perspektiveres og forhandles i psykiatriorganisationen og i patient-fagprofessionel sammenhæng. I stedet for et magtperspektiv vælger jeg med anvendelse af symbolsk interaktionisme at fokusere på, hvordan perspektiver og samspilmønstre defineres og giver mening, samt hvordan det meningsfulde determinerer og guider til videre handlinger. Jeg stiller mig således mere kritisk og mener ikke, ligesom Iversen (2002), at mennesker i rollen som patienter altid positioneres som ligeværdige og uafhængige beslutningstagere i rollen som patienter. Derfor indtager jeg en position, der kombinerer den bio-psyko-sociale og den sociale model. Dermed betragtes menneskers helbred – udover at bestå af biologiske og psykologiske aspekter – som et produkt af komplekse og dynamiske samspil, hvori også sundhedsvæsenet og fagprofessionelle kan have en central rolle. I forskerrollen positionerer jeg mig således med opmærksomheden rettet mod, hvordan fysisk helbredshåndtering giver mening og forvaltes i psykiatriorganisationen og, hvilken betydning, på godt og ondt, det har for løsning af patientgruppens fysiske helbredsproblemer.

Kapitel 2. Forskning i fysisk helbredshåndtering

2.1 Indledning

Dette kapitel indeholder et systematisk review (Petticrew & Roberts, 2006: 39), hvor formålet er at beskrive eksisterende forskning om, hvordan psykiatriske patienters fysiske helbredsforhold håndteres relationelt i den psykiatriske behandlingskontekst. Ud over formålet med at præsentere eksisterende forskning på området anvendes litteraturgennemgangen også fremadrettet i afhandlingen mhp. at sammenligne og diskutere eksisterende forskning på området med analyseresultater i kapitel 5 og 6 samt i kapitel 7, hvor analyseresultaterne diskuteres i et bredere perspektiv.

2.2. Litteratursøgningsmetode

Med inspiration fra Papaioannou et al. (2009) har jeg anvendt forskellige litteratursøgningsstrategier, fordi problemstillingen er kompleks og kræver identifikation af studier inden for både medicinske og sociologiske forskningsstraditioner. Samtidig, og fordi forskningsområdet er relativt nyt, er der ikke udviklet sikre entydige keywords, som frembringer alle relevante artikler ved søgninger i databaser (Papaioannou, Sutton, Carroll, Booth, & Wong, 2010). Dog viste det sig fra erfaringer med indledende søgninger, at begrebet ”physical health” er et gennemgående begreb, der er anvendeligt til at finde dækkende database-specifikke synonymer på tværs af medicinske, socialpsykologiske og sociologiske orienterede databaser (Petticrew & Roberts, 2006: 89). I tabellen nedenfor præsenteres de valgte databaser inkl. begrundelsen for disse valg:

Database	Formål
Cochrane	Inddrager relevante systematiske medicinske oversigtsartikler
Sociological abstract	Indeholder referencer til videnskabelige artikler inden for sociologi.
Web of Science	Dækker samfundsvidenskab og humaniora. Har en unik funktion, idet der både kan søges på emner og citationer.
PubMed(Medline)	Dækker alle områder inden for det medicinske område på verdensplan inkl. USA.

Cinahl	Supplerer PubMed (Medline), idet databasen dækker socialpsykologi, sygeplejevidenskab herunder unikke tidsskrifter, der ikke dækkes af Pubmed (Medline).
Embase	Supplerer PubMed (Medline), da den indeholder flere henvisninger til europæisk og tredjeverdenslitteratur end PubMed generelt. Indeholder også litteratur inden for de samfundsmedicinske områder, som ikke er inkluderet i PubMed (Medline).
PsychInfo	Indeholder videnskabelige artikler inden for mental/psykisk sundhed.
Den danske forskningsdatabase	Dækker dansk publiceret videnskabelig litteratur inkl. præsentationer fra konferencer mv.
Grey literature: Google scholar, Google, Bibliotek.dk	Egnet til ustruktureret og/eller kædesøgning. Anvendes til at finde baggrundsviden samt ikke peer-reviewed (grey) litteratur om emnet.

Tabel 1 Valgte databaser

Søgedesign

Dette afsnit indeholder beskrivelsen af, hvordan de overordnede søgestrategier blev designet. Inden jeg for alvor påbegyndte systematiske søgninger, udførte jeg nogle indledende "trial and error-forsøg" med henblik på at fastslå centrale søgeord, der resulterede i relevante artikler. Derforuden lavede jeg nogle kombinationsforsøg med henblik på at klarlægge, hvordan de centrale søgeord hensigtsmæssigt kunne grupperes og kombineres. Søgningerne blev gennemført i perioden september-november 2015.

I oversigtstabellen nedenfor, tabel 2, præsenteres de tre tematiseringer, jeg anvendte, og som blev kombineret i den systematiske litteratursøgning i de ovenfor nævnte databaser. Tema 1 udgør den kontekstuelle ramme for psykosebehandling, tema 2 omhandler patient-fagprofessionel-interaktioner som den centrale intervention, og tema 3 indeholder fysisk helbred som det centrale outcome af interventionen. Tabellen illustrerer tillige, hvilke indekserede og kontrollerede begreber der blev valgt fra de respektive databaser. Når der ikke har været relevante indekserede begreber, angives de alternative begreber i citationstegn, som har været anvendt til fritekstsøgning. I søgningsprocessen blev tema 2 opprioriteret i ønsket om at finde kontekstnære studier inden for fortolkningsparadigmet, men ved nogle databasesøgninger måtte temaet udelades for at finde relevante artikler.

Database	Tema 1: Kontekst ¹²	Tema 2: Intervention	Tema 3: Outcome
Grundbegreber jeg finder synonymer for i de respektive databaser	psychosis/ schizophrenia	patient-professional or interaction* or relation*	physical health
Cochrane	schizophrenia and disorders with psychotic features[Mesh] OR "schizophrenia" OR "severe mental illness"	Udeladt	physical health or physical illness or physical behavior or health
Sociological Abstract	T:mental patients OR T:schizophrenia OR T:psychosis	T: social interaction or patient-provider communication/relationship or provider/nurse/psychiatrist- patient	T:health problem or T:public health or T:illness or "physical illness/behavior/health
Web of Science	Fritekstsøgning m. grundbegreber		
PubMed	mental disorders [Mesh] OR psychotic disorders [Mesh] OR "schizophrenia" OR "serious mental illness" OR "severe mental illness"	professional-patient [Mesh]	health promotion [Mesh] OR "physical illness" OR "physical behavior"
Cinahl	[MH]mental disorders OR [MH]schizophrenia OR "severe mental illness"	[MH]nurse-patient relations OR [MH]professional-patient relations OR "psychiatrist- patient relations"	[MH]health behavior OR [MH]life style changes OR [MH]disease OR "physical health"

¹² Som udgangspunkt ville jeg anvende begreber, der konkret beskriver ACT-team-konteksten. Det blev fravalgt fordi det viste sig at være for snævre/specifikke begreber til at opnå fund.

Embase	E: psychosis OR "mental patient" OR "mental disorder" OR "severe mental illness"	E:doctor-patient relation E:nurse-patient relation	E:health E:health behavior OR "physical health"
Psych info	psychosis OR "severe mental illness" OR "serious mental illness"	Udeladt	"physical health" OR "physical illness" OR "physical behavior"
Bibliotek.dk	"psykisk sygdom" AND "fysisk sygdom" OR "fysisk helbred" OR "fysisk sundhed"		
Den danske Forskningsdatabase	"physical health" AND "patient-professional" AND "schizophrenia" OR "severe mental illness"		
Google scholar og google	"physical health" AND "patient-professional" AND "schizophrenia" OR "severe mental illness"		

Tabel 2 Anvendte nøglebegreber inden for de tre temaer

Nedenfor præsenteres først de valgte inklusions- og eksklusionskriterier, der anvendtes under udvælgelsesprocessen, og efterfølgende præsenteres de valgte processuelle trin, der førte frem til de endeligt inkluderede studier.

Inklusionskriterier

Det grundlæggende inklusionskriterie har været udvælgelse af peer-reviewed studier, men undtagelsesvis er der også inkluderet "grey literature" i form af en dansk rapport og et kapitel i en dansk bog, som begge er baseret på peer-reviewed litteratur. Inklusionskriterierne har taget højde for følgende prioriterede aspekter:

- 1) Interaktionelle forhold omkring fysisk helbredshåndtering i dansk og/eller international ACT-kontekst.
- 2) Studier af patient-fagprofessionel-samspil om fysisk helbredshåndtering med patienter diagnosticeret med psykiske sygdomme og fortrinsvis fra psykiatrisk behandling i sekundær sundhedssektor.

3) SMI¹³-patienters erfaringer/meninger om støtte vedrørende fysisk helbredsrelaterede problematikker og/eller deltagelse i interaktioner med psykiatri-fagprofessionelle omkring disse problematikker.

4) Fagprofessionelles erfaringer/meninger med at udføre fysisk helbredshåndteringspraksis over for patienter med alvorlige psykiske lidelser i psykiatrikontekst.

Selvom det metodologiske grundlag for de inkluderede studier er forskellige, og det også er forskelligt, hvor eksplicit dette formidles, har jeg valgt ikke at ekskludere studier på dette grundlag. Jeg anlægger dermed en pragmatisk tilgang, idet jeg tager afsæt i, at forskellige forskningsmetoder kan supplere hinanden i forhold til at bidrage med relevant viden i et endnu relativt umodent forskningsfelt. Dette stemmer også overens med Glasby & Beresfords (2006) argument og intention om, at viden fra en forskningsmetode ikke nødvendigvis er bedre end en anden, og at inkludering af en bred vifte af materiale kan sikre et så erfarings- og praksisnært litteraturstudie som muligt (Glasby & Beresford, 2006). Dette kan også sidestilles med en ”realist syntese”(Petticrew & Roberts, 2006: 191).

Eksklusionskriterier

- Studier, der hverken omhandler fagprofessionelt eller patient-perspektiv eller samspil om fysisk helbredshåndtering i psykiatrikontekst.
- Studier af andre patient-målgrupper end psykiatriske patienter og relationelle forhold omkring håndtering af fysiske helbred.
- Studier af andre ”støtte-målgrupper”, som fx peer-support eller pårørende, eller hvor konteksten alene er institutionelle hjemmemiljøer, som fx botilbud.
- Studier, der hverken er på enten engelsk, svensk, norsk eller dansk.
- Specifikke og afgrænsede patientmålgrupper: børn-unge under 18 år eller ældre over 65 år.
- Studier, der isoleret set omhandler individorienterede, sundhedsrelaterede vaner eller adfærd og ikke indeholder et interaktions-relateret perspektiv.

Udvælgelses-strategi

Inden jeg nærmere redegør for, hvordan jeg strukturerede den videre analyseproces, præsenteres neden for antal hits fra de respektive databaser, som den efterfølgende udvælgelsesproces tog udgangspunkt i. Jeg præsenterer kun antallet af hits fra de første

¹³ SMI er forkortelse for severe/serious mental illness og er en hyppig anvendt betegnelse i litteraturen, som anvendes til at beskrive patient-kategorier med psykose-diagnoser, herunder skizofreni og bipolare lidelser.

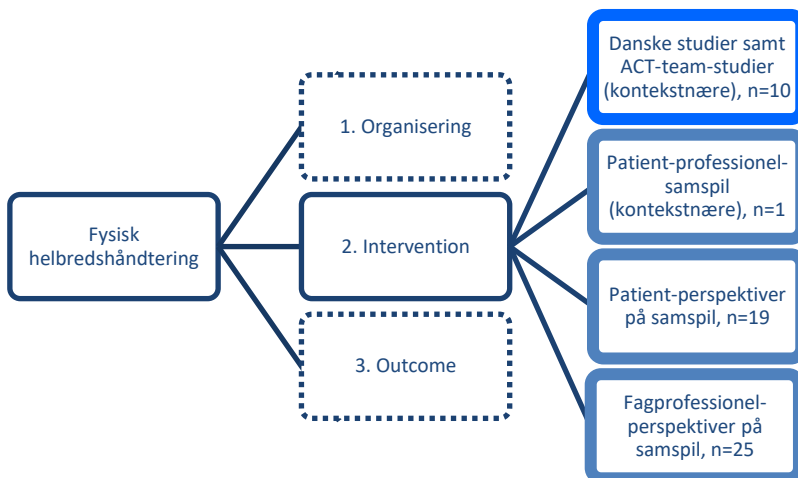
tre trin, fordi de udvalgte artikler efterfølgende blev vurderet, samlet og sorteret ud fra de inklusionskriterier, der er nævnt i Trin 4.

Database	Trin 1	Trin 2	Trin 3
Cochrane	50	5	3
PsykInfo	82	63	21
Sociological abstract	47	7	2
Cinahl	231	33	10
Embase	261	53	6
PubMed	160	22	9
Web of Science	48	14	7
Den Danske Forskningsdatabase	74	11	1
SweMed, Norart og Bibsys	Fandt ingen relevante hits.		
Grey literature:			
Google scholar	111	8	0
Bibliotek.dk	949	2	2
I alt	2013	218	61

Tabel 3 Antal hits inden for de tre første udvælgelsestrin

Overordnet set og i forhold til hvordan jeg sorterer de inkluderede studier efter trin 3, tager jeg udgangspunkt i et forsimplet billede af, at fysiske

helbredshåndteringsprocesser bevæger sig inden for et kontinuum. Dette kontinuum består i det ene yderpunkt af initiering, tilrettelæggelse og *organisering*¹⁴ af en given fysisk helbredsrelateret indsats, og i det andet yderpunkt omhandler det resultatet af en indledende organisering og efterfølgende intervention, der fører til en form for *outcome*¹⁵. Idet jeg definerer det der foregår mellem disse yderpunkter som *interventioner*, hvor fagprofessionelle og/eller ledere interagerer med patienter og/eller kollegaer, inkluderes disse, og øvrige artikler ekskluderes. Inden for interventionsgrupperingen opdeles denne endvidere i henholdsvis kontekstnære artikler og patient-eller fagprofessionel-perspektiv-artikler. De kontekstnære artikler opdeles også i henholdsvis danske studier, ACT-team-relaterede studier og samspilsstudier. Patient- eller fagprofessionel-perspektiv-artikler indeholder patient- og/eller fagprofessionel-perspektiver på fysisk helbredshåndtering. Denne sortering og organisering af inkluderede artikler fremgår også af figur 2 nedenfor:



Figur 2 Gruppering af inkluderede artikler

Boksene med de stiplede linjer i figuren illustrerer de førnævnte frasorterede grupperinger af artikler. At de fire interventions-kategorier placeres uden for interventions-boksen, symboliserer, at fysisk helbredshåndtering kun er et delelement af helheden i den psykiatriske behandling og intervention, hvor patienter interagerer med fagprofessionelle. Sideløbende med gennemlæsning af de inkluderede artikler inden for henholdsvis patient- og fagprofessionel-perspektiv-kategorierne udarbejdede jeg nogle oversigtstabeller over fund. Dels fordi der var relativt mange artikler og dels for at

¹⁴Organisering udgør en kategori af artikler, der alene omhandler fysisk helbredshåndtering i relation til fx tværsektorielle problematikker, farmakologisk vs. ikke-farmakologisk indsats, prioritering af fysisk vs. psykisk velvære indsatser eller informations-tilgængelighed.

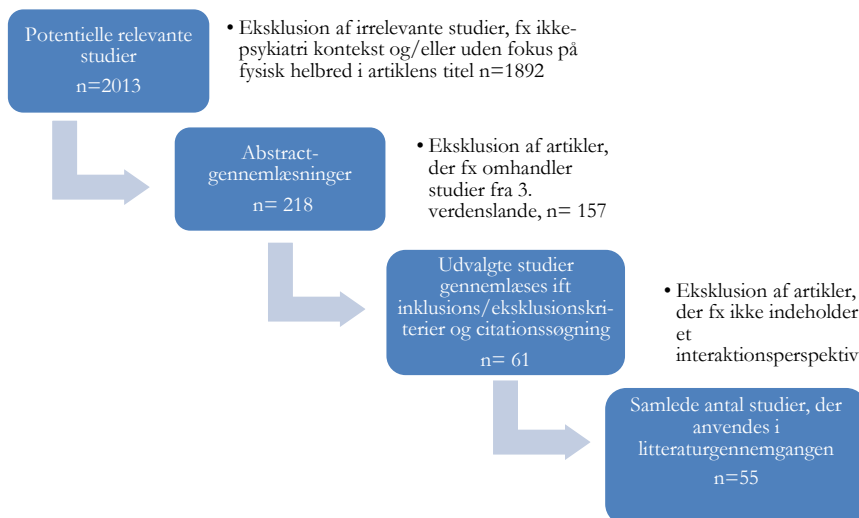
¹⁵ Outcome udgør en kategori af artikler med beskrivende/epidemiologiske studier om forekomst af overdødelighed, somatiske sygdomme og interventionsstudier.

kunne organisere og identificere ensartede/modsætningsfyldte fund, som kunne danne grundlag for den efterfølgende sammenskrivning af litteratursøgningen (Randolph, 2009: 10).

Nedenfor beskrives opsummerende processen i at udvælge inkluderede studier:

- Trin 1 Artikler udvælges på baggrund af titel og evt. hurtig skimning af abstract
- Trin 2 Artiklers abstract gennemlæses grundigt og vurderes jfr. inklusions/eksklusionskriterier (se ovenfor)
- Trin 3 Gennemlæsning af fuld tekst og evt. gennemgang og tilføjelse af citerede artikler
- Trin 4 Grovsortering af artikler ud fra de fire inklusionskriterier jfr. figur 2
- Trin 5 Grundig gennemlæsning af fuld tekst og finsortering inden for de fire inklusionskriterier samt udfærdigelse af noter.

Nedenfor illustreres udvælgelsesprocessen i dens forskellige stadier hen mod de endeligt udvalgte artikler til litteraturgennemgangen.



Figur 3 Flowdiagram med udvælgelsesprocessens forskellige stadier

2.3. Resultater af litteraturgennemgang

Litteraturgennemgangen er opdelt i tre underafsnit. Først præsenteres resultater fra det, som jeg samlet set kalder for de kontekstnære studier, og som består af henholdsvis danske, ACT-team relaterede og samspilsstudier. Dernæst følger afsnittet med henholdsvis patient- og fagprofessionel-perspektiver. Kapitlet afsluttes med et opsummerende afsnit, hvor jeg sammenfatter, hvad denne litteraturgennemgang bidrager med af væsentlig viden i relation til afhandlingens formål og forskningsspørgsmål, samt hvad den ikke giver svar på, men som danner afsæt for, hvordan jeg videre designer denne afhandlings empiriske undersøgelse.

2.3.1 Kontekst-nære studier

Afsnittet indledes med litteraturgennemgang fra dansk kontekst efterfulgt af litteraturgennemgang omhandlende ACT-team-kontekster omkring fysisk helbredshåndtering. Afslutningsvist præsenteres det eneste studie, der omhandler undersøgelser af samspils-situationer.

Dansk kontekst

Det har ikke været muligt at finde studier, der hverken undersøger interaktioner eller perspektiver på interaktioner om fysisk helbredshåndtering i en dansk-psykiatrisk behandlingskontekst. Bemærkelsesværdigt er det, at det ikke er fordi, der i forskningsøjemed ikke er en relativ stor opmærksomhed på oversygeligheds- og overdødelighedsproblematikken som beskrevet i kapitel 1, men at det i overvejende grad er inden for den epidemiologiske forskningstradition. Der medtages to danske studier, som har det til fælles, at de omhandler OP-team-behandling i Danmark, men ikke har fysisk helbredshåndtering som omdrejningspunkt, men sporadisk omtaler emnet. Derforuden præsenteres materiale fra to grey-litteratur-kilder, der dels består af en rapport og dels et kapitel fra en bog, der har emnet omkring psykiatriske patienters fysiske helbred som omdrejningspunkt.

I kapitlet ”Den psykotiske patient” af psykiater og professor Merete Nordentoft (2014) fra bogen ”Fysisk helbred blandt psykisk syge, forebyggelse, diagnostik og behandling”, problematiseres både overdødeligheds- og oversygelighedsproblematikken ift. patienter med skizofreni- og bipolar lidelse. I den sammenhæng relateres overdødeligheds- og oversygelighedsproblematikkerne til psykiatriske patienter med hyppige ”risikomarkører”. Disse risikomarkører består af diverse medicinske fænomener såsom fx fedme, forhøjet blodsukker, forhøjede blodlipider, eller somatiske diagnoser såsom diabetes og hjerte-kar-lidelser. Supplerende beskrives også, at underbehandling af somatisk sygdom, genetiske faktorer, inflammatoriske mekanismer og livsstilsforhold omkring rygning, kost og motionsvaner samt problemer med at kunne fastholde patienter pga. manglende motivation og engagement kan have indflydelse på oversygelighed og overdødelighed. Disse forskelligartede aspekter af betydning for

overdødelighed og oversygelighed refererer tilbage til forhold af både biologisk/psykologisk eller sociologisk karakter. Hvad der fx kan forklare underbehandling eller patienters manglende motivation og engagement diskuteres ikke eksplicit, men indirekte indikeres et gab mellem patientgruppens behov og psykiatriorganisationens måde at løse problemstillingen på. Dette gab søges reduceret, idet der beskrives et allerede igangsat større dansk projekt, ”CHANGE”, som støtter patienter i at få adækvat behandling i almen praksis eller i det somatiske sygehusvæsen (Nordentoft, 2014). Der igangsættes således særligt tilrettelagte interventioner med ændring af fagprofessionelles organisering og tilgang til fysisk helbredshåndteringspraksis, hvilket affødt deraf også ændrer rammerne og indholdet i patient-professionel-interaktionerne (Nordentoft, 2014). Tiltaget indikerer således en konkret løsningsmodel på ikke identificerede problematikker, der relaterer sig til patient-professionel-interaktioner om fysisk helbredshåndtering og som forventes at have betydning for patientgruppens vaner, motivation og underbehandlingsproblem.

I den danske rapport ”Psyisk sygdom og ændringer i livsstil” af Nordentoft et al. (2012) undersøges evidensen for, om intervention kan forbedre psykiatriske patienters fysiske helbred. Rapporten er baseret på systematiske litteratursøgninger i videnskabelige databaser med vægt på internationale systematiske oversigtsartikler og med et ”specielt hensyn til tilgængelige danske studier”(Nordentoft, Krogh, Lange, & Moltke, 2013: 13). Rapporten konkluderer, at der er begrænset forskning på området, men ”at det med den rette intervention er muligt for personer med psykisk sygdom at ændre deres livsstil” (Nordentoft et al., 2013: 17). Der indgår et særskilt afsnit, der omhandler barrierer, der er forbundet med at ændre livsstilsvaner hos mennesker med psykiske sygdomme. Barrierer tilskrives sygdomssymptomer, medicinske bivirkninger og ”den samlede livssituation”, herunder manglende støtte fra netværk og professionelle samt personales negative holdninger til livsstilsforandringer (Nordentoft et al., 2013: 17). Rapporten beskriver endvidere, at tal fra Den Nationale Sundhedsprofil 2010 indikerer, at personer med vedvarende psykisk sygdom har samme høje interesse som baggrundsbefolkningen for at ændre livsstil (Nordentoft et al., 2013: 18). Samtidig omtales flere steder i rapporten, at rekruttering og fastholdelse af personer med psykiske sygdomme til livsstilsforbedrende programmer er vanskelig, og at det fx kan være vanskeligt at fastholde en patient i et fysisk træningsprogram. Dokumenterede virksomme metoder beror på, hvorvidt der kan opnås en ”alliance”, og at det er af betydning, at patienter efterspørger professionelles opbakning og aktive støtte, samt at der blandt personale samtidigt udøves respekt for patienters autonomi (Nordentoft et al., 2013). Nærmere forklaringer eller problematiseringer af, hvad der kan forklare det modsætningsfyldte i patientgruppens tilsyneladende høje interesse i at ændre helbredsrelateret livsstil og fagprofessionelles erfaringer med ikke-succesfulde rekrutterings- og fastholdelsesforsøg af patientgruppen til helbreds fremmende interventioner, fremgår ikke af rapporten. Ligeledes indgår der heller ikke et afsnit, der kunne modsvare patientbarriere-afsnittet med, hvad der måtte være af fagprofessionel-

barrierer. Hvad der mere generelt finder sted i konkrete interventionssituationer, og hvornår og hvad der skal til for at opleve alliance omkring fysisk helbredshåndtering, fremgår og problematiseres heller ikke nærmere i rapporten.

Som et aspekt af rekrutterings- og fastholdelsesproblematikken omhandler Kølbæk et al. (2014) studiet kontinuitet i henvisning. Studiet undersøger, hvorvidt psykiatriske patienter i OP-team-regi, der henvises fra ambulans psykiatrisk behandling til videre behandling ved praktiserende læge pga. konstateret metabolisk syndrom¹⁶, reelt møder op til behandling ved praktiserende læger. Kun 34% af patientgruppen mødte op hos de praktiserende læger efter henvisning fra ambulans psykiatri, og den eneste signifikante forklaring i studiet er, at der kunne være en sammenhæng mellem lægens alder og fremmøde; at jo yngre læge, jo større sandsynlighed for fremmøde (Kølbæk, Schiöth, Aagaard, & Munk-Jørgensen, 2014). Dette resultat bidrager sandsynligvis ikke med den eneste forklaring på manglende fremmøde og kontinuitet i patient-professionel-samspil og patientforløb omkring fysisk helbredshåndtering, men det kunne supplere Nordentofts (2013) problematisering og beskrivelse af eksisterende rekrutterings- og fastholdelsesproblematikker af både intra- og intersektoriel karakter i relation til fysisk helbredshåndteringspraksis for patienter med svære psykiatriske lidelser.

Fra Lerbæk et al. (2015) studiet, som er en undersøgelse af autonomi og paternalisme som etiske problemstillinger blandt fagprofessionelle i OP-team-regi, viser det sig, at fysisk helbredshåndtering er et eksempel på obligatoriske arbejdsopgaver, som fagprofessionelle vælger at nedprioritere eller undlade at interagere med patienterne omkring. Dette begrundes med intentioner om at undgå, at patienter bliver vrede, eller for at mindske frygten for at blive smidt ud af patienters hjem. Denne undladelsesstrategi retfærdiggøres yderligere ud fra en logik om, at involvering i patienters fysiske helbredsproblematikker kan være intimiderende over for patienters eller fagprofessionelles integritet. Der konkluderes i artiklen, at fagprofessionelle indtager en paternalistisk positionering, hvor deres valg af handlinger vurderes op imod risici i relationen, og at denne vægtning af relationen nødvendigvis ikke har en positiv betydning for patienternes autonomi, fordi den af patienter kan opleves som autoritativ og tvingende (Lerbæk, Aagaard, Andersen, & Buus, 2015). Fra dette studie kan det udledes, at der kan eksistere barrierer blandt fagprofessionelle i ACT-kontekst i forhold til initiativtagning og gennemførelse af fysisk helbredshåndteringsinteraktioner.

¹⁶ Metabolisk syndrom er ifølge Klarlund (2010) ikke en sygdom i sig selv, men en ophobning af risikofaktorer, der især øger risikoen for hjerte-kar-lidelser samt diabetes II. Der er forskellige definitioner af metabolisk syndrom, men gennemgående omfatter det abdominal fedme, insulinresistens, hypertension og hyperlipidæmi (Klarlund Pedersen, 2010: 414). Der er blandt mennesker med skizofrenilidelser 2-4 gange så høj prævalens for metabolisk syndrom sammenlignet med baggrundsbefolkningen, og metabolisk syndrom giver øget risiko for kardiovaskulære sygdomme og diabetes og fordobler risikoen for kardiovaskulær død (Nyboe & Videbeck, 2010).

Denne sammenskrivning af danske studier indikerer, at der kun i meget begrænset omfang eksisterer tilgængelig forskning om fysisk helbredshåndtering i den psykiatriske behandlingspraksis, samt at den eksisterende forskning ikke direkte har patient-fagprofessionel-interaktioner som det centrale omdrejningspunkt. I det følgende afsnit præsenteres internationale studier, der omhandler hvordan fysisk helbredshåndtering indgår i ACT-team behandlingskontekster.

ACT-team-kontekst

Dette afsnit præsenterer, hvordan fysisk helbredshåndtering indgår i studier om ACT-teams, og hvor i alt fem studier er inkluderet: to fra England og tre fra USA. Fire af studierne anvender kvantitative metoder i form af surveys og/eller før- og eftermålinger på patient-journal-indikatorer, mens det sidste studie er kvalitativt og anvender fokusgruppinterviews som dataindsamlingsmetode.

Artiklen af Vanderlip et al. (2014) omhandler et netbaseret surveystudie af, hvordan ledere af ACT-teams i USA adresserer fysisk helbredshåndtering. Studiet tager udgangspunkt i en undren over, at selvom interventioner om fysisk helbred er et af målene med ACT-modellen, og selvom det er dokumenteret, at psykiatriske patienter opnår et bedre mentalt helbred, når indsatsen også retter sig mod patienternes fysiske helbred, så er opmærksomheden på fysisk helbred fraværende i eksisterende forskning omkring ACT-team-praksis (Vanderlip, Williams, Fiedorowicz, & Katon, 2014: 467). (Mine søgeresultater viser dog, at der er opmærksomhed, idet jeg finder Barnes et al. (2007, 2008)-studierne, som også præsenteres nedenfor). Endvidere beskrives ACT-teams ved at have en unik organisatorisk positionering i forhold til at kunne indgå i at forbedre patienternes fysiske helbred. Denne unikke position begrundes med, at personalet i ACT-teams er trænet i at arbejde med mennesker med svære psykiske lidelser, har hyppig kontakt og grundlæggende har gunstige forhold ved at samarbejdet foregår med patienterne i deres eget hjem (Vanderlip et al., 2014: 467). Selvom forfatterne er opmærksomme på, at resultater af ledergruppens besvarelser ikke direkte kan fortolkes som svar på, hvordan den reelle praksis foregår blandt medarbejdere, kan resultaterne indikere, hvordan ACT-teams i USA arbejder med patienters fysiske helbred. Blandt de 55 deltagende ledere (ud af i alt 127 mulige) er der bred konsensus om, at ACT-teams har en relevant rolle ift. at arbejde med patientgruppens fysiske helbred. Halvdelen svarer, at de bruger fysisk helbredsrelaterede screeningsredskaber, som enten er et målrettet screeningsredskab udviklet til ACT-teams eller et selv-udviklet redskab. Lederne vurderer, at ACT-teams i relativ høj grad identificerer konkrete fysiske helbredsrelaterede-problematikker som fx diabetes, hjerte-karlidelser eller fedme (imellem 49-78%). De fleste ledere (81%) mener også, at mere viden kunne forandre måden, som deres ACT-teams vurderer det fysiske helbred på. De hyppigste identificerede barrierer i forhold til adækvat indsats for fysiske helbredsproblematikker er: at patienter vægrer sig ved at lave aftaler, adgangsproblemer til primær sektor, praktiserende lægers uvilje samt patienternes manglende opmærksomhed på problematikken. Artiklen problematiserer afslutningsvist, at fysisk

helbredshåndteringspraksis er en af mange ACT-opgaver, som ikke formelt er obligatorisk, og heller ikke tildeles træning og støtte (Vanderlip et al., 2014). Studiet indikerer, at ledere i amerikansk kontekst overvejende anser arbejdet med helbredsrelaterede problematikker som vigtigt, og at der også arbejdes med det i de respektive ACT-teams. Når og hvis der er barrierer, så skal det ifølge lederne ikke relateres til ACT-team-indsatsen herunder deres interaktioner med patienterne, men i stedet adresseres som enten patient-rettede eller organisatoriske barrierer.

I de engelske studier af Barnes et al. (2007, 2008) er der til forskel fra det foromtalt studie taget udgangspunkt i, at ACT-team-praksis skal forbedres i relation til fysisk helbredshåndtering. Tilsvarende Vanderlip et al. (2014), problematiserer Barnes et al. (2007) også, at netop patientgruppen, som indgår i ACT-team-regi, burde tilbydes et helhedsorienteret behandlingstilbud, de ikke får dækket, selvom de generelt kendetegnes ved at have vanskeligheder med at møde op til både psykiatriske og somatiske behandlingstilbud (Barnes, Paton, Cavanagh, Hancock, & Taylor, 2007). Studierne omhandler et landsdækkende audit-baseret kvalitativt forbedringsprogram, der gennemføres i relation til screening for metabolisk syndrom af patienter i antipsykotisk behandling. Samtidig udføres før- og efter målinger af, hvorvidt de fire indikatorer, der relateres til vurdering af metabolisk syndrom: blodtryk, fedme, blodglukose og plasma-lipider, registreres i patientgruppens journal eller ej. Der inkluderes henholdsvis 1966 patientjournaler ved før-målingen og 1516 i efter-målingen. Ved opstart af forløbet undersøges tillige ACT-personalets holdninger og fortrolighed med at udføre metabolisk syndrom-screeninger vha. en spørgeskemaundersøgelse. Besvarelserne baseres på, at de respektive teams har forhandlet sig frem til en besvarelse ud fra statements, der ud over holdninger til opgaven omkring patienters fysiske helbred også omhandler holdninger til samarbejdet med praktiserende læge og somatiske sygehuse. Den største procentvise enighed på tværs af de 53 deltagende ACT-teams er, at patienters fysiske helbredsproblemer får en tilpas opmærksomhed (81%), og at personalet oplever at have viden om, hvordan de skal handle på baggrund af abnorme resultater (77%). Samtidig viser undersøgelsen, at der er relativt omfattende uklarhed omkring den interne ansvarsplacering, hvor ikke mere end 64% er enige i, at fysisk helbred er deres ansvarsområde. Samtidig er der også relativ stor enighed i, at ansvarsplaceringen imellem primær og sekundær sektor er utydelig (66-81%) (Barnes et al., 2007). Disse resultater anvendes som grundlag for tilrettelæggelse af kvalitetsforbedringsprogrammet. Dette består af, at de deltagende ACT-teams modtager forandringsrettet materiale mhp. at kunne opnå forbedrede resultater ved den opfølgende audit-undersøgelse et år senere. De deltagende teams modtager en lokal tilrettet baseline audit-rapport, undervisningsrelaterede slides, en poster, en livsstilshåndteringspakke, et fysisk helbredscheck-reminderkort til patienterne og et patientrettet spørgeskema mhp. at indsamle viden om bruger-perspektiv på vigtigheden af fysiske helbredschecks og/eller barrierer i relation til at deltage i fysiske helbredschecks. Efter kvalitetsforbedringsindsatsen er tilendebragt viser resultaterne ved efter-

målingerne en statistisk signifikant forbedring af screeningspraksis for metabolisk syndrom. I 2005 blev 11% af patientgruppen screenet, og i 2006 var tallet 23%. Trods forbedringen bliver resultatet alligevel vurderet til at være under anbefalet niveau. Endvidere konkluderer Barnes et al. (2008), at der trods forbedringsindsatsen formentlig fortsat forekommer mange ikke-opdagede alvorlige helbredsrelaterede problematikker som konsekvenser af manglende screening og opfølgning (Barnes et al., 2008). Disse studier indeholder således undersøgelse af en løsningsorienteret metode. En metode, som umiddelbart har en effekt, men som pga. det fortsat relativt dårlige resultat indikerer, at forandring af praksis omkring fysisk helbredshåndtering indeholder en kompleks problemstilling. Studiernes resultater omkring journaliseringspraksis og spørgeskemabesvareelserne indikerer, at der blandt ACT-team-personalet er en diskrepans mellem holdninger til, hvorvidt der tages hånd om fysiske helbredsproblematikker på tilfredsstillende vis, og hvordan der handles i praksis og i overensstemmelse med formelle regler og forventninger. Endelig indikerer studierne også, at der kan være en sammenhæng i, at den fortsat lave screeningshyppighed efter forbedringsindsatsen bl.a. kan relateres til relativt omfattende usikkerheder blandt personalet omkring ansvarsplacering både internt og tværsektorielt.

I et amerikansk kvalitetsforbedringsstudie af Castillo et al. (2015), der er inspireret af Barnes et al. studiet (2007,2008), er formålet også at undersøge, om screeningsniveauet for metabolisk syndrom kan forbedres, og sekundært om dette fører til identifikationer og diagnosticering af relaterede fysiske helbredsproblematikker. Dette undersøges med før- og eftermålinger fra patientjournaler i ACT-team-regi. Resultatet viser, at indførelsen af screening med deltagelse af 141 patienter ud af 199 mulige afslører både stor forekomst af hidtil ikke-diagnosticeret hypertension, diabetes og dyslipidæmi, og at risikoen for metabolisk syndrom næsten er universal med kun 6% symptomfri patienter. Casemanager-funktionen i ACT-team-konceptet har ifølge Castillo et al. (2015) og til forskel fra beskrivelsen i Vanderlip et al. (2014)-studiet ikke fysisk helbredshåndtering som en obligatorisk del af opgaveporteføljen. Resultaterne fra kvalitetsforbedringsindsatsen viser, at praksis forbedres væsentligt, herunder at patienter enten rådgives af deres casemanagers, eller at de bliver støttet i at få opfølgende behandling hos egen læge. Succesen forklares med, at der ved igangsætningen af kvalitetsforbedringsstudiet var en klar ledelsesmæssig holdning om, at opgaven omkring patienternes fysiske helbred ikke kunne uddelegeres til den primære sektor pga. kompleksiteten (ekspertise omkring psykisk sygdom), og at psykiatere og psykiatriske sygeplejersker blev udpeget som primært ansvarlige. Derudover blev der tilbudt intensiv undervisning i, hvordan casemanagers kunne tilbyde patientgruppen individuel undervisning samt fungere som mæglere/oversættere ved patientens møder med det øvrige sundhedsvæsen (Castillo, Rosati, Williams, Pessin, & Lindy, 2015).

Fra endnu et amerikansk studie af Shattell et al. (2011) undersøges ACT-team-medarbejdernes oplevelser med patientrettet fysisk helbredshåndtering gennem

fokusgruppeinterviews. Gennemgående opleves arbejdet meningsfuldt og handler overordnet set om, at patienterne sikres relevante henvisninger eller medicinsk behandling, og at patienter også følges til diverse behandlinger i sundhedssystemet. Dette giver mening blandt personalet fordi de erfarer, hvor meget fysiske helbredsproblemer stresser og giver problemer med det mentale helbred for deres patienter. Personalet indtager generelt aktive roller i relation til fysisk helbredshåndtering ved fx at tilbyde patientrettet sundhedsundervisning, advokerer for patienters behandlingsbehov over for andre i sundhedsvæsenet og rådgiver patienterne om deres behandlingsbehov. ACT-teammedlemmerne i dette studie laver ikke selv deciderede interventioner, og det betragtes i stedet som implicit i deres opgaveportefølje, at de skal være medierende for, at patienterne anvender øvrige somatiske sundheds-/behandlingstilbud (Shattell, Donnelly, Scheyett, & Cuddeback, 2011).

Opsummerende er der begrænset tilgængelig forskningsrelateret viden om fysisk helbredshåndtering i ACT-team-regi. De tilgængelige disse studier, som alle er fra enten England eller USA, indeholder en bagvedliggende intention om, at fysisk helbredshåndtering i højere grad integreres i ACT-team-regi. Der findes få studier om praksistiltag og fagprofessionel-lederperspektiver, men ifølge mine søgninger er der ingen studier, der omhandler patientperspektiver på fysisk helbredshåndtering. Selvom tre ud af de fem studier omhandler beskrivelser og resultater af et sammenligneligt forbedringstiltag, synes de umiddelbare forbedringer at være væsentligt større i det amerikanske studie af Castillo et al. (2015) end Barnes et al.-studierne (2007, 2008). Dette kan skyldes, som Castillo et al. (2015) pointerer, at der fra start har været en klar ledelsesmæssig holdning til, at fysisk helbredshåndteringsopgaven er en relevant ACT-team-opgave, som psykiatere og sygeplejersker eksplicit udpeges som ansvarlige for, og som ikke skal uddelegeres pga. opgavens kompleksitet. Netop det sidstnævnte aspekt, der omhandler klar eller uklar ansvarsplacering, kunne indikere et væsentligt element og være potentielt medforklarende ift., hvorfor monitoreringspraksis i Barnes et al. (2007, 2008)-studierne også efter forbedringstiltagene fortsat finder sted på et lavt niveau ift. intentioner.

Blandt inkluderede studier synes der at være divergerende holdninger ift., hvorvidt fysisk helbredshåndtering defineres som en praksis, hvor ACT-team-personalet selv intervenserer, eller om de fungerer som medierende og brobyggende ift. at formidle eller følge patienterne til at få etableret en kontakt til relevante kollegaer i det øvrige sundhedsvæsen. Sidstnævnte version synes at være den bærende tilgang i Shattell et al. (2011)-studiet til forskel fra Castillo et al. (2015). Hvorvidt den ene version er bedre end den anden, er det ikke muligt at konkludere noget om ud fra disse studier.

Med intentionen om at opnå viden om, hvorfor de respektive implicerede aktører oplever interaktioner om fysisk helbredshåndtering, som de gør, vil en måde at komme endnu tættere på den slags svar være at indhente viden om, hvad der sker i

samspilssituationer, hvor aktører interagerer med hinanden og i deres naturlige omgivelser omkring fysisk helbredshåndtering. Resultatet af denne søgning præsenteres i det følgende afsnit.

Samspils-studier

Det har kun været muligt at finde ét studie, der studerer ansigt til ansigt-samspilssituationer omkring fysisk helbredshåndtering i psykiatri-kontekst. Studiet af Carson et al. (2010) er et amerikansk mixed-metodedesign-studie, der undersøger konkrete samspilssituationer, hvor psykiatrisk personale undersøger og responderer på patienters fysiske sygdomme under indskrivnings-møder til enten psykiatrisk behandling eller misbrugsbehandling. Studiet omfatter 47 fagprofessionelle, som er enten socialarbejdere, psykiatere, psykologer, sygeplejersker, og 129 immigrant-patienter med ikke-psykotiske lidelser. Det empiriske materiale består af både video-optagelser af patient-professionel-møder, indledende spørgeskemaundersøgelser af patienters selv-rapporterede fysisk helbred samt post-møde-interviews af alle deltagere. Den kvantitative del af studiet viser, at der foregår substantielle diskussioner af fysisk helbred i 56% af patient-professionel-møderne, hvor tre eller flere fysiske helbredsrelaterede emner omtales. Til den kvalitative analyse af videooptagelserne anvendes en såkaldt fysisk sygdoms-checkliste. Ud af 120 videooptagelser af patient-professionel-møde-seancer udvælges 28 møder til analysen. Disse mødescener er udvalgt på baggrund af de patienter, der i den indledende spørgeskemaundersøgelse oplyser at have mere end tre fysiske sygdomme og deslige tilslutter sig at have fysiske helbredsproblemer ”det meste af tiden”.

Resultaterne i den kvalitative del af studiet viser, at der i mødesituationerne ikke foregår nogen formel gennemgang af det fysiske helbred, men at viden blandt klinikere om fysiske helbredsproblemer bliver anvendt i dialogen mhp. at vurdere fysiske helbredsproblemers indflydelse på patienternes oplevelser af psykiske vanskeligheder. Derudover er der eksempler på, at klinikere opmuntrer eller advokerer for, at patienter opsøger relevant behandling for fysiske helbredsklager ved enten at bekræfte den vigtige relation til egen læge eller skabe opmærksomhed på muligheder for kontrol eller undersøgelsesmuligheder. Der fremkommer desuden eksempler på mødesituationer, hvor kommunikationen omkring de fysiske helbredsrelaterede problematikker bliver meget ustrukturerede, eller hvor fysiske klager fra patienter negligeres af de professionelle. Der konkluderes i studiet, at selvom der foregår interaktioner omkring fysiske helbredsrelaterede emner, så bærer samspilssituationerne overvejende præg af, at professionelle afventer patient-initiativer, der alligevel ikke tages. Det får den konsekvens, at de professionsinitierede diskussioner ikke får afdækket patienternes fysiske helbredsproblemer. Afslutningsvis problematiserer Carson et al. (2010) at blev studiet udført med patienter med psykose-lidelser, kunne der potentielt vise sig en endnu mere udpræget mangel på afdækning af fysiske helbredsproblemer i patient-professionel-samspilssituationer (Carson, Katz, Gao, & Alegria, 2010).

Til forskel fra de før-præsenterede studier muliggør dette studiedesign på én gang, at både perspektiver på samspilssituationer og hvordan konkrete samspilssituationer finder sted kan fremanalyseres. Datamaterialet bidrager med beskrivelser og forklaringer på, *hvad* der sker i interaktioner, herunder hvad der kan mediere barrierer og tilskyndelser til at interagere med den anden part omkring fysiske helbredsproblematikker. Fx viser der sig et paradoks, jfr. studiets resultater, idet der på den ene side fremkommer fysiske klager fra patienter i samspilssituationen, som negligeres af de fagprofessionelle, og på den anden side viser sig et samspilmønster, hvor fagprofessionelle afventer patient-initiativer, uden at disse finder sted. Denne type undersøgelsesdesign og den viden, som det frembringer, muliggør, at der kan genereres viden om, hvad der sker i grænselandet mellem aktørers intentioner, erfaringer og perspektiver på samspillet, og hvad der reelt praktiseres i samspilssituationer.

Studiet analyserer fortrinsvis datamaterialet for fagprofessionelles handlinger i samspilssituationer og lægger i mindre omfang vægt på, hvad selve samspillet mellem de to aktører genererer af holdninger og handlinger. Hvis datamaterialet blev analyseret med fokus på, hvilke dynamikker interaktionerne nærmere indeholder og fører med sig af handlinger, kunne det muligvis øge forklaringspotentialet ift. samspilmønstrene, og hvad der fx kan forklare de fagprofessionelles incitament til at ignorere patienters fysiske klager samt patienternes incitament til ikke at reagere på at blive ignoreret af de fagprofessionelle.

Opsummering på litteraturgennemgang - kontekstnære studier

Denne kontekstnære litteraturgennemgang viser, at der generelt er begrænset forskning, der omhandler enten fysisk helbredshåndtering i både dansk kontekst eller i ACT-team-kontekst. Ingen af de danske inkluderede kilder indeholder studier, hvis primære formål er at undersøge fysisk helbredshåndteringspraksis i psykiatri-kontekst. Men de ACT-team-relaterede studier af fysisk helbredshåndtering viser en gryende opmærksomhed på, hvordan fysisk helbredshåndtering i højere grad integreres i praksis, dog hidtil uden studier der undersøger patientgruppens perspektiver på fysisk helbredshåndtering i ACT-regi. Konkret viser disse studier, at der kan være en diskrepans mellem formelle regler og fagprofessionelles holdninger til inkludering af fysisk helbredshåndtering, men også at praksis kan forbedres ved forbedringstiltag. Disse forbedringstiltag lykkes tilsyneladende bedst, når der er en klar ledelsesmæssig holdning til, at fysisk helbredshåndtering skal løses i ACT-regi, og at psykiatere og sygeplejersker eksplicit udpeges som ansvarlige. Endelig viser det enkelte studie, der undersøger samspilssituationer, at fysisk helbredshåndtering finder sted i patient-fagprofessionel samspilssituationer, men i overvejende grad uden at det medfører et konstruktivt outcome.

2.3.2 Patient- og fagprofessionel-perspektiver

I de følgende to underafsnit præsenteres den internationale forskning, der omhandler henholdsvis patient- og fagprofessionel-perspektiver på fysisk helbredshåndtering. Velvidende at fysiske helbredshåndteringsproblematikker kan være væsentligt forskellige i forskellige lande pga. forskellig infrastruktur omkring sundhedsvæsenets opbygning, landets økonomiske situation osv., inkluderes disse studier alligevel, fordi de med forbehold tilfører viden til enten at vise divergenser eller sammenfald med danske OP-team-forhold.

Ved gennemgang af de inkluderede studier viser der sig overvejende en dikotomisering, hvor erfaringer, perspektiver og/eller holdninger kategoriseres som enten *tilskyndelser* eller *begrænsninger* i relation til fysisk helbredshåndtering. Udover at denne inddeling anvendes nedenfor, anvendes også, og med inspiration fra et patient-perspektiv-studie af Kemp et al. (2014), en opdeling af hvorvidt begrænsninger eller tilskyndelser adresseres som værende under indflydelse af enten *individuel, socialt eller strukturelt niveau*. Velvidende at grænser og overgange imellem, hvad der kan kategoriseres som individuelle, sociale og strukturelle niveauer, er flydende, og at begrænsninger og tilskyndelser simultant kan foregå på disse respektive niveauer, laves disse kategoriseringer mhp. at opnå en overskuelig forenkling i måden at præsentere de inkluderede studiers resultater på. Individuel, socialt og strukturelt niveau refererer således til mine fortolkninger af, hvilket niveau de respektive studiers fund tilhører, og hvorvidt de i overvejende grad af forfatterne karakteriseres som barrierer eller tilskyndelser. Individuel niveau omhandler aspekter, der beskrives som værende under individuel indflydelse. Relationelle aspekter omhandler barrierer eller tilskyndelser, der beskrives som konsekvens af gruppetilhørsforhold, og det strukturelle niveau indeholder aspekter, der beskrives som samfundsmæssige forhold og uden for individuel indflydelse.

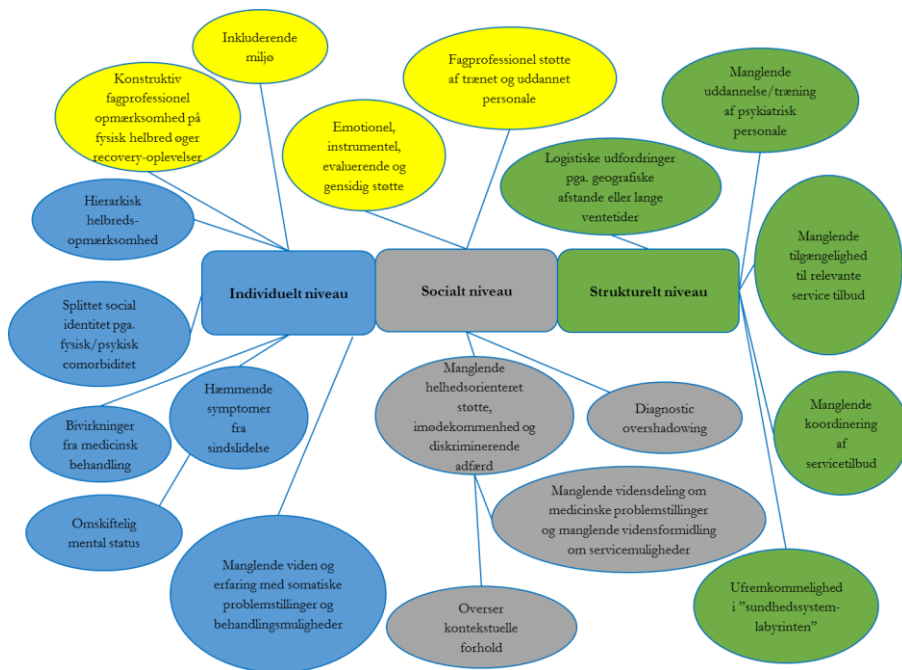
Begge afsnit nedenfor indledes med en overordnet præsentation af resultaterne fra litteraturgennemgangen i form af en oversigtsfigur, der i overskrifter præsenterer centrale fund på henholdsvis individuelt, relationelt eller strukturelt niveau ift. tilskyndelser eller begrænsninger omkring fysisk helbredshåndtering. De aspekter, der i figuren er markeret gule, betyder, at det er tilskyndende faktorer. De øvrige aspekter udgør begrænsende faktorer på henholdsvis individuelt (blå), socialt (grå) og strukturelt niveau (grøn).

Patient-perspektiver på fysisk helbredshåndtering

Nitten artikler forskellige metodologiske udgangspunkter er inkluderet. Der er femten kvalitative studier, hvoraf tre er baseret på fokusgruppeinterviews, to deltagende observationsstudier og ti baseret på semistrukturerede interviews. Derudover indgår tre kvantitative cross-sectional survey-studier samt et litteraturreview. Otte artikler omhandler tilskyndende perspektiver med fysisk helbredshåndtering, fjorten artikler

omhandler begrænsninger, og fem artikler omhandler begge typer. Studierne er fra henholdsvis Australien (3), England (6), USA (4), Skotland (1) og Sverige (4). Derudover indgår en cross-sectional survey-undersøgelse med patienter fra 27 lande, og det eneste litteraturreview inkluderer studier fra engelsktalende lande.

Alle udvalgte artikler indeholder i større eller mindre omfang patienter/klienter/service users perspektiver på interaktioner med fagprofessionelle, hvilket hyppigt omtales som social støtte. Social støtte opdeles generelt i, hvorvidt det er formel eller uformel støtte, og omtales i sammenhæng med støtens betydning ift. motivation, engagement og outcome mhp. mindskelse af fysiske helbredsmæssige problematikker. Det har ikke været muligt at finde studier, der specifikt omhandler patient-perspektiver på interaktioner med psykiatere omkring fysisk helbredshåndtering.



Figur 4 Patientperspektiver på fysisk helbredshåndtering

Figur 4 illustrerer kompleksiteten af tilskyndelser og begrænsninger. Hvornår disse aspekter indgår som tilskyndelser og/eller begrænsende faktorer ud fra patientperspektiver, fremgår af teksten nedenfor. For læsevenlighedens skyld fremhæves de nævnte faktorer i teksten nedenfor.

Patientperspektiver om tilskyndende faktorer

Fra de respektive otte artikler, der indeholder patient-perspektiver med tilskyndelser til engagement i fysiske helbredsproblematikker, karakteriseres familiemæssig eller

netværksmæssig opbakning som betydningsfuld (Aschbrenner et al., 2012; Aschbrenner & Mueser, 2013; Hultsjö & Hjelm, 2012; Kemp et al., 2014; Roberts & Bailey, 2013). Støtte eller supportsystemer er grundlæggende en vigtig ressource til at fremme fysisk helbredshåndtering (Aschbrenner, Bartels, Mueser, Carpenter-Song, & Kinney, 2012), og de kan ifølge Aschbrenner et al. (2012). Disse support og støtteformer kan endvidere opdeles i henholdsvis **emotional, instrumentel, evaluerende og gensidig støtte**, hvor den emotionelle støtte er den vigtigste. *Emotional støtte* omhandler individualiseret støtte i form af ros, tilskyndelse og accept. *Instrumentel støtte* omhandler hjælp til at overkomme praktiske udfordringer, som fx tilvejebringelse af motionsudstyr, transport mv. *Evaluerende støtte* drejer sig om feedback eller vidensopbygning omkring strategier i relation til helbredsrelaterede forhold. Endelig er der *gensidig støtte*, som udgør en relationsopbyggende støtte, hvor der interageres gensidigt omkring erfaringer og ideer med fysisk helbredshåndteringspraksis (Aschbrenner et al., 2012). Specifikt i relation til samspil med fagprofessionelle betones det som betydningsfuldt, at disse støtteformer bidrager til at fremme engagement, deltagelse og fastholdelse, herunder at man som patient bliver mødt med venlighed, imødekommenhed, fleksibilitet og gensidighed (Aschbrenner et al., 2012; Carless & Douglas, 2012a; Hultsjö & Hjelm, 2012; Kemp et al., 2014; Shiner, Whitley, Van Citters, Pratt, & Bartels, 2008).

I et studie af Carless & Douglass (2012) præsenteres sociale og kulturelle aspekter af, hvordan det som deltager med psykisk sygdom giver mening at indgå i fagprofessionel initierede fysisk aktivitetstilbud og med særlig opmærksomhed på positive erfaringer. Resultaterne viser, at omdrejningspunktet for positive erfaringer ikke så meget er den konkrete indsats, ”what”, men mere hvordan, ”how”, den konkrete indsats er tilrettelagt. Patientgruppen lægger således vægt på gensidig forståelse, tryghed og motivation i form af støtte og accept samt overordnet set at opleve at være en del af **et socialt inkluderende, accepterende og fleksibelt tilrettelagt miljø** (Carless & Douglas, 2012a). Forudsætningen for, at fagprofessionel støtte erfares som tilskyndende for patienter, er, at **personalet er trænet eller uddannet til at løfte opgaven**, og at personalet bidrager med respektfuld rådgivning og videnstegnelse, der faciliterer engagement og empowerment-oplevelser (Carless & Douglas, 2012a; Roberts & Bailey, 2013). Dette er også alment kendt inden for den øvrige psykiatriske behandlingskontekst, hvor der er evidens for og et stort fokus på, at den terapeutiske relation har betydning for et positivt outcome af interventionen (Carless & Douglas, 2012a).

Når der er konstruktiv støtte til stede fra fagprofessionelle, bibringer det patienter **øgede oplevelser af håb om recovery**¹⁷, hjælp til at strukturere hverdagen (Forsberg,

¹⁷ Recovery er et engelsk begreb, som på dansk betyder ”at komme sig”. Begrebet dukker op i Danmark i 1990’erne og udvikler sig i tre spor inden for henholdsvis en bio-medicinsk, pædagogisk/social samt en medborgerskab/rettighedsreferenceramme (Jensen, Bach Jensen, Sørensen, & Olsen, 2004: 18-19). Ifølge Eplov et al. (2010) og Jensen et al. (2004) er der to slags definitioner af recovery. Den ene relaterer sig til objektive og generaliserende definitioner, der anvendes til målinger, og den anden relaterer sig til individuelle

Lindqvist, Bjorkman, Sandlund, & Sandman, 2011), følelser af glæde og uafhængighed samt positive forventninger og noget at se frem til (Rastad, Martin, & Asenlof, 2014). Endelig giver det i bredere forstand oplevelser af at have tilegnet sig relevant viden og i større omfang at kunne håndtere eget helbred (Forsberg et al., 2011). Dette tilsammen giver erfaringer med opnåelse af øget kontrol, selvtillid og normaliseringsoplevelser (Shiner et al., 2008). Ydermere giver konstruktiv støtte fra fagprofessionelle oplevelser af, at asymmetrien i relationen mellem patient og professionel mindskes, og at der grundlæggende er retning og struktur på den sociale støtte (Carless & Douglas, 2012a; Forsberg et al., 2011; Kemp et al., 2014; Shiner et al., 2008).

Fra en undersøgelse af patienters hverdagslivserfaringer og perspektiver på deres fysiske helbred beskriver Hultsjö et al. (2013), at en **individualistisk og holistisk tilgang** til patientstøtte omkring fysisk helbredsrelaterede problemer virker motiverende, og at det derfor er en central og vigtig praksisstrategi, at der tages afsæt i patienters egne konceptualiseringer af fysisk helbred. Som resultat af fokusgruppeinterview med 20 hjemmeboende SMI-patienter konceptualiseres interaktioner med fagprofessionelle om fysiske helbredsrelaterede problemstillinger, og med afsæt i erfaringer om, at det fysiske og psykiske helbred gensidigt påvirker hinanden, konkluderes det, at fysiske helbredsrelaterede interaktioner har en fremmede effekt på patienternes mentale helbred (Hultsjö & Hjelm, 2012).

Patientperspektiver om begrænsende faktorer

De individuelle barrierer eller hæmmende faktorer omhandler først og fremmest **hæmmende symptomer fra sindslidelsen** (Bassilios, Judd, & Pattison, 2014; Chadwick et al., 2012; Hardy, Hinks, & Gray, 2014; Hultsjö & Hjelm, 2012; Johnstone, Nicol, Donaghy, & Lawrie, 2009; Kemp et al., 2014; Rastad et al., 2014). Dette drejer sig mere konkret om oplevelser af manglende drivkraft/viljesløshed, manglende initiativ (Mcdevitt, Snyder, Miller, & Wilbur, 2006), reduceret selvværd og tiltro til omgivelserne, manglende struktur på hverdagen, planlægningsvanskeligheder (Johnstone et al., 2009) eller **ustabilitet** ift. omfanget af, hvor meget de psykiske symptomer forstyrrer og som også omtales som ”det psykiske barometer” (Kemp et al., 2014). **Bivirkninger fra den medicinske behandling** kan ligeledes opleves som begrænsninger. Disse bivirkninger omhandler sedation, tremor, tardiv dyskenesi (bevægelsesforstyrrelser), øget svedtendens (Johnstone et al., 2009; Kemp et al., 2014) og/eller overvægt som konsekvens af medicinering (Kemp et al., 2014). Disse hæmmende faktorer på individniveau opleves som omfattende og komplekse. Konsekvenser kan være en omskiftelig mental status, der forårsager opgivenesshed (Wärdig, Bachrach-Lindström, Foldemo, Lindström, & Hultsjö, 2013), social angst, som skaber social isolation (Chadwick et al., 2012; Johnstone et al., 2009; Roberts & Bailey, 2013), manglende interesse (Bassilios et al., 2014) eller magtesløhedsfølelser, herunder oplevelser af ikke

subjektive definitioner, der indkredser individuelle virkningsfulde faktorer (Eplöv, Korsbæk, Petersen, & Olander, 2010: 34; Jensen, Bach Jensen, Sørensen, & Olsen, 2004: 22).

at blive taget alvorligt (Chadwick et al., 2012). Ydermere kan der forekomme oplevelser af manglende selvkontrol eller fastlåsthed pga. planlægnings- og vedholdenhedsproblemer (Wårdig et al., 2013).

Nogle studier beskriver, at patientgruppen har en **hierarkisk helbredsopmærksomhed** forstået således, at mental trivsel har større opmærksomhed end fysisk helbredstrivsel (Hultsjö & Hjelm, 2012; Kemp et al., 2014). Derudover kan patienter opleve en **splittet social identitet ved fysisk og psykisk comorbiditet**. Andre hæmmende faktorer omhandler fx manglende eller negative erfaringer med fysisk helbredsrelaterede aktiviteter (Johnstone et al., 2009; Rastad et al., 2014), **manglende forståelse af somatiske problemstillinger og behandlingsmuligheder (omtalt som health literacy)** (Chadwick et al., 2012; Kemp et al., 2014; Rastad et al., 2014) samt manglende viden om medicinens virkninger og bivirkninger (Hardy et al., 2014).

Sociale og relationelle begrænsninger for patienter omhandler udover manglende støtte fra familie og venner (Chadwick et al., 2012; Johnstone et al., 2009) især **manglende støtte og imødekommenhed fra fagprofessionelle** (Johnstone et al., 2009; Kemp et al., 2014; Ussher, Stanbury, Cheeseman, & Faulkner, 2007). Denne manglende fagprofessionelle støtte identificeres overvejende som dårlig kommunikation (Chadwick et al., 2012) eller **diskrimination og stigmatiserende adfærd**. Dette viser sig fx ved negligering af eller mistro ift. at fysiske helbredsrelaterede beklagelser fortolkes som psykisk sygdomsrelaterede (Harangozo et al., 2014; Kemp et al., 2014; Nash, 2014). Derudover kan der opleves manglende pålidelighed (Aschbrenner et al., 2012) eller negative opgivende holdninger blandt personale (Roberts & Bailey, 2013). Tilsvarende oplever patienter, at fagprofessionelle **overser kontekstuelle forhold** (Villena & Chesla, 2010) eller udøver **”diagnostic overshadowing”**¹⁸, herunder at patienter oplever vanskeligheder med at overbevise professionelle om helbredsrelaterede behov (Chadwick et al., 2012; Nash, 2014; Villena & Chesla, 2010). Desuden opleves det som begrænsende, at **fagprofessionelle ikke indgår i vidensdeling med patienter** om fx begrundelser for medicinering, blodprøvetagning mv. (Hardy et al., 2014; Roberts & Bailey, 2013), eller at de **ikke vidensformidler tilgængelige fysisk helbredsfræmmende service-muligheder** (Hardy et al., 2014).

Af Nash (2014)-studiet fremgår det, at patienter kan erfare, at fagprofessionelle **ikke er i besiddelse af tilstrækkelig viden og færdigheder** til hverken at håndtere patienters fysiske helbred eller stigma-processer. Dette kan både have konsekvenser i form af forsinkelser i behandling af fysiske sygdomme og symptomer, og/eller det kan påvirke, at patienter har en øget udsathed ift. ubehandlede sygdomme og associerede

¹⁸ Diagnostic overshadowing er et begreb, der går igen i litteraturen på området. Det anvendes til at beskrive, at patientrettede fysiske symptomer af fagprofessionelle fortolkes som symptomer, der relateres til den psykiske lidelse. Defineres og omtales nærmere i afsnit 6.4.1.

komplikationer. Samlet set opleves der **manglende ”whole-person care”**, hvilket samtidig begrænser en konstruktiv relationsopbygning til fagprofessionelle (Nash, 2014).

Med udgangspunktet i, at netværk generelt er predictor for fysisk helbred, undersøger Lee et al. (2014), hvorvidt der blandt borgere med SMI er en sammenhæng mellem *sociale netværksstrukturer* (netværksstørrelse og kontakt-hyppighed) og disses *transaktionelle karakteristika* (typer af støtte, forsyninger og modtagelse af positiv/negativ støtte). Studiet er et cross-sectional survey-studie med 231 deltagere. Selvom resultatet viser positive sammenhænge mellem netværksstørrelse og kontakthypighed ift. reciprocitet, emotionel, konkret og problemløsende støtte, så findes ingen effekt ift. den inkluderede gruppes opfattelse af fysiske helbredsstatus. Tværtimod viser der sig en ”omvendt sammenhæng” i form af, at jo mere patientgruppen er belastet af fysiske helbredsproblematikker, jo mere positiv kontakt har de til netværksmedlemmer. Dette tilskrives en hypotetisk sammenhæng med, at behovet for støtte generelt øges ved helbredsforværring (Lee, Wong, & Rothbard, 2014). Studiet indikerer dermed, at social støtte af SMI-patienter kan opleves som positiv og problemløsende, selvom støtten på trods af evidente fysiske støttebehov hos patienten ikke indeholder egentlig og målrettet støtte til fysiske helbredsrelaterede problemstillinger.

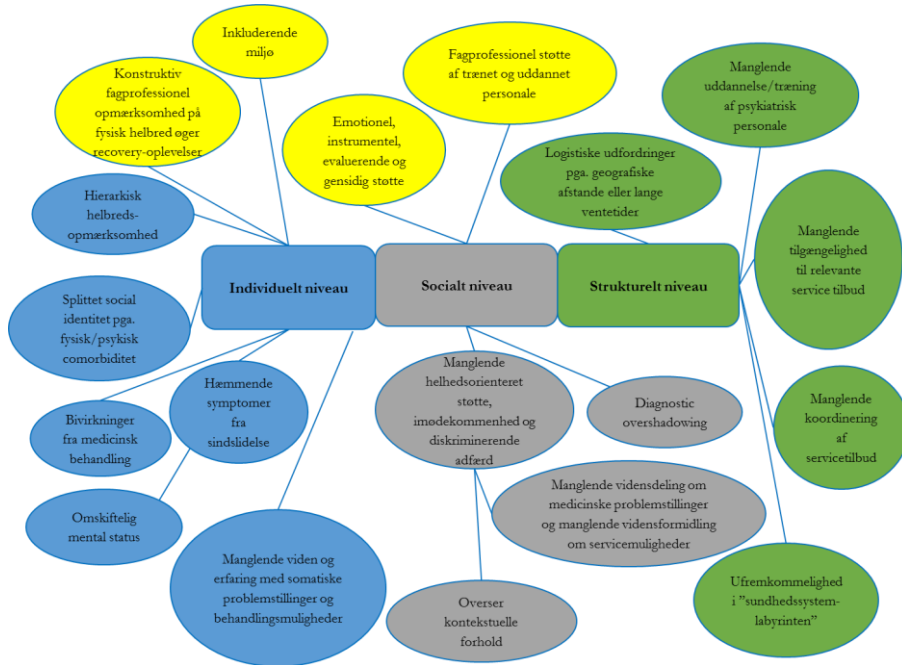
På det strukturelle niveau beskrives begrænsende faktorer, såsom manglende oplevelser af at blive mødt som en hel person i sundhedssystemet (Nash, 2014), at der er **logistiske udfordringer** pga. geografiske afstande (Aschbrenner et al., 2012), **manglende tilgængelighed til tilpassede tilbud** til mennesker med sindslidelser (Chadwick et al., 2012; Kemp et al., 2014; Rastad et al., 2014), **manglende koordinering imellem forskellige sundhedsspecialer** og vanskeligheder med at manøvrere i det, der metaforisk ifølge Villena (2010) omtales som **”sundhedssystem-labyrinten”** (Chadwick et al., 2012; Kemp et al., 2014; Villena & Chesla, 2010). Derforuden kan **lange ventetider eller stressende atmosfærer** i ventelokaler o.l. samt manglende opfølgninger på behandlingstiltag være problematiske strukturelle faktorer (Chadwick et al., 2012).

Opsummerende på studier om patientperspektiver på tilskyndende og begrænsende faktorer for fysisk helbredshåndtering er det gennemgående, at fagprofessionel supportsystemer omkring fysisk helbredshåndtering er betydningsfulde. Der identificeres både faktorer af betydning for tilskyndelser og især begrænsende faktorer ift. konstruktiv fysisk helbredshåndtering. Ud over omfattende individuelt relaterede faktorer, som defineres som konsekvenser af den psykiske sygdom eller konsekvenser og bivirkninger fra den medicinske behandling, identificeres mange aspekter af, hvordan fagprofessionelle og strukturelle forhold i omfattende grad udgør begrænsende faktorer i relation til fysisk helbredshåndtering. Om disse erfaringer og perspektiver stemmer overens med, hvordan fagprofessionelle ud fra eget perspektiv identificerer fysisk helbredshåndtering, vil det følgende afsnit nærmere redegøre for.

Fagprofessionel-perspektiver på patientrettet fysisk helbredshåndtering

Ligesom patient-perspektivet ovenfor, beskrives fagprofessionel-perspektiverne ud fra henholdsvis tilskyndelser eller begrænsninger i forhold til fysisk helbredshåndtering på individuelt, socialt eller strukturelt niveau. De 25 inkluderede artikler repræsenterer studier fra henholdsvis Sverige (3), Australien (9), England (2), USA (5), Spanien (1) og fem internationale review studier. Der er tolv kvalitative studier, hvoraf syv er baseret på semistrukturerede interviews og fem på fokusgruppinterviews, seks kvantitative cross-sectional survey-studier samt fem litteratur-reviews og to diskuterende artikler. De deltagende fagprofessionelle i studierne har i overvejende grad sygeplejerskebaggrund, mens der i begrænset omfang indgår andre faggrupper såsom psykiatere, praktiserende læger (GP), ergoterapeuter, sygepleje-assistenters (SOSU-assistenters), socialarbejdere og psykologer.

Nedenfor præsenteres resultaterne i en oversigtsfigur, ligesom ved patientperspektiverne, og som yderligere uddybes i den efterfølgende tekst. Ligesom i figuren ved patientperspektiverne anvendes den gule farve til at illustrere tilskyndende perspektiver, mens de øvrige beskriver begrænsende perspektiver på henholdsvis individuelt (blå), socialt (grå) og strukturelt (grøn) niveau. Eftersom psykiaterperspektiver er centrale, fordi de repræsenterer de behandlingsansvarlige aktører, ift. hvordan fysisk helbredshåndtering indgår i den psykiatriske behandlingskontekst, præsenteres studier, der alene har dette perspektiv, i et adskilt afsnit. Tilsvarende markeres der med et (P) i figuren nedenfor, hvis aspektet alene er et psykiater-relateret perspektiv. Hvis det både drejer sig om et psykiater- og fagprofessionelt perspektiv, markeres det med (P+F), og endelig, hvis det alene er et fagprofessionelperspektiv, er der ingen særlige markeringer.



Figur 5 Fagprofessionel-perspektiver på fysisk helbredshåndtering

Figur 5 illustrerer fagprofessionelle tilskyndelser og begrænsninger ift. fysisk helbredshåndtering med indflydelse fra enten individuelt, socialt eller strukturelt niveau. De centrale aspekter, der fremgår af figuren, fremhæves i teksten nedenfor.

Psykiater-perspektiver på fysisk helbredshåndtering

Flere studier udpeger psykiatere til at have et centralt ansvar i forhold til problematikker omkring fysisk helbredshåndtering (De Hert et al., 2009; Hyland, Judd, Davidson, Jolley, & Hocking, 2003; Shattell et al., 2011). I et review af De Hert et al. (2009) præsenteres følgende psykiaterinitierede begrænsninger: tendens til kun at fokusere på det mentale helbred/**diagnosting overshadowing**; dårlig kommunikation med patienter eller relaterede sundhedsmedarbejdere; fysiske klager, der tolkes som psykosomatiske symptomer; manglende undersøgelse, monitorering og sammenhængende behandling ift. patienters fysiske helbredsstatus; guidelines, der tolkes som trussel mod autonomi; **manglende kendskab til medicinske problematikker samt dårlig kommunikation med primær sektor**. Derudover beskrives psykiatergruppen også at kunne have **fejlagtige overbevisninger** såsom: 1) at patienter ikke har evner til at adoptere sundere livsstil 2) at vægtøgning alene forårsages af medicinske bivirkninger eller 3) at øvrige behandlere ikke har tilstrækkelig kendskab til at intervenere adækvat (De Hert et al., 2009). Overordnet set udgør psykiater-initierede begrænsende faktorer konsekvenser såsom ”underbehandling” eller

”terapeutisk nihilisme” (De Hert et al., 2009), at der eksisterer en **kløft imellem viden og handlinger** (Lambert & Newcomer, 2009) og/eller at **helbredshåndteringsopgaven negligeres** (Ehrlich et al., 2014).

Tre artikler omhandler indirekte psykiater-perspektiver på fysisk helbredshåndteringspraksis. Det ene studie indeholder en før- og efterundersøgelse af, hvorvidt spanske psykiateres opmærksomhed på patienters fysisk helbred øges efter implementering og spredning af en såkaldte spanske konsensusmodel. En model der, baseret på national og international litteratursøgning, indeholder anbefalinger til forebyggelse og behandling af en lang række fysiske sygdomme. Den er udviklet af den spanske psykiaterforening med formålet om at øge psykiateres opmærksomhed på at intervenere i relation til patienters fysiske helbredsproblemer. Psykiater-opmærksomheden undersøges ved at indhente før- og eftermålinger af, hvorvidt psykiatere journaliserer monitoreringer af risikofaktorer i forhold til diabetes og hjertekar-lidelser. Resultaterne viser, at tiltaget formentlig bidrager til en positiv effekt, fordi det influerer på involveringsgraden, at initiativet udspringer fra psykiatergruppens egen interesseorganisation (Bobes et al., 2011).

Fra et studie af Walsh (2011), som selv er professor i psykiatri, problematiseres, at **terapeutisk livsstils-interventions forandringsarbejde (TLC)** undervurderes i den psykiatriske behandlingspraksis og at TLC kan være lige så effektivt som psykoterapi og medicinsk behandling. TLC omhandler motion, ernæring og diæter, tid i naturen, relationer og netværk, rekreation, afslapning og stress-håndtering, religiøs og spirituel involvering samt støtte og hjælp til andre. Artiklen er ifølge forfatteren baseret på et review af TLC’s effekt og effektivitet. Gennemsigtigheden i de metodiske valg i reviewet er mindre entydig, og artiklen fremstår mere som et diskuterende og motiverende bidrag til at frembringe en opmærksomhed på, at **terapeutiske indsatser, der fokuserer på de nævnte livsstilsområder, vil forbedre psykiatriske patienters psykopatologi**, trivsel og livskvalitet samt kognitive funktioner (Walsh, 2011).

I et studie af Golomb et al. (2000) vurderes, hvorvidt somatik/psykiatri co-morbiditetsproblematikken kan løses med en såkaldt ”primary care psychiatrist”, som jeg oversætter til ”primær psykiater”. Det betyder en psykiater, der har modtaget ekstra undervisning/træning, og som løbende superviseres af en intern mediciner. Med afsæt i den betragtning, at psykiateren ofte er den lægefaglige fagprofessionelle med den mest vedholdende kontakt til patienter med svære psykiske sygdomme, undersøges i studiet og gennem et panel bestående af 11 lægefaglige eksperter, hvilke fysisk helbredsrelaterede tilstande ud af 344 udpegede, som en primær psykiater ud fra hans/hendes respektive faglige ståsted vil kunne varetage. Panelet har repræsentanter fra henholdsvis psykiatri, intern medicin, special medicin og administration. De fysisk helbredsrelaterede tilstande opdeles i 5 underkategorier: 1) forebyggende screening og rådgivning, 2) forebyggende behandling, 3) vurdering af medicinske tilstande, 4) behandling af medicinske tilstande og 5) procedurer. Der viser sig at være konsensus i

panelet for 72% af de 344 tilstande, hvilket indikerer en større enighed end uenighed i panelet, ift. at psykiatere kan fungere som primær psykiater. I studiet konkluderes dette tiltag at være en brugbar løsningsmodel til at imødekomme oversygeligheds- og overdødelighedsproblematikken, et første skridt i retning af at integrere fysisk helbredshåndtering (primær behandling) i den psykiatriske behandlingspraksis (Golomb et al., 2000). Som en opfølgning på dette studie fremkommer Sowers et al. (2016) med mere konkrete anbefalinger til, hvilken rolle primære psykiatere kan have i relation til patienters fysiske helbredsproblematikker. Selvom psykiatere enten ikke har haft fysisk helbredsrelateret træning i mange år, eller har modstand mod at integrere fysisk helbredshåndtering i deres praksis, anbefaler Sowers et al. (2016) en psykiaterpraksis, der vurderes at kunne praktiseres på tre forskellige niveauer. Disse niveauer refererer til forskellige grader af kompleksitet og benævnes som henholdsvis ”universal basic”, ”enhanced” og ”fully integrated primary care and psychiatric management”. Mulige barrierer for at implementere denne praksis diskuteres i artiklen, og her fremhæves (fejl)opfattelser af, at **den terapeutiske relation kan udfordres, hvis psykiater skal have fysisk nærkontakt med patienter**, at involvering i fysiske helbredsproblematikker kan bidrage med **øget frygt for sagsanlæg**, og/eller at involvering i fysisk helbredshåndtering tager tid og ressourcer fra en i forvejen tidspresset praksis (Sowers, Arbuckle, & Shoyinka, 2016).

Opsummerende ift. psykiaterperspektiver er det gennemgående, at der er få studier på området, og at de overvejende beskriver, at psykiatere undgår eller negligerer fysisk helbredshåndtering. Studierne giver til en vis grad indsigt i aspekter af betydning for denne negative tilgang, men der indgår ingen studier, der kunne bidrage med førstehåndsviden og forklaringer på, hvad der nærmere influerer på deres tilgang til fysisk helbredshåndtering. Studier, der kunne bidrage med førstehåndsviden om, hvad der nærmere ligger bag psykiater-incitamentet til tilskyndelser eller begrænsninger, har ikke været mulige at finde. Det har det derimod i relation til øvrige fagprofessionelle, hvilket præsenteres i det følgende afsnit.

Fagprofessionel-perspektiver på tilskyndende faktorer

Af betingelser, der fremmer fysisk helbredshåndteringspraksis på det individuelle niveau, angives det som vigtigt blandt fagprofessionelle, at der er en **ledelsesmæssig prioritering af en holistisk behandlingsstrategi** samt tilstedeværende gunstige forhold, herunder muligheder for **tilegnelse af ny viden** (Hultsjö, 2013; Roberts & Bailey, 2011; Robson et al., 2013).

Fagprofessionelles engagement i fysisk helbredshåndteringspraksis er ifølge Happell et al. (2013) størst i forhold til fysiske helbredsproblematikker, der associeres med antipsykotisk medicinerings bivirkninger (Happell, Scott, Nankivell, & Platania-Phung, 2013). Derudover er der større opmærksomhed på kost og motion frem for rygning og cancer, ligesom opmærksomheden blandt fagprofessionelle øges, hvis patienterne i forvejen er diagnosticeret med fysiske lidelser (Roberts & Bailey, 2011). Sidstnævnte

mønster, at fagprofessionelle først bliver opmærksomme på fysisk helbred ved konstatering af somatiske lidelser, problematiseres af Hultsjö et al. (2012, 2013) ift., at det kan medføre de konsekvenser, at der først iværksættes adækvate **interventioner sent i sygdomsprogredierings-processerne**. Dette øger både alvorligheden og kompleksiteten i håndteringen af disse problematikker for både patienter og sundhedsvæsen (Hultsjö & Hjelm, 2012; Hultsjö, 2013).

Andre studier identificerer en sammenhæng i, at fagprofessionelles personlige fysiske helbredsrelaterede præferencer og sundhedsadfærd har indflydelse på, hvilken støtte patienterne får (Chadwick et al., 2012; Hultsjö & Hjelm, 2012; Robson et al., 2013; Shattell et al., 2011). Der identificeres ligeledes en sammenhæng i, at **fagprofessionelle, der har modtaget relateret undervisning i relation til fysisk helbredshåndteringspraksis inden for de seneste 5 år, er mere positive** over for arbejdsopgaven end øvrige fagprofessionelle (Chadwick et al., 2012). Parathed til udøvelse af fysisk helbredshåndtering øges også, hvis fysiske helbredsproblematikker enten indgår i interpersonelle fagprofessionel-relationer på fx behandlingsmøder, eller hvis der er kendskab til eksisterende tilgængelige livsstilsprogrammer, som patienter kan henvises til (Happell, Platania-Phung, Scott, & Nankivell, 2014; Happell, Platania-Phung, & Scott, 2014).

Der forekommer kun et studie fra resultater af min anvendte søgestrategi, hvor fagprofessionelles perspektiver primært indeholder tilskyndelser i relation til fysisk helbredshåndtering. Det svenske studie af Hultsjö & Hjelm (2012) beskriver, hvordan arbejdet med patientrettet fysisk helbredshåndteringspraksis opleves som meningsfuldt for personalet. De erfarer, at kontinuerlig støtte og motivationsarbejde bidrager til, at patienterne ændrer helbredsrelaterede vaner, idet patienterne **lærer vaneændringer i samspil med personalet**. I den sammenhæng problematiseres det, at patienters sundhedsadfærd i andre sammenhænge ofte fejlagtigt beskrives ud fra enten personlige karakteristika eller eksterne faktorer. Forfatterne anbefaler, at fagprofessionelle betragter patienters individuelle strategier og vaneændringer som handlinger, der adapteres fra interaktioner med signifikante andre, herunder interaktioner med fagprofessionelle. Samtidig, og fordi fagprofessionelle i psykiatri-regi ofte har en fremtrædende support-rolle i patienters sociale netværk med relativ hyppig kontakt og opbygget tillid, indgår de som signifikante andre, som derfor **via interaktioner med patienterne har en central rolle i potentielt at kunne initiere og mediere positive forandringer** (Hultsjö & Hjelm, 2012).

Fagprofessionel-perspektiver på begrænsende faktorer

På det individuelle niveau kan fagprofessionelles handlinger i relation til fysisk helbredshåndtering begrænses af **angst for at miste autenticitet** (Lambert & Newcomer, 2009) og/eller personlige holdninger til og præferencer om, at opgaven ikke tilhører den enkeltes professions- eller psykiatriens domæne i det hele taget (Bradshaw & Pedley, 2012; Hyland et al., 2003; Lambert & Newcomer, 2009; Robson et

al., 2013). Blandt tilhængere af integrering af fysisk helbredshåndtering omtales disse forbehold som ”skjulte barrierer” for udøvelse af fysisk helbredshåndtering (Roberts & Bailey, 2011). Blandt modstandere problematiseres involveringen ifølge Hyland et al. (2003) med, at arbejdet med patienternes fysiske helbredsproblematikker kan underminere patienters autonomi, idet der kan skabes en forventning om, at fagprofessionelle/casemanager-rolle implicit indeholder et totaliserende ansvar over patientens liv. Dette kan således få negative konsekvenser i form af, at patienter fastholdes eller socialiseres ind i en pacificerende patient-rolle (Hyland et al., 2003).

Af et australsk survey-studie (n= 643 sygeplejersker) fremgår det, at der er en statistisk signifikant predictor for en sygeplejerske-overbevisning om, at **patienters bekymringer om fysiske helbredsproblematikker skal relateres til den psykiske lidelse** (Happell, Platania - phung, & Scott, 2014). Dette stemmer overens med lignende fund fra andre studier. Det opleves som begrænsende, når patienters psykiske sygdom og konsekvenser deraf identificeres som dysfunktioner (Bergqvist, Foldemo, & Hultsj, 2013). Disse individualiserede sygdomsrelaterede problematikker omhandler nærmere, at patientgruppen identificeres med et dårligt fysisk helbred som konsekvens af manglende eller dårlige copingstrategier (Ehrlich et al., 2014; Happell et al., 2014). Disse dårlige copingstrategier kan omhandle, at patienter opleves som ikke-interesserende, manglende motivation, manglende initiativ, apati, selvneglect, lavt selvværd (Roberts & Bailey, 2011) eller behov for stimulanser (spise/ryge) som stressreducerende, og som kan forårsage vægtøgning (Hyland et al., 2003). Endvidere problematiseres fysisk helbredshåndteringsarbejdet med, at patienter har begrænset indsigt i og nedprioriterer fysisk helbredshåndtering, eller at de har et respons-hierarki, hvor mentalt helbred er vigtigst, efterfulgt af social trivsel og til sidst fysisk helbred (Ehrlich et al., 2014). Andre psykisk sygdomsrelaterede problematikker identificeres som sygdoms-relateret overmodighed (Hultsjö, 2013), økonomiske begrænsninger (Hultsjö & Hjelm, 2012; Nankivell, Platania-Phung, Happell, & Scott, 2013), eller at bivirkninger fra den medicinske behandling vanskeliggør indsatsen (Bergqvist et al., 2013) pga. fx sedation, forstyrret appetit og overvægt (Roberts & Bailey, 2011). Fysiske helbredsproblematikker kan også overses af personalet, når patienters mentale status er ustabil (Bradshaw & Pedley, 2012; Roberts & Bailey, 2011) eller hvis patientgruppens fysiske klager opfattes som psykosomatiske symptomer (Lambert & Newcomer, 2009). Et enkelt studie identificerer endvidere, at fysiske sygdomme i sig selv kan forværre den psykiske tilstand, og dermed at fysiske sygdomme også kan opleves som en barriere for fysisk helbredshåndtering (Hultsjö, 2013).

Udover ovenfor nævnte mangfoldige og komplekse perspektiveringer på det relationelle arbejde med patientgruppens fysiske helbredsproblemer erfarer fagprofessionelle også, at patientgruppen kan have ”doktor-træthed”. Dette betyder, at patienterne opleves at have vanskeligheder med at begå sig over for praktiserende læger, og som konsekvens deraf opnår manglende adækvat samspil med læge og dermed et negativt outcome

(Hyland et al., 2003). Som følge af denne doktor-træthedsoplevelse kan fagprofessionelle udvise tilbageholdenhed og undlade at involvere sig. Enten fordi patienter identificeres som ”non-complient”, fordi de ikke kommer til regelmæssig follow-up hos den praktiserende læge (Happell et al., 2013), eller fordi det opleves at kunne true den terapeutiske relation, hvis der opleves adgangsbarrierer til praktiserende læger. Endelig kan arbejdet blandt fagprofessionelle grundlæggende vanskeliggøres af, at patienter og praktiserende læger gensidigt opleves at have negative indstillinger til hinanden, hvilket kan resultere i en ”loop-effekt” med undvigende patienter, der ikke opnår adækvat behandling (Happell, Scott, Platania-Phung, & Nankivell, 2012). De relationelle begrænsninger i fagprofessionelles arbejde med patienter identificeres således overordnet set som **intrapersonelle psykisksygdomsrelaterede begrænsninger, herunder patientgruppens relationelle begrænsninger** i at kunne indgå og samarbejde på optimal vis og overholde aftaler med praktiserende læger.

Der eksisterer et **hierarki af prioriteringer blandt fagprofessionelle**, således at fysiske helbredsproblematikker nedprioriteres og kommer i tredje række, og behandlingsfokus fortrinsvist er på mentalt helbred og social trivsel (Hultsjö & Hjelm, 2012; Hyland et al., 2003; Lambert & Newcomer, 2009). Endelig kan fagprofessionelle også **frygte at blive retsforfulgt** pga. manglende follow-up på screening og monitorering og af denne grund nedprioritere fysisk helbredshåndtering (Happell et al., 2013). Fysisk helbredshåndtering begrænses også af **manglende lederinvolvering** (Blythe & White, 2012), strukturelle problematikker som **uklar ansvarsplacering**, der i sig selv forringer indsatsen (Happell et al., 2014), og/eller **manglende personalemæssigt kompetence-løft** (Bergqvist et al., 2013; Blythe & White, 2012; Bradshaw & Pedley, 2012; Happell et al., 2014). Manglende lederindsats problematiseres også i sammenhæng med manglende involvering i personale med negative holdninger til opgaven, fordi det kan have negativ indflydelse på det patientrettede-outcome (Hultsjö & Hjelm, 2012; Robson et al., 2013). Mangelfuld ledelsesmæssig involvering kan ifølge Blythe & White (2012) resultere i, at sygeplejersker med negative holdninger kan være barrierer i forhold til at fremme patienters fysiske helbred og med den konsekvens, at patienter fx enten dropper ud eller lægger afstand til at deltage i givne fysiske helbredsrelaterede interventioner. Sygeplejersker bliver således socialiseret ind i en forventet psykiatri-kulturrolle og bliver ligesom psykiatergruppen udøvere af ”**diagnostic overshadowing**”. Dette har endvidere den konsekvens, at den grundlæggende **sygeplejefaglige værdi om holistisk sygepleje overses**, og at den sygeplejefaglige praksis i stedet domineres af en fortsat ulige magtfordeling, hvor sygeplejersker er underdanige ift. psykiatere. Derved kan fysisk helbredshåndtering være forbundet med ambivalens og en splittelse mellem at udøve holistisk sygepleje og diagnostic overshadowing, og hvor fysisk helbreds-håndtering ansvarsplaceres væk fra psykiatri-behandlingspraksis (Blythe & White, 2012).

Også fra det mere overordnet perspektiv på begrænsende strukturelle aspekter fra fagprofessionelles perspektiver på fysisk helbredshåndtering, undersøger Nankivell et al. (2013), hvordan fysisk helbredshåndtering identificeres i relation til menneskerettigheder i relation til, hvordan sygehusvæsenet overordnet set er tilrettelagt. Resultaterne fra studiet viser, at psykiatriske sygeplejersker har en begrænset opmærksomhed på menneskerettigheder i denne sammenhæng, som kun omhandler patienters integritet og frihed til at vælge selv. At sygeplejersker ikke er opmærksomme på patientgruppens manglende rettigheder i forhold til lige adgang til sundhedsydelse samt undgåelse af **diskrimination og forskelsbehandling**, betragtes som mangelfuldt. Desuden forudser Nankivell et al. (2013), at hvis fysiske helbredsproblematikker for denne patient-målgruppe var transformeret til et diskriminations-aspekt frem for et individualiseret integritets- og friheds-aspekt, ville fagprofessionelles ambivalens være mindre i forhold til arbejdet med fysisk helbredshåndtering, og de ville i stedet kunne samles og kæmpe med diverse interessenter under en ”fælles paraply” for at reducere uligheds- og diskriminerings-tendensen (Nankivell et al., 2013).

Ehrlich et al. (2014)-studiet omhandler psykiatrisk fagprofessionel-perspektiver fra både primær og sekundær sektor. Studiets resultater indeholder perspektiver på, hvorvidt sundhedsfremme passer ind i det eksisterende sundhedssystem. Det konkluderes, at sundhedsfremme overvejende ikke passer ind i det eksisterende sundhedssystem, hvilket begrundes i relationelle grænser, der omhandler følgende fire såkaldte grænseflader 1) sygdommen, 2) professionelles behandlingsudøvelses-processer, 3) vanskeligheder i det tværsektorielle samarbejde og 4) samfundsnormer om psykiske sygdomme (Ehrlich et al., 2014). De to førstnævnte grænseflader; sygdommen og professionelles behandlingsudøvelsesprocesser, omhandler begrænsende faktorer i sociale ansigt til ansigt-indflydelses aspekter, som allerede er omtalt ovenfor. De to sidstnævnte begrænsende grænseflader omhandler det tværsektorielle samarbejde og samfundsnormer generelt. Det tværsektorielle samarbejde udfordres af grænseproblematikker såsom **service-tilgængelighed**, behandlingssteders geografiske lokationer, ventetider, manglende oplevelse af adækvat medarbejderstab samt manglende meningsfuld data-overførsel. Grænser i form af uklar ansvarsfordeling og ansvarsplacering er i sig selv nogle strukturelle begrænsninger, men som også forstærkes af, at problematikkerne sjældent reelt bliver forhandlet på tværs af sektor-grænserne (Ehrlich et al., 2014). Desuden er begrænsninger som fx **manglende videns-udveksling på tværs af sektorer** (Hultsjö & Hjelm, 2012; Hultsjö, 2013) og generelle **samfundsnormer, herunder stigmatisering af psykisk sygdomme**, velkendte, hvilket også påvirker fagprofessionelle, idet de både kan forsøge at undgå at stigmatisere patienter, men også at de selv som behandler af patienter med psykiske sygdomme kan opleve at blive diskrimineret (Ehrlich et al., 2014).

Sundhedsvæsenets opbygning og model, hvor fysisk og psykisk behandling er adskilt, bidrager i det hele taget til, ifølge Nankivell(2013), at der rejser sig ”**siloeer**” **imellem patientgruppen, politikere og sundhedsvæsen** (Nankivell et al., 2013), hvilket også

beskrives som politik-praksis-kløften (Happell et al., 2014; Lambert & Newcomer, 2009; Nankivell et al., 2013). Begge metaforer refererer til oplevelser af manglende sammenhæng mellem politiske intentioner, og hvad der for praktikere opleves at være muligt ud fra udstukne rammer og ressourcer, hvilket i denne sammenhæng omhandler fravær af politisk opmærksomhed og prioriteringer på områder omkring fysisk og psykisk co-morbiditets problematikker (Happell, Davies, & Scott, 2012).

Problemstillingen kan også anskues som **politisk negligering, hvor der** tillades ulige adgang til sundhedsvæsenet uden gennemtvungelse af menneskerettigheder omkring lige og diskriminationsfri adgang for alle (Nankivell et al., 2013). Som eksempel på ulige politisk prioritering nævner Hulstsjö (2012), at der til forebyggelse af selvmord er relativ stor bevågenhed til forskel fra sikring af forebyggelse og behandling af diabetes hos patienter med psykoselidelser uden at skele til, hvad der forårsager den største dødelighed (Hulstsjö & Hjelm, 2012). Konsekvenserne af denne manglende politiske bevågenhed omkring sundhedsvæsenets organisering ift. fysisk-psykisk co-morbiditet bidrager til, at ansvarsfralæggelse blandt både praktiserende læger og psykiatere indirekte legaliseres (Hyland et al., 2003). Dette beskrives tilsvarende som en **service-marginalisering af SMI-patienter**, hvor almen praksis undviger at behandle SMI-patienter med begrundelsen om, at de er for specielle (Hardy et al., 2014; Shattell et al., 2011). Dette bidrager også med **fragmenteret behandlingspraksis** og/eller stigmatisering af patientgruppen (Happell et al., 2012; Nankivell et al., 2013).

Litteraturen om fagprofessionel-perspektiver viser opsummerende meget begrænset viden om førstehånds psykiater-perspektiver på fysisk helbredshåndterings-opgaven, men at psykiatere udgør en fagprofessionelgruppe der kan repræsentere begrænsende faktorer i relation til fysisk helbredshåndtering. De eksisterende få studier, der direkte omhandler psykiater-involvering i fysisk helbredshåndtering, indikerer også at forskningsfeltet er nyt, umodent og/eller nedprioriteret. Derimod er der relativt omfattende studier af øvrige fagprofessionelle og især psykiatriske sygeplejerskers perspektiver på fysisk helbredshåndteringspraksis. Der er tilskyndende perspektiver på fysisk helbredshåndtering som meningsfulde aspekter af den psykiatriske behandlingspraksis, selvom de begrænsende aspekter er dominerende. De begrænsende aspekter domineres enten af, at patienter identificeres som dysfunktionelle pga. deres psykiske sygdom, eller af strukturelle problematikker som manglende ledelsesmæssig/politisk opbakning og tværsektorielle udfordringer. Ydermere problematiseres det, at fagprofessionelle adapterer en psykiatri-kultur, hvor de indgår i diagnostic overshadowing, negligering af sygeplejeværdier om holistisk sygepleje og ikke betragter fagprofessionsrollen som betydningsfuld i relation til, at patienter kan adaptere fysisk helbredsfræmmende handlinger og vaner.

2.4 Samlet opsummering på litteraturgennemgangen

Litteraturgennemgangen danner et broget billede af, at fysisk helbredshåndtering tager udgangspunkt i en aktør-struktur-forståelse af problematikken, men at der også er få

studier, der mere eller mindre eksplicit bygger på en antagelse om, at fysisk helbredshåndtering også kan ansues som et fænomen, der præges og formes af sociale interaktioner, der er under indflydelse af strukturerende aspekter og kulturelle forhold inden for den psykiatriske behandlingspraksis. De mange aspekter og især de begrænsende aspekter, der samlet set fremkommer af denne litteraturgennemgang, understøtter afhandlings udgangspunkt i, at psykiatriske patienters fysiske helbredsproblematikker omhandler aspekter, der betinges og påvirkes af det dynamiske forhold, der fremkommer ved interaktioner mellem patienter og den psykiatriske behandlingspraksis og tilknyttede sundhedspolitik. Litteraturreviewet dokumenterer både, at det er et underbelyst forskningsområde internationalt såvel som nationalt, og at fysisk helbredshåndtering er et socialt problem i relation til problematisk integrering i den psykiatriske behandlingspraksis. Overordnet set er det et socialt problem, fordi der eksisterer omfattende begrænsende relationelle grænseflader i den psykiatriske behandlingskontekst, hvor fysisk helbredshåndtering enten negligeres, begrænses eller ikke udøves hensigtsmæssigt mhp. at forhindre, begrænse eller behandle somatiske sygdomme hos patienter med svære psykiske sygdomme. De få tilfælde, hvor der er positive erfaringer med interaktioner om fysisk helbredshåndtering mellem fagprofessionelle og patienter, er der, hvor der er klare ledelsesudmeldte rammer om ansvar og ansvarsplacering, fagprofessionel bevidsthed om deres medierende rolle for forandringsprocesser, samt der hvor patienterne erfarer, at personalet er trænet og anvender forskellige støtteformer, fremmer engagement og fastholdelse med venlighed, fleksibilitet og gensidighed.

Et centralt aspekt af litteraturgennemgangen er, at psykiater-rollen trods dens centralitet ift. den psykiatriske praksis omkring fysisk helbredshåndtering er et forskningsfelt, der kun er undersøgt i meget begrænset omfang. Der er hverken tilgængelig viden om psykiater-perspektiver på samspil med patienter eller kollegaer, eller omvendt, patient- og kollegaperspektiver på samspil med psykiatere om fysisk helbredshåndtering. Samlet set kan der også konkluderes, at der ifølge denne litteraturgennemgang ikke findes et studie, hverken dansk eller internationalt, der studerer fysisk helbredshåndterings-samspil i relation til psykoselaterede psykiske sygdomme generelt eller specifikt i ACT-team-regi.

Nærværende litteraturgennemgang dokumenterer, at social indflydelse har betydning for fysisk helbredshåndtering, mens indsigt i, *hvordan* denne sociale indflydelse i dansk kontekst nærmere gør sig gældende, fortsat er et tilnærmelsesvis uopdaget forskningsområde. Viden frembragt ved denne litteraturgennemgang giver dermed naturlig anledning til at afsøge besvarelser på hvorvidt resultater fra de overvejende internationale studier om forskningsfeltet også genfindes i den danske psykiatrikontekst. Hvordan indgår ledelser og psykiatere i fysisk helbredshåndtering i dansk kontekst, hvordan foregår fysisk helbredshåndtering i praksis mellem patienter og fagprofessionelle? og er fysisk helbredshåndteringspraksis begrænsende eller tilskyndende for patientrettede helbredsrelaterede forandringer? Både i forlængelse af,

at der er meget begrænset forskning om samspil og interaktioner omkring fysisk helbredshåndtering som genstandsfelt, og i forlængelse af, at der er delte meninger om, hvorvidt fysisk helbredshåndtering i ACT-team-regi har ideelle forhold eller ej, forstærker dette også interessen for netop at undersøge, hvordan fysisk helbredshåndtering indgår i den danske version af psykiatrisk behandling i ACT-team-regi.

Udover at denne litteraturgennemgang dokumenterer manglende viden om, hvordan interaktioner om fysisk helbredshåndtering på forskellige niveauer finder sted i den psykiatriske behandlingspraksis, viser den også, at der metodisk er begrænset tilgængelig viden med kun et inkluderet sampsilsstudie, jeg kan lade mig inspirere af. Med interaktioner om fysisk helbredshåndtering som afhandlingens centrale genstandsfelt, indeholder det følgende kapitel en nærmere beskrivelse af de valg, jeg træffer mhp. studiets teoretiske udgangspunkt, casestudiedesignet og den konkrete empiriske rammesætning.

Kapitel 3. Teoretisk og empirisk rammesætning

3.1 Indledning

Denne afhandling er teoretisk inspireret af sociolog og professor Herbert Blumers (1986) fortolkning af symbolsk interaktionisme. Som teoretisk ramme kan symbolsk interaktionisme, der nærmere udfoldes nedenfor, bruges som et redskab til at rekontekstualisere data med det formål at vejlede og kvalificere fortolkningsprocesserne i analysen. Inden jeg nærmere præsenterer den symbolsk interaktionistiske tilgang, og hvordan den anvendes i afhandlingen, indleder jeg med en kort introduktion til pragmatisme, som er den bagvedliggende videnskabsteoretiske tilgang. Som supplement til symbolsk interaktionisme introduceres efterfølgende Adele Clarkes (2005) begreb situationel analyse. Situationel analyse, som også er inspireret af symbolsk interaktionisme, inddrages, fordi den betoner det situerede aspekt af interaktioner og sociale handlinger og bidrager med både teori og metodisk inspiration til analysearbejdet. Som en naturlig følge efter præsentationen af afhandlingens teoretiske udgangspunkt præsenteres undersøgelsens overordnede design, som er et kvalitativt indlejret teorifortolkende single-casestudiedesign. Udover selve designbeskrivelsen præsenterer dette afsnit også undersøgelsens kontekstuelle forhold i relation til, hvad OP-teams nærmere er, og hvad de repræsenterer i den psykiatrifaglige kontekst. Endelig præsenteres til sidst i kapitlet de inkluderede empiriske kilder, der konkret indgår i datagenererings- og analyseprocessen.

3.2 Pragmatisme – det videnskabsteoretiske udgangspunkt

Pragmatisme, som udgør den filosofiske forudsætning for symbolsk interaktionisme, er ikke en entydig filosofi, men samles ifølge Gimmler (2014) inden for en demokratisk og antiautoritær ramme. Pragmatismen karakteriseres ved interessen for den praktiske ”viden om hvordan” og med fokus på handlingssammenhænge og samspil, der begrebsliggøres ud fra hverdagslivshandlinger (Gimmler, 2014). Pragmatisme tager afstand fra dualismen imellem individer og grupper, hvilket betyder, at individet betragtes som et delelement i det omgivende samfund, og at viden er akkumuleret kollektiv viden. Pragmatismens opmærksomhed på processer og dens betragtning af verden som en verden bestående af sammenhænge betyder, at nutiden ikke er repetition af fortiden, men at nutiden altid bygger videre på fortidens handlinger og erfaringer. Verden er symbolsk, hvilket betyder, at den kreeres og forandres i interaktioner. Disse interaktioner består af meningsdannelse og handlinger, hvor mening definerer og guider de videre handlinger. Da erfaringer indgår i vidensdannelse og handlinger, indgår også temporalitet, som konstituerer handlinger af varierende varighed (Corbin, 2008: 6-9).

Målet med tilegnelse af viden er både at kunne agere intelligent og reflektivt med omverdenen samt at stræbe efter at kunne begrebsliggøre hverdagslivet ud fra viden

baseret på praksis. Derved placeres både det epistemologiske udgangspunkt og de tilknyttede teorier også i en ”praktisk kontekst”, hvor viden opnås gennem praksis og handlinger i en abduktiv proces, der forbinder kendsgerninger med teorier og generaliseringer (Gimmler, 2014). Omkring den opnåede videns validitet og udsigelser om sandhed betragtes sandhed således ikke som den endegyldige sandhed, men en sandhed der eksisterer, indtil en ny sandhed viser sig. Sandheden tilknyttes altid til konkrete erfaringer, idet sandheden ligger i konsekvenserne af forskellige handlingsprocesser. Sandhedens værdi øges i takt med, at den eksisterende sociale viden ikke erfares som en illusion, men derimod bliver del af en akkumuleret tro (Corbin, 2008: 2-5).

Til uddybning af abduktionsbegrebet beskriver filosof Charles S. Peirce ifølge Antje Gimmler (2014) *abduktion*, som en form for anvendelig logik til at opnå sandhed, der er velegnet, når hverdagslivets komplekse situationer studeres i en sammenhæng. Abduktion defineres af Peirce (1994) som ”den operation, som består i at antage en forklarende hypotese”, og hvor hypotesen er underlagt betingelsen om kun at kunne anerkendes, hvis den formodes at kunne redegøre for nogle eller alle kendsgerninger i det observerede (Peirce, 1994: 21). Abduktion eller abduktiv ræsonnering er således en proces, der bevæger sig fra observation til hypoteser, som er baseret på erfaringer og lokal teori mhp. på at forklare det observerede på simpleste vis og med udgangspunkt i, at hypotesen er brugbar og ”gør verden mere fornuftig” (Peirce, 1994: 145). Det er således et pragmatisk rationelt ”værktøj”, der her og nu kan vurdere og teste de konkrete situationer, vi står i, og således fremskynde og økonomisere undersøgelsesprocessen hen imod nye sandheder. Sandheder er dermed et greb eller begreb, der kan øge forskeropmærksomheden på, hvorledes sandheder, hypoteser eller afprøvninger indgår som mønstre i den studerede praksis. Praktisering af abduktion indeholder således en strategi, der fremkommer med ”kvalificerede gæt”, og hvor det kvalificerede i gættet er, at ”enhver eksplicit påstand har en hel sfære af implicite påstande bag sig, og som ikke kan aflæses direkte af påstanden, men som den kritiske common-sense kan aflede” (Peirce, 1994: 21).

Med abduktion som slutningslogik tilstræbes bevidst at lave forbindelser imellem det, der ikke umiddelbart har en sammenhæng. Det betyder, at observationer, der er overraskende, forstyrrende o.l. har en særlig relevans i analyseprocessen. Som led i tænkningens sociale funktion og sociale prægning bidrager abduktion og abduktionens logik til at kunne studere kendsgerninger i en given situation og efterfølgende formulere teoretiske perspektiver, som kan forklare disse kendsgerninger. Abduktion forandrer nødvendigvis ikke hverdagslivet, men kan bidrage med viden og/eller justere på vaner inden for en given ramme (Gimmler, 2014:84-88). Fordi vidensstilegnelse er bundet til praksis har den pragmatiske tænkning også implikationer for forskningsprocessen og forskerrollen, idet viden ikke opnås som tilskuer, men primært ved at indgå i praksis og sekundært ved anvendelse af teori til at rammesætte og fortolke det empiriske materiale.

Forskningsprocessen foregår således som en kreativ og gentagende bølgebevægelse mellem dataproduktion og deltagelse i det empiriske felt og en tilbagetrukken reflekterende rolle med inddragelse af relevant teori mhp. at udvide forståelsen af praksis og kvalificere det analytiske arbejde.

Følgende fire grundlæggende pragmatiske antagelser fremhæver Charon (2010) som værende vigtige inspirationskilder til symbolsk interaktionisme:

1. Mennesker *responderer* ikke på omgivelserne, men *fortolker* omgivelserne mhp. at fastholde eller forandre de strukturer, der former situationer og hverdagslivet: ”*the world does not tell us what it is; we actively reach out and understand it and decide what to do with it*” (Charon, 2010: 30).
2. Mennesker tror på og husker det, der er anvendeligt i en given situation.
3. Mennesker er selektive i, hvad, de i en given situation bemærker, er brugbart i forhold til deres mål.
4. Det centrale i at studere mennesker er at studere dem som aktører i aktivitet og i forhold til, hvad de gør, årsager og konsekvenser af at de gør, som de gør, samt deres perspektiver på egne og andres handlinger i situationen (Charon, 2010: 30-31).

Disse ovenfor skitserede grundlæggende pragmatiske antagelser udgør afsættet for, at jeg i det følgende afsnit nærmere præsenterer symbolsk interaktionisme.

3.3 Symbolsk interaktionisme som metodologisk afsæt

Med udgangspunkt i forståelsen af metodologi som det, der henholdsvis dikteres af det epistemologiske udgangspunkt, og det der retfærdiggør og forklarer valg af metoder, (Carter & Little, 2007), anvendes symbolsk interaktionisme som afhandlingens metodologiske afsæt. Symbolsk interaktionisme anvendes således som et teoretisk blik på den praksis, jeg studerer, både mhp. at guide og afgrænse design- og metodevalg og som understøttelse af både datagenererings- og analyseprocessen.

Ifølge Denzin (1992) ”fødes” symbolsk interaktionisme i forbindelse med overgangen fra det 18. til det 19. århundrede ved søgninger efter analysemetoder, der kan inkludere det subjektive og interaktionelle særpræg ved menneskelige handlinger til valide videnskabelige dokumenter. Centrale navne i den sammenhæng er henholdsvis psykolog og filosof William James, filosof John Dewey, sociolog Charles Cooley og filosof, psykolog og sociolog George H. Mead (Denzin, 1992: 2-3). I samme periode, nærmere bestemt 1892, åbnes det første sociologiske institut i verden i Chicago (Larsen

& Pedersen, 2011: 93). Hvor C. Cooley anså individ og samfund som to sider af samme sag, var W. James's bidrag, at der findes ligeså mange selver som antallet af sociale relationer, vi indgår i. G. Mead bidrager med, at selvet ikke skal betragtes som "mentalistisk", men som et socialt objekt, og J. Dewey reagerer mod stimulus-respons-opfattelsen og udskiller mennesker fra dyr, ved at mennesker opfatter situationer aktivt og konfronterer situationer. Denne første fase ud af i alt seks faser af den symbolsk interaktionistiske historie kalder Denzin (1992) for "canonical phase" (1890-1932). Denne fase afløses af først "the empirical/theoretical period" (1933-50), dernæst "the transition/new texts period" (1951-62) efterfulgt af den fjerde fase, der benævnes "criticism/ferment"-perioden (1963-1970), hvorfra Blumers (1969) samlede værk *Symbolic Interactionism: perspectives and method* betragtes som en nøgle-tekst (Denzin, 1992: 8-16).

Symbolisk interaktionisme er ifølge Jacobsen & Kristiansen (2013) ikke en decideret teori, men et teoretisk perspektiv eller en ramme (Jacobsen & Kristiansen, 2013: 138). Der findes to centrale udviklingsspor af symbolsk interaktionisme, som almindeligvis omtales som henholdsvis "Chicago-skolen" og "Iowa-skolen". Sidstnævnte er kendetegnet ved sociolog Manford Kuhns positivistiske tilgang til i overvejende grad at studere makroforhold v.h.a. kvantitative metoder, og hvor menneskelige aktiviteter betragtes som forholdsvis determinerede. I Chicago-skolen, herunder Herbert Blumers tilgang, vægtlægges mikro-orienterede og kvalitative studier, og hvor studier af det afvigende også ofte har forrang (Jacobsen & Kristiansen, 2013: 141-142). Ud over disse to spor tilføjer Waskul (2009) yderligere to spor inden for Chicago-skolen, idet han betragter Mead og Blumers spor som forskellige fra Cooley og Goffmans tilgang. Mead og Blumers tilgang er særegen i relation til et særligt fokus på rolletagning og selvdannelse, forstået således, at selvet på én gang både er personligt og fælles og kun kan dannes i interaktioner og rolleovertagelsesprocesser med andre. Cooley og Goffman derimod har et særligt fokus på emotioner som stolthed, skam og ydmygelse (Waskul, 2009: 133).

Valget af Chicago-skole-tilgangen til symbolsk interaktionisme som afhandlingens metodologiske udgangspunkt begrundes i, at det er en hverdagslivs-sociologi, som er velegnet til at studere mikroforhold og belyse mindre magtfulde positioneringer i samfundet (Denzin, 1992: 20). Begge disse aspekter stemmer overens med intentionen om at undersøge den daglige praksis omkring fysisk helbredshåndtering i psykiatrikontekst i relation til svært psykisk syge mennesker. Specifikt vælger jeg Blumers (1986) tilgang, dels fordi hans beskrivelser anses for at være et hovedværk inden for symbolsk interaktionisme (Denzin, 1992: 16), og dels fordi Blumer (1986) med en forståelse af virkeligheden som socialt defineret ifølge Denzin (1992) også "sociologiserer" Meads filosofiske socialpsykologiske udgangspunkt for symbolsk interaktionisme, idet han udvider sociale handlinger til at omfatte mere end dyader, idet

han præsenterer begreberne joint action og handlingsenheder (Denzin, 1992: 5). Derved placerer Blumer sig midt imellem og på tværs af struktur-/aktørdikotomien, idet sociale handlinger inden for denne forståelsesramme ikke initieres af hverken enkeltindivider eller ydre strukturer, men af individer som grundlæggende er del af relationelle sammenhænge og gruppelev. Endelig anvender jeg symbolsk interaktionisme til forskel fra fx Grounded Theory, fordi Blumer bidrager med sensiterende begreber, hvilket understøtter en mere målrettet datagenerering ift., hvordan kontekstuelle forhold, herunder situationer, er definerende for handlinger. Herved får jeg redskaber til både at stimulere den abduktive proces og til at opnå en så empirinær analyseproces som muligt af interaktioner som det empiriske genstandsfelt.

Inden jeg nærmere præsenterer Blumers forståelse af symbolsk interaktionisme, dvæler jeg et øjeblik ved interaktionsbegrebet. Jeg vælger at have en eklektisk tilgang til interaktioner og samspil, hvilket betyder, at fysiske helbredshåndteringssamspil betragtes som sammensat af både fysisk helbred og interaktioner. Dette genstandsfelt er ontologisk komplekst, idet disse interaktioner, der således relaterer sig til fysiske helbredsaspekter, er forbundet til flere tilgrænsende videnskaber, som ud over sociologi omhandler medicin, psykologi og folkesundhed. Fysisk helbred er almindeligvis funderet som et naturvidenskabeligt, fysiologisk og biologisk genstandsfelt, og interaktioner som et sociologisk eller socialpsykologisk genstandsfelt. Fænomenet er således en form for hybrid-fænomen, der indlejres i den symbolske interaktionistiske teori-forståelse. Det eklektiske perspektiv, der her er valgt, indbefatter, at der anvendes forskellige teorier, men som overvejende har et ensartet videnskabsteoretisk syn på genstandsfeltet. Jeg vælger således at betragte det fænomen, jeg her undersøger, som det, Sonne-Ragans (2012) omtaler som en monodisciplinær problemstilling (Sonne-Ragans, 2012: 43). Når fænomenet betragtes som en monodisciplinær problemstilling, og der anvendes teorier, der understøtter en mere ensartet beskrivelse af genstandsfeltet inden for det symbolske interaktionistiske perspektiv, er det med det forskningsrelaterede formål at skabe en tilbundsgående forståelse af det empiriske genstandsfelt samt at udvide perspektivet på genstandens egenskaber og de sammenhænge, genstanden indgår i (Sonne-Ragans, 2012). De teorier, der bringes i spil i den abduktive analyseproces udover symbolsk interaktionisme og situationel analyse, præsenteres i sammenhæng med deres anvendelse i analyseprocessen i kapitel 5 og 6.

Selvom Blumer (1986) er den første til i 1937 at introducere begrebet symbolsk interaktionisme (Denzin, 1992: 8), er der, som han nævner i bogen *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*, andre vigtige pionerer inden for pragmatismen, han lader sig inspirere af, såsom R. Park, C. Pierce, W. Thomas, F. Znaniecki, J. Baldwin, R. Redfield

og L. Wirth (Blumer, 1986: 1). Med stærk inspiration fra Mead¹⁹ præsenteres nedenfor de tre præmisser, som er omdrejningspunktet for hans forståelse af symbolsk interaktionisme:

- 1) *”human beings act toward things on the basis of the meanings that the things have for them.”*
- 2) *”the meaning of such things is derived from, or arises out of, the social interaction that one has with one’s fellows”*
- 3) *”these meanings are handled in, and modified through, an interpretative process used by the person in dealing with the things he encounters* (Blumer, 1986: 2)

Nedenfor redegør jeg nærmere for centrale begreber, der relaterer sig til disse præmisser, som jeg fremadrettet anvender i relation til både at designe undersøgelsen, generere data og som indgår i selve analysearbejdet.

Mening

I alle tre ovenstående præmisser indgår begrebet mening. Begrebet skal ikke forstås som noget i forvejen tilstedeværende, som det fx skal inden for psykologien ved forståelsen af perception og cognition. I stedet indeholder mening, ifølge Blumer (1986), sine egne specielle kvaliteter, der udvikles og dannes igennem, hvordan ting eller objekter i sociale interaktionsprocesser håndteres og modificeres gennem fortolkningsprocesser. Funktionen af meningsdannelser og meningstilblivelser er at tilrettelægge efterfølgende handlinger. Mening og meningsdannelse er tæt tilknyttet til objekt-begrebet, hvilket især det første præmis også vidner om, idet objekter identificeres og ”objektificeres” på baggrund af, hvordan de giver mening i en given situation (Blumer, 1986: 2-3).

Objekter

Objekter, der både kan klassificeres som fysiske, sociale eller abstrakte, skal ligesom mening ikke forstås som noget i forvejen tilstedeværende, men i stedet som noget, der processuelt dannes gennem sociale interaktioner. Med udtrykket ”world of objects” (Blumer, 1986: 11) pointeres det aspekt, at *objekter* fremtræder inden for en omgivelserelateret verdensramme, en setting eller i en situation, hvilket betyder, at objekter kan have forskellig mening i forskellige situationer. Objekter skal forstås ud fra den mening, de har for den eller de aktører, for hvem de er et objekt. Objekters mening formes, fastholdes eller transformeres undervejs i sociale interaktionsprocesser og udgør således produkter og sociale kreationer af symbolske interaktioner. Et menneske kan også være objekt for sin egen interaktion, idet vi kan se os selv udefra, og hvor vi som objekter dannes af, hvordan vi fortolker andres opfattelse af os selv. Dette svarer

¹⁹ Mead er social behaviorist, men han adskiller sig fra andre behaviorister, idet han tror på, at handling ikke kun er fysisk, men at det også er aktiviteter, som ikke direkte kan ses, og som foregår inden i mennesket – også kaldet mind-action eller tænkning (Charon, 2010: 33-34).

til, at vi tilegner os et selv. Ligesom andre objekter dannes *selvet* af sociale interaktioner mellem andre og selvets indehaver, herunder rolle-tagning og andres indikationer af, hvordan selvet defineres i den givne situation (Blumer, 1986: 12-13).

Symbolske og ikke-symbolske interaktioner og handlinger

At samfundet grundlæggende består og kun kan eksistere, fordi mennesker interagerer med hinanden, bliver oftest taget for givet. Ifølge Blumer (1986) skal sociale interaktioner forstås som processer, der former handlinger. Den enkeltes handlinger i en given situation formes af, hvad andre aktører gør eller indikerer at gøre, idet vi tilpasser vore handlinger til andre gennem interaktioner (Blumer, 1986: 8,20).

Interaktioner kan foregå på to niveauer, og i den sammenhæng skelnes der mellem, hvorvidt handlinger sker på baggrund af *ikke-symbolske* eller *symbolske interaktioner*. Ikke-symbolske interaktioner finder sted, når en aktørs handlinger indeholder ureflekterede og reflektlignende respons på andres handlinger. Symbolske interaktioner derimod er en dobbelt proces af definitioner og fortolkning (Blumer, 1986: 66). Med udgangspunkt i, hvordan en given situation defineres, udveksles indikationer mellem implicerede aktører, som associeres og fortolkes mhp., at de respektive aktørers handlinger tilpasses hinanden.

Situationer

Situationer har en central betydning for handlinger, idet situationer betragtes som den primære betingelse for, hvordan der handles. Blumer (1986) beskriver, at handlende enheder "konfronteres" med situationen og på baggrund deraf får dannet en retning for de videre handlinger. Handlende enheder, uanset om det er en eller flere aktører, formes således af, hvordan den givne situation fortolkes. Denne fortolkning kan både foregå i et individ, der guider sin egne handlinger, eller i et kollektiv af individer, som handler med afsæt i grupper eller organisationer. Når situationer defineres forskelligt af forskellige involverede aktører, kan handlingsretninger være blokeret og/eller være udfordret af, at situationen skal defineres på ny. Situationer bliver således udgangspunktet for definitions- og fortolkningsprocesser i de sociale interaktioner, handlinger og meningstilblivelser, der finder sted. Dette understreger, at ingen sociale interaktioner foregår på samme måde, men at de altid er situationsbetingede (Blumer, 1986: 19, 54, 56, 85-86).

Fortolkningsprocesser

Grundlæggende betragtes mennesker som værende aktive og handlende (Blumer, 1986: 6). Handlinger initieres ikke af automatisk respons på omgivelser, men som en *fortolket* reaktion på de talrige på hinanden følgende situationer, som de enkelte aktører konfronteres med (Blumer, 1986: 6). Denne fortolkningsproces, som også er indeholdt i det tredje præmis, foregår i to trin: For det første udvælges de ting, som har mening,

hvilket er en internaliseret social proces, hvor aktører laver indikationer²⁰ af, hvordan situationen skal opfattes. Dernæst sker der en fortolkning, som er en formativ proces, hvori meningstilblivelser bruges som et instrument for guidning og tilretning af efterfølgende handlinger (Blumer, 1986: 5,13).

Joint action

Med begrebet "*joint action*" beskriver Blumer (1986), hvordan grupper af mennesker kontinuerligt indgår i interaktionsprocesser med henblik på at skabe mening og at tilpasse sig hinanden. Joint action er betegnelsen for den sociale organisering af gruppedeltageres respektive handlinger. Disse handlinger udføres af de respektive gruppemedlemmer, men tilpasses altid den situation, hvori gruppelevet udspiller sig. Organisationer og strukturer eksisterer kun i form af, hvordan den eller disse fremstilles af dets medlemmer. Blumer (1986) tager således afstand fra at konceptualisere strukturer og organisationer som fastlåste statiske enheder (Blumer, 1986: 6-7). Joint action har en speciel karakter, idet det indeholder en inter-sammenkædning af deltagerens handlinger, som konstitueres af følgende tre forhold:

- 1) Gruppeliv er almindeligvis stabile, og gruppemedlemmer deler og handler med gentagelser ud fra før-etablerede sæt af meninger. Dette betegnes ofte som en social orden, der indeholder et sæt af regler, normer, værdier mv. Fastholdelse af en social orden kræver, at gruppen konstant forholder sig til nye situationer, hvor joint action kontinuerligt skal formes på ny i en proces mellem at definere situationen og fortolke den.
- 2) Udstrakte gruppelev af større komplekse netværk indeholder netværk af regulerede aktører med komplementær organisering af forskellige handlinger. De forskellige deltagere optager forskellige pladser i gruppens netværk. Som regulerede deltagere engagerer de sig i deres handlinger på deres respektive plads i netværket ved brug af givne *sæt af meninger*. Netværk fungerer ikke automatisk pga. af indre dynamikker eller systemkrav, men skal kontinuerligt formes på ny. De fungerer, fordi mennesker med forskellige formål i netværket gør noget, og hvad de gør, er et resultat af, hvordan de definerer situationen. Gruppelivet er kontinuerligt i gang med en formations-karriere, hvor der simultant løbende kreeres og fastholdes sociale regler (og ikke omvendt, at regler kreerer og fastholder gruppelev).
- 3) Nutidige *horisontale sammenhænge* af joint actions udspringer ikke alene af den aktuelle situation, men indeholder altid deltagerens medbragte sæt af meninger og fortolkningssystemer, som de i forvejen besidder fra tidligere joint action-kontekster. Derved medbringer aktører koordinerede handlinger fra

²⁰ Blumer (1986) anvender begrebet *indikerer* som en del af det at handle. At indikere beskriver den indre sociale proces, hvor en kommunikativ proces med selvet finder sted mhp. at fortolke situationen og danne meninger, som er rettet mod at designe og konstruere den efterfølgende ydre handling (Blumer, 1986: 15).

tidsdimensionale, historiske og *vertikale sammenhænge* med inddragelse af objekter, fortolkninger og meningssæt fra tidligere situationer (Blumer, 1986: 16-20).

Disse ovenfor præsenterede symbolsk interaktionistisk orienterede begreber anvendes fremadrettet som centrale begreber i relation til analyseprocessen. Ud over disse fremhævede begreber supplerer jeg i henholdsvis kapitel 5 og 6 med flere. Jeg skelner hermed mellem grundlæggende begreber, som er dem, jeg her har præsenteret, og nogle mere specifikke, som jeg vurderer, fordelagtigt præsenteres i sammenhæng med, at de tages i anvendelse i selve analyse-processen.

3.3.1 Anvendelse af symbolsk interaktionisme

Overvejende er den symbolsk interaktionistiske rolle i denne afhandling, som før nævnt, at forme en teoretisk ramme, der giver adgang til og retning på forståelsen af den empiriske verden. Ligesom Blumer (1986) generelt tilkender sig at være inspireret af pragmatismen, er han også fortaler for at tilslutte sig den abduktive logik, idet han bl.a. siger: *"Theory, inquiry and empirical fact are interwoven in a texture of operation with theory guiding inquiry"* (Blumer, 1986: 141). Endvidere nærmer han sig, hvordan dette kan omsættes metodisk, idet han lancerer begrebet *sensitizing concepts*, hvor han bl.a. kontrasterer "sensitizing concepts" med "definitive concepts" (Blumer, 1986: 147). Derved præciserer han, at udøvelse af empirisk forskning bør indebære, at der ikke tages udgangspunkt i klare begrebsdefinitioner, men i stedet at der anlægges "a general sense of reference and guidance in approaching empirical instances"... "and it is the distinctive character of the empirical instance and of its setting which explains why our concepts are sensitizing" (Blumer, 1986: 148). Blumers tilgang til symbolsk interaktionisme bliver således ved hjælp af de sensiterende begreber, jeg præsenterede i forrige afsnit, et fortolkningsværktøj som jeg benytter i det blik, jeg anlægger i forbindelse med datagenerering og analyseprocesserne. Denne tilgang influerer således både på, hvordan undersøgelsen metodisk tilrettelægges, og hvordan jeg træder ind i forskerrollen, idet jeg som forsker således bliver medfortolker sammen med den empiriske verden, jeg møder. Med andre ord er sensiterende begreber både anvendelige til at udforske og improvisere med, men også anvendelige til at forstå verden og dermed raffinere fortolkningsprocessen.

Allerede i kapitel 1 illustrerede jeg vha. figur 1, hvordan jeg ud fra et symbolsk interaktionistisk udgangspunkt forstår fysisk helbredshåndtering som en cyklisk proces, samt hvilke begreber jeg anvender som sensiterende og centrale til at udforske, forstå og forklare interaktioner og handlinger i relation til fysisk helbredshåndtering. Fysisk helbredshåndtering bliver således et produkt af, hvordan centrale aktører situationelt interagerer, perspektiverer, definerer og handler i relation til patienters fysiske helbredsproblematikker.

Inden jeg i afsnit 3.5 nærmere beskriver studiets design og anvendte metoder, vil jeg nedenfor med respekt for den symbolske interaktionistiske vægtlægning af, at det er situationer, der er styrende for interaktioner, og ikke omvendt, præsentere Clarkes (2005) situationelle analysestrategi. Selvom det også er en metode, præsenteres dens teoretiske ramme her, fordi jeg overvejende anvender den som en mere nuanceret forståelse, end Blumer bidrager med, ift. hvad situationer gør ved involverede aktørers interaktioner og handlinger.

3.4 Situationel analyse-teori

Med ambitionen om at studere empirien i en så intim relation som muligt, så der kontinuerligt analytisk sker en sammenfletning af, hvad aktuelle situationer bidrager til i forhold til at forstå, hvordan aktører interagerer eller perspektiverer fysisk helbredshåndtering, inddrager jeg som supplement til symbolsk interaktionisme også situationel analyse. Det gør jeg mhp. yderligere at zoome ind på, hvad det teoretisk og metodisk vil sige at udøve *situationelle fortolkninger* af sociale praksisser.

Med epistemologiske og ontologiske rødder i symbolsk interaktionisme, pragmatisk filosofi og filosof Michel Foucaults diskursanalyse præsenterer professor i sociologi Adele Clarke (2005) en fornyelse og videreudvikling af Grounded Theory-metodologien i sin bog *Situational Analysis: Grounded theory after the postmodern turn*. Clarke (2005) udvikler situationel analyse med afsæt i en langstrakt kritik af den klassiske Grounded Theory, der beror på, at der kun analyseres sociale processer og handlinger, og at situationelle aspekter ignoreres. Situationel analyse bidrager således med, at der rettes op på en manglende opmærksomhed på sociale arenaer og verdener, ikke-humane faktorer (materielle ting og diskurser), samt at der som et bedre alternativ til Grounded Theory tilbydes en mere situeret undersøgelses-og analysestrategi i teoriudviklingsprocesser (Clarke, 2005: 37-39).

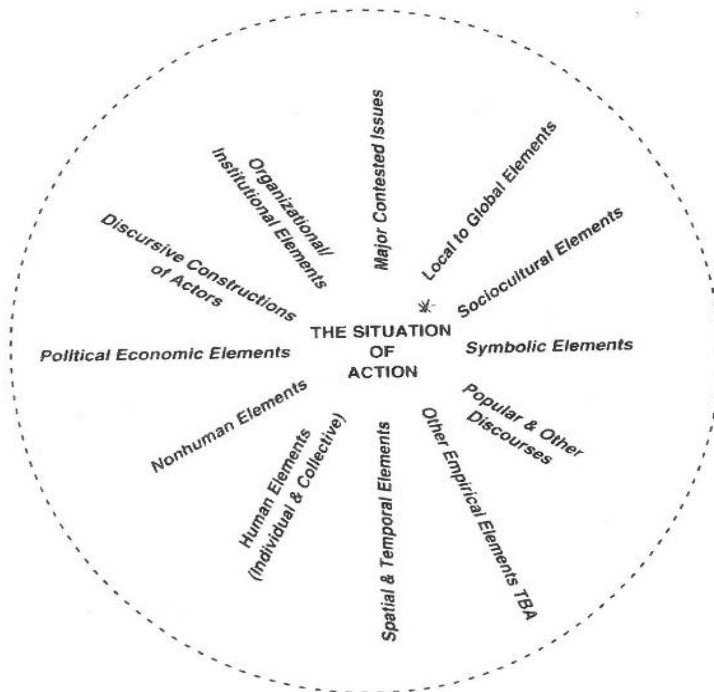
Ligesom Blumer (1986) inspireres Clarke (2005) af Mead ift., at *situationer* er den fundamentale analyseenhed. Situationer forstås nærmere som både de oplevede situationer og den *proces*, hvori situationer finder sted og forbindes med andre situationer. Situationsbegrebet defineres med en karrierelignende kvalitet som ”*both an object confronted and an ongoing process subsequent to that confrontation*” (Clarke, 2005: 21) og som giver følgende fire teoretiske bidrag:

1. Situationer, der er definerede som virkelige, er virkelige i deres konsekvenser.
2. Situationelle spørgsmål bidrager ikke med at referere individuelle tilstande, men besvarer den sociale funktion i at koordinere forskellige handlinger.
3. Viden er situeret, og de vidende er kropsliggjorte og personificerede.

4. Situationer er større end summen af deres delelementer, fordi de også relaterer sig til andre situationer i et bestemt tidsligt og rummeligt øjeblik (Clarke, 2005: 21-23).

Metodologisk betyder det, at situationel analyse konstitueres af den sociale verden og de sociale arenaer, denne sociale verden i øvrigt er tilknyttet. Betingelser for en situation indgår i selve situationen, og intentionen er netop at fremanalysere disse betingelser. Dette grundlæggende teoretiske perspektiv på empirien hjælper til at identificere, hvilke betingelser der fremkommer, og hvordan disse betingelser er betydningsfulde i den empiriske situation, der undersøges. Metoden forstærker således muligheden for at belyse situationers kompleksitet. Desuden bidrager situationel analyse med strategier til at belyse hidtil illegitim og/eller marginaliserede perspektiver, underbelyst viden om det sociale liv samt muligheden for at adressere situationelle diskurser (Clarke, 2005: 59).

Situationel analyse rammesættes med Clarkes situationelle matrix (Clarke, 2005: 73), som også gengives i figur 6 nedenfor. Den situationelle matrix indeholder elementer af betydning for de handlinger, der udspiller sig i en situation og er del af situationen, og hvor makro-, meso- og mikro-sociale niveauer fletter sig ind i hinanden.



Figur 6 Clarkes (2005) situationelle matrix, en kopi (Clarke, 2005: 73)

Med figuren fremhæver Clarke (2005), at det centrale i situationer er de handlinger, der finder sted (the situation of action), og at disse handlinger i situationer kan være under indflydelse af en lang række elementer, som også er gengivet i figuren (Clarke, 2005: 89-90). Metoden bidrager overordnet set med en kontinuerlig opmærksomhed på sociale verdener/arenaer, situationelle diskurser, ikke-humane elementer samt skiftet fra sociale betingelser til sociale situationer ved anvendelse af tre såkaldte mappe-metoder, der konstituerer situationel analyse (Clarke, 2014: 6). Hvordan den situationelle analyse metodisk nærmere tages i anvendelse, fremgår af afsnit 4.5.4 og 4.5.5 i kapitel 4.

Opsummerende er pragmatismen det videnskabsteoretiske udgangspunkt og symbolsk interaktionisme det centrale teoretiske blik, der rammesætter afhandlingen. Med inddragelse af situationel analyse bidrager det samlet set med en grundlæggende forståelse af, at viden skabes aktivt i samspil mellem aktive handlende mennesker og i de konkrete situationer, hvori der interageres. Med afsæt i, at hensigten med denne undersøgelse er at opnå en dybdegående indsigt i fænomenet fysisk helbredshåndtering og de kontekstuelle sammenhænge, hvori det naturligt optræder, anvendes et casestudiedesign, som præsenteres nærmere i det følgende afsnit.

3.5 Casestudiedesign

Afhandlingens forskningsspørgsmål søger, som beskrevet i kapitel 1, at frembringe viden om, hvordan fysisk helbredshåndtering perspektiveres af ledere og fagprofessionelle, hvordan fysisk helbredshåndtering udspiller sig i praksis mellem patienter og fagprofessionelle, og endelig hvordan disse dynamikker afspejler handlemuligheder for helbredshåndtering. Ud over et fokus på forskellige aktørers rolle i relation til fysisk helbredshåndtering indeholder disse forskningsspørgsmål også en bagvedliggende opmærksomhed rettet mod, hvordan kontekstuelle og kulturelle forhold inden for den psykiatriske behandlingspraksis også har betydning. Forskningsspørgsmålene kunne derfor være rammesættende for både valget af en etnografisk tilgang og et casestudiedesign, idet begge design tager afsæt i at studere individer og grupper inden for naturlige kontekster. Men idet intentionen med dette studie ikke er at udføre en dybdegående analyse af en gruppes kultur i en autentisk kontekst, som den er i etnografien, men i stedet har for øje at undersøge et bestemt fænomen inden for denne kontekst, så er casestudiedesign det bedste valg (Creswell, 2013: 97; Yin, 2014: 2). I en artikel af White et al. (2009) problematiseres det, at casestudier ofte associeres til mere konservative paradigmer inden for det kvalitative forsknings kontinuum, hvor forskers indflydelse på data ignoreres. De konkluderer, at casestudiedesignet ligesom etnografiske studier også kan tilslutte sig et deltagende paradigme og en reflekterende metodologi. Dermed kan data-genereringsprocessen ved at indhente viden, rige og detaljerede data fra autentiske settings, identificere hvordan den sociale verden dannes i deltageres hverdagsliv (White, Drew, & Hay, 2009).

Ifølge Yin (2006) er valget af casestudie-design hensigtsmæssigt, når konteksten formodes at indeholde vigtige forklarende aspekter af fænomenet, eller når relationerne imellem fænomen og kontekst ikke er tilstrækkeligt belyst (Yin, 2006: 84). Disse argumenter er centrale, idet resultater af litteraturgennemgangen netop dokumenterer, at der i den eksisterende forskning er begrænset eller ingen viden om, hvilken indflydelse og perspektiver fagprofessionelle og især psykiatere og patienter selv har på hvordan fysiske helbredsproblematikker håndteres i den psykiatrifaglige kontekst.

Casestudie defineres ifølge Yin (2014) som en empirisk undersøgelse af *"a contemporary phenomenon (the "case") in depth and within its real-world context, especially when the boundaries between phenomenon and context may not be clearly evident"* (Yin, 2014: 16). Casestudiet kendetegnes nærmere ved at kunne håndtere forskellige situationer, der indeholder multiple vidensressourcer og variabler, som nødvendigvis samles ved hjælp af trianguleringer, og som benytter eksisterende teorier til nærmere at guide dataindsamling og analyse (Yin, 2014: 16-17). Med afsæt i den epistemologiske præmis, jfr. det pragmatiske udgangspunkt, at viden skabes i en gensidighed med den verden, der studeres, er casestudiet ikke blot en metode til at genere data, men en *sammenhængende forskningsstrategi* med en implicit præmis om, at der kan ske forandringer undervejs i forskningsprocessen ift. at fastlægge grænsen mellem fænomen og kontekst, og hvad casen er en case af. Valget af casestudiedesignet indeholder også implicit forestillingen om, at casen repræsenterer en mere generel sammenhæng. Disse sammenhænge kan omhandle teoretiske antagelser med datakategorier, teoretiske kategorier og/eller substantielle kategorier, der også kan genfindes i andre kontekstuelle sammenhænge, herunder som "eksemplets magt" (Antoft & Houlberg Salomonsen, 2007: 30-31; Flyvbjerg, 2010: 473; Yin, 2014: 21).

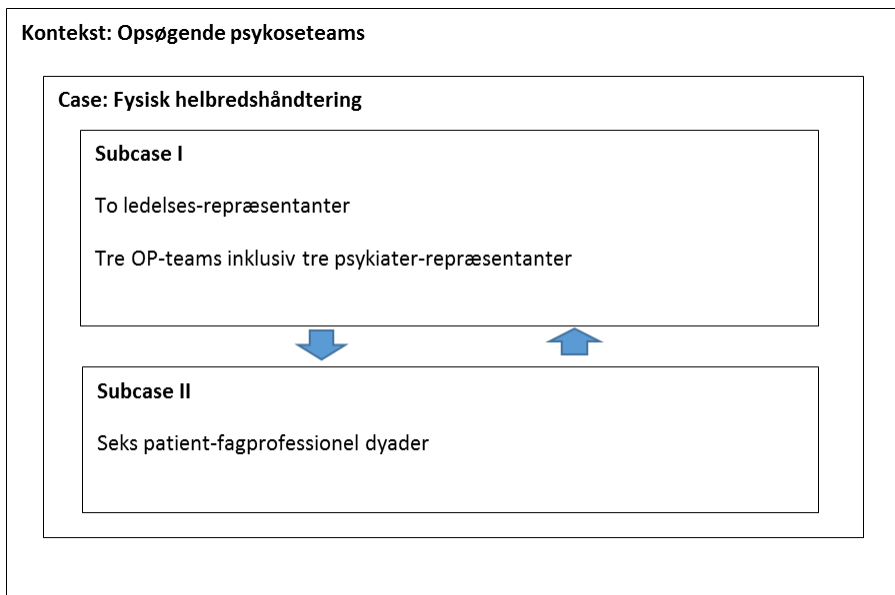
Der findes ifølge Antoft & Salomonsen (2007) fire idealtyper af kvalitative casestudier: ateoretiske, teorifortolkende, teorigenererende og teoritestende studier (Antoft & Houlberg Salomonsen, 2007: 36-39). Med dette studies formål om at genere ny empirisk viden med symbolsk interaktionisme som den overordnede teoretiske ramme for den videnskabelige forskningsproces omkring både dataindsamling og analysearbejdet, er nærværende design således et *teori-fortolkende casestudie*. Når casestudiet er teorifortolkende, betyder det, at symbolsk interaktionisme dels fungerer som en ramme, der afgrænser casen, og dels i analyseprocessen og sammen med andre relevante teorier fungerer som viden, der kan bidrage til at fortolke, hvordan fysisk helbredshåndtering indlejres i de sociale interaktions-processer. Til at kvalificere hvilke teorier, der er relevante, er der ifølge Antoft og Salomonsen (2007) to kvalificerende principper: 1) at teorierne er så specifikke som muligt og kan beskrive og forklare empiriske variationer i det empiriske materiale, og 2) at teorierne passer til, hvorvidt problemstillingen bevæger sig på henholdsvis mikro-, meso- eller makroniveau (Antoft & Houlberg Salomonsen, 2007: 40-41).

Idet interaktioner om fysisk helbredshåndtering udgør fænomenet og genstandsfeltet for analysen, er dette at sidestille med, at en case ifølge Yin kan være bestemte *begivenheder*, der finder sted inden for en bestemt kontekst (Yin, 2014: 31). De situationer eller begivenheder, der kan relateres til fysisk helbredshåndtering, udgør således casen. Casens kontekst defineres i denne afhandling af det, der i den psykiatriske behandlingspraksis omhandler det ambulante psykiatriske behandlingstilbud i OP-team-regi. Samlet set er case-studiedesignet et *kvalitativt indlejret teorifortolkende single-casestudium*. At det er *kvalitativt*, indikerer, at der anvendes kvalitative dataindsamlingsmetoder, hvilket præsenteres nærmere i afsnit 4.2. Med udgangspunkt i, at OP-teams udgør casens kontekst, selvom den fysisk foregår mange steder i henholdsvis psykiatri-regi og i patienters egne hjem, hvilket nærmere beskrives i afsnit 3.6.4, betragtes det som en samlet enhed og dermed som en *single-case*. Dette begrundes ud fra den interaktionistiske forståelse af, at OP-teams eksisterer i form af, hvordan det defineres og redefineres og giver mening, når implicerede aktører interagerer i forskellige sammenhænge og situationer. Yderligere understøttes betragtningen af OP-teams behandling som en single case også med de to bagvedliggende rationaler om, at det overvejende eksplorative studie undersøger fysisk helbredshåndtering i *normale* hverdagslivs-praksisser, og tilvejebringer viden om hidtil skjulte og *afslørende* praksisser, der af flere grunde, som fx adgangs- og ressourcemæssige udfordringer, kan være vanskeligt at tilvejebringe viden om (Yin, 2014: 51-52).

Til opnåelse af konkret viden om fysisk helbredshåndtering og med valget af et *indlejret* (frem for holistisk) single-case-studiedesign udpeges nogle analyseenheder i form af subcases, som både forudsættes at være repræsentative og rige på empirisk viden til at kunne definere casen. Grundlæggende er det umuligt at beskrive alt i en case, og derfor bliver resultatet også en fortolkning af vigtige aspekter frem for et spejlbillede (De Vaus, 2001: 225). Med intentionerne om at vælge så repræsentative subcases som muligt blev de konkrete udpegninger af subcases ikke endeligt udpeget på forhånd, men fremkom via det indledende feltarbejde²¹ og gennem forhandlinger med relevante aktører. Denne proces kan også ifølge Antoft & Salomonsen (2012) metaforisk omtales som ”vindues-kiggeri”, forstået således, at man som forsker bryder ind i en kæde af handlinger, hvor den sociale proces og reproduktion af det studerede fænomen finder sted og udfolder sig (Antoft & Salomonsen, 2012: 138). Styret af det teoretiske afsæt inklusiv intentionen om at opnå adgang til subcases og aktører med stor indflydelse på, hvordan fysisk helbredshåndtering defineres og praktiseres, blev casen designet med følgende to subcases. Subcase I, der repræsenterer de psykiatri-institutionelle perspektiver og praksisser, og Subcase II, der repræsenterer, hvordan fysisk

²¹ Jeg anvender feltarbejde-begrebet som synonym for ”deltagende observationer” eller ”observationer”. Disse tre begreber udgør de redskaber, der er forbundet med at udføre etnografi. Etnografi er det overordnede metodiske begreb, og som ifølge Jacobsen & Kristiansen betyder ”studiet af livsformer eller kulturers særlige sæder og skikke”, og som bliver sociologisk, når undersøgelsen indeholder islet af ”det anderledes”, afvigende eller omhandler underordnede miljøer (Jacobsen & Kristiansen, 2001: 34,40).

helbredshåndtering praktiseres mellem fagprofessionelle og patienter. Det indlejrede kvalitative single-casestudie-design illustreres også i nedenstående figur:



Figur 7 Afhandlingens casestudiedesign

De to subcases studeres ikke parallelt, men indgår i en sekventiel datagenereringsproces (De Vaus, 2001: 227), som nærmere beskrives i afsnit 4.3.1. Selvom casen overordnet set er et single-casestudie design, er det med disse to indlejrede subcases, der hver især indeholder fem og seks enheder, et *indlejret multi-casestudiedesign*. Fremfor kun at undersøge én enhed pr. subcase, som fx at undersøge et OP-team og en dyade, indeholder dette design også aspekter af en gentagelseslogik. Derved opnås en større grad af dybdegående viden (thick description), idet datamaterialet produceres på tværs af sammenlignelige subcaseenheder og ud fra forskellige perspektiver på fænomenet (De Vaus, 2001: 238; Yin, 2014: 57). Endelig bidrager designets to indlejrede subcases implicit med, at risikoen for, at casestudiet overser de kontekstuelle forhold, mindskes (Yin, 2014: 55). Med udpegning af disse to subcases er casestudiet ydermere både et *retrospektivt og prospektivt design* i form af, at Subcase I i overvejende grad bidrager med viden baseret på forudgående erfaringer, hvor Subcase II studerer begivenheder, som opstår i nuet og i takt med, at samspilssituationer udspiller sig.

3.5.1 Kritisk case

Som indikeret ovenfor, er rationalet udover at studere casen i dens naturlige omgivelser også at synliggøre en hidtil relativ usynlig verden, idet viden om, hvordan fysisk

helbredshåndtering perspektiveres og praktiseres i dansk psykiatrikontekst, ikke tidligere er belyst. Den valgte case er en såkaldt *kritisk case*, hvilket betyder, at casen er strategisk valgt (Antoft & Houlberg Salomonsen, 2007: 44; Yin, 2014: 51,57). Heri ligger en forventning om, at casen kan bidrage med mere information end mere typiske eller gennemsnitlige cases og dermed også i højere grad kan være anvendelig til generalisering om, at dette casestudies resultater formentlig også gør sig gældende i andre og mere gennemsnitlige kontekster (Antoft & Houlberg Salomonsen, 2007: 45; Flyvbjerg, 2010: 473). Casen har kritiske elementer på følgende områder:

- Casen inddrager patienter visiteret til behandling i OP-teams. Disse patienter repræsenterer således en samfundsgruppe af særligt udsatte mennesker, der indgår i de mest langvarige og intensive ambulante psykiatriske behandlingsforløb i dansk psykiatrikontekst. Disse patienter kunne forventes ikke at magte, forstå eller ville deltage i hverken behandlingstiltag, der relaterer sig til deres fysiske helbredsproblemer, eller i forskning der relaterer sig til, hvordan fysisk helbred indgår i den psykiatriske behandling. Dermed er casen en ”best case” ift., at hvis denne patientgruppe er engageret i at få støtte og behandling ift. varetagelse af fysiske helbredsproblematikker, så kunne det også være gældende for andre psykiatriske patientkategorier, der pr. definition generelt er mindre belastede.
- Casen inddrager fagprofessionelle, som er specialiseret i at behandle og støtte en særlig patientgruppe i OP-team-regi, hvor dette behandlingskoncept tager udgangspunkt i ACT-ideen om en holistisk behandlingstilgang. På den ene side skulle disse rammer være ideelle og dermed en ”best case” ift. fagprofessionelles muligheder for at intervenere og interagere med patienterne i relation til fysisk helbredshåndtering. Både fordi der i rollen som casemanager forventes en helhedsorienteret tilgang, og fordi de med en særlig tidsmæssig ressource (hyppig og langstrakt relation) interagerer med patienterne i patienternes hjemmemiljø, herunder også har adgang til at støtte patienternes forløb i egne rammer og i andre af sundhedsvæsenets behandlingstilbud. På den anden side, og fordi patientgruppen kategoriseres som blandt de mest udsatte, kan det også betragtes som en ”worst case”, idet fagprofessionelles betingelser udfordres af at skulle interagere med en patientgruppe, der netop er i behandling i OP-team-regi, fordi den er særligt belastet af psykisk sygdom, herunder individuelle forhold ift. symptomer, netværk mv.
- Ud fra et folkesundhedsperspektiv repræsenterer casen og dens patientgruppe den del af befolkningen, der samlet set betegnes ”socialt udsatte”, og som udover at bestå af psykisk syge mennesker, ofte sidestilles med ”alkohol- og stofmisbrugere, hjemløse og fattige” (Pedersen, 2012). Indenfor den epidemiologiske forskningstradition tilhører denne gruppe gruppen af mennesker, der er særligt

udsatte for ”social ulighed i sundhed”, ”social ulighed i sygdomskonsekvenser” og ”social ulighed i brug af og outcome af sundhedsvæsnets ydelser” (Diderichsen, Andersen, & Manuel, 2011: 116). På den måde er casen en ”best case” ift. at opnå viden om, hvorvidt denne udsatte gruppe rent faktisk er særligt udsat ift. håndtering af fysisk helbred, hvis den som led i den psykiatriske behandling også modtager støtte til i ACT-regi at forebygge eller behandle fysiske sygdomme,

- At behandlingen typisk foregår i patienternes hjemmemiljø udgør ”best case”, ift. at jeg som forsker har de bedst egnede betingelser for at tilegne mig viden om patienterne og deres hverdagsliv, herunder også mulighed for at få kendskab til deres netværk, og hvordan fagprofessionelle indgår i dette netværk og hverdagsliv mv. Dette bidrager med muligheder for en særlig rigdom i de informationer, jeg får adgang til i sammenhæng med datagenereringsprocessen, i relation til de kontekstuelle forhold i casen.

Udover at casen er valgt som led i en strategisk udvælgelse og mhp. at kvalificere datamaterialet og resultaterne, er der også anvendt forskellige former for trianguleringsstrategier, hvilket præsenteres i afsnittet nedenfor.

3.5.2 Triangulering som metodologisk kvalitetssikringsstrategi

Med afsæt i, at trianguleringsstrategier metodologisk styrker kvaliteten af casestudiedesignet (Denzin, 2009: 307; Miles, Huberman, & Saldaña, 2014: 299; Yin, 2014: 120), anvendes der forskellige typer af trianguleringsstrategier. Bag formålet med både at gennemføre undersøgelser af Subcase I og II indgår triangulering, som en systematik og en implicit intern validitetsvurdering, mhp. at kunne identificere overensstemmende eller rivaliserende mønstre på tværs af nøgle-informanter og kontekstuelle områder inden for de respektive subcases og på tværs af disse (Yin, 2014: 48).

Som beskrevet i casestudiedesignet anvender jeg *forskellige data-ressourcer*, hvilket er en trianguleringsform, hvor jeg både anvender leder-repræsentanter, OP-teams (implicit den tværfagligt sammensatte repræsentation), patienter, fagprofessionelle og samspilssituationer. Derforuden trianguleres i form af, at der anvendes *forskellige metoder*. Disse metoder præsenteres nærmere i afsnit 4.2 og består af, at jeg både anvender interviews, fokusgruppeinterviews, deltagende observationer og dokumentanalyser. Der trianguleres også med anvendelse af *forskellige datatyper*. Disse datatyper består af både tekst i form af feltnoter og transskriptioner fra lydoptagelser af interviews og samspilssituationer samt lydoptagelser, der direkte anvendes i analyseprocessen. Yderligere blev det forsøgt at få patienter til at tage fotos, men dette datamateriale inkluderes ikke i analyseprocessen af etiske grunde, der dels omhandler anonymitets-sikring og en usikkerhed ift., hvorvidt jeg i tilstrækkeligt omfang fik tydeliggjort

formålet med opgaven. Endelig trianguleres ud fra de forskellige perspektiver, der fremkommer fra de respektive to indlejrede subcases. Med afsæt i symbolsk interaktionisme og situationel analyse identificeres disse to subcases som to sider af samme sag, idet de hver især, men på hver sin måde, repræsenterer nogle kollektive fællesskaber omkring fysisk helbredshåndtering i OP-team-regi. De repræsenterer begge casen, men med en forskel, der kan skelnes i en teoretisk ”ydre-indre” dikotomi. Den ydre del, Subcase I, indeholder kollektive fællesskaber, der er tæt på, men som almindeligvis ikke indgår i ansigt til ansigt-patient-fagprofessionel-samspilssituationerne, og den indre del, Subcase II, omhandler således, hvordan situationer udspiller sig, hvori patienter og fagprofessionelle interagerer. Således muliggør disse to subcase-enheder, at der trianguleres på tværs af *forskellige datamateriale-sæt* i forhold til ydre og indre omstændigheder omkring samme samspilssituationer.

Af andre former for triangulerings-ressourcer anvendes og udnyttes også casens mulighed for at producere data under *forskellige naturlige kontekstuelle forhold*. Dels indgår der i studiet to OP-teams, som i sig selv opererer i forskellige kontekster, og dels foregår samspilssituationerne i patienternes respektive hjem, hvilket også bidrager til triangulering af, hvordan situationer kan udarte sig forskelligt under forskellige kontekstuelle forhold. Endelig er inddragelse af *forskellige analysemetoder og teori* også del af trianguleringsstrategien. Dette introduceres og beskrives nærmere i afsnit 4.5.4 og 4.5.5. Disse forskellige trianguleringsstrategier bidrager samlet set til processuelt at praktisere troværdighedstjek (Tanggaard & Brinkmann, 2010: 493).

3.6 OP-team konteksten og empiriske kilder

I det følgende afsnit konkretiseres nærmere hvad OP-teams udspringer af og indeholder. Hvad der er casens kontekst, skal nærmere forstås ift. 1) hvordan OP-teams bliver til i den psykiatriske kontekst i et historisk perspektiv 2) centrale aktører, der former hvad OP-team behandlingen består i og 3) casestudiets specifikke kontekstuelle forhold og empiriske kilder. Disse tre aspekter udfoldes nærmere i de følgende afsnit.

3.6.1 Historisk perspektiv på psykiatri

Hensigten med dette afsnit er at beskrive, i hvilken historisk kontekst studiet af fysisk helbredshåndtering mellem patienter og fagprofessionelle udspiller sig i OP-team-regi. Først præsenteres kort et rids over psykiatriens historie i et internationalt perspektiv fra dens spæde start i 1700-tallet og op til nutiden. Derefter følger en kort redegørelse for især den nyere danske psykiatris historie, hvilket også indeholder beskrivelsen af, hvordan OP-teams-konceptet opstår og som led i psykiatriens udvikling i Danmark implementeres.

Psykiatriudviklingens fire faser

En måde at beskrive psykiatriens historiske udvikling på er ved at undersøge psykiatriens organisering gennem forskellige tider. I den sammenhæng har Scheid & Greenberg (2007) opdelt den psykiatrifaglige udvikling i følgende fire faser 1) institutionaliseringsfasen (fra 1873), 2) deinstitutionaliseringsfasen (1950- 1980'erne), 3) ambulantsfasen (1980 -1990'erne) og 4) managed care-fasen, som udgør den nutidige og aktuelle fase (Scheid & Greenberg, 2007: 379).

Institutionaliseringsfasen kendetegnes ved, at psykisk syge behandles og opbevares på "total"-institutioner i forståelsen, at det er et sted for psykiatriske patienter, der ikke kan dække egne behov, og/eller som er til fare for omgivelserne (Scheid & Greenberg, 2007: 387). *Deinstitutionaliseringsfasen* er perioden, hvor psykiatrien ændrer sig fra at være lukket og afsondret til at blive et mere åbent system, i forståelsen at psykiatrien foregår med udgangspunkt i en lokalsamfundsorienteret tilgang med bl.a. daghospitalsfunktion og casemanagement (Scheid & Greenberg, 2007: 389-390). I den tredje fase, *ambulant-fasen*, er den psykiatriske behandlingsrelaterede opmærksomhed rettet mod, at behandlingen skal være en individbaseret koordineret indsats og er især rettet mod patienter med kronisk psykisk sygdom. Den seneste fase i psykiatriens historie kaldes "*managed care*"-fasen²². Denne fase refererer til psykiatriens fokus på processer eller teknikker, der anvendes til at kontrollere eller udøve indflydelse på effektivitet, kvalitet og udgifter forbundet med behandlingen mhp. at reducere sundhedsudgifter (Scheid & Greenberg, 2007). Disse fire faser genfindes også tilnærmelsesvis i litteratur om den danske psykiatris historie, hvilket nærmere beskrives i det følgende afsnit.

Danske psykiatriudviklings faser

Den første fase, *institutionaliseringsfasen*, fandt sted fra slutningen af 1700-tallet og frem til midten af det 20. århundrede. Op gennem første halvdel af 1800-tallet blev opfattelsen af sindslidelse i Danmark ændret. Indtil da havde man ikke betragtet sindslidelse som sygdom, men som djævelskab eller noget selvforskyldt pga. udsvævende livsførelse. I takt med et øget fokus på sindssyge, hvor de udsatte blev omtalt som fx afsindige og gale, øgedes en forståelse af, at de var potentielt helbredelige. Derved skete der en ændring i opfattelsen af sindssyge, så det i højere grad blev betragtet som somatisk sygdom, der skulle under lægelig behandling. Dog skulle de sindssyge adskilles fra de somatiske syge, idet behandlingen af somatiske syge var baseret på ro, hvile og omsorg, hvor behandlingen af sindssyge skulle baseres på arbejde og adspredelse samt opsyn og disciplin (Bjerrum, 2008:59-61). Psykiatrien i Danmark var fra tiden efter 1850'erne ikke længere et privat anliggende, men i stedet et offentligt myndighedsansvar. Psykiatri

²² Managed care skal ifølge Scheid & Greenberg (2007) forstås som en form for bureaukratisk kontrol, hvor intentionen ikke er øget effektivitet, men udgifts-begrænsning inklusiv færre og kortere indlæggelser (Scheid & Greenberg, 2007: 393).

bestod overvejende af institutionaliseret pleje og behandling helt frem til, at statshospitalerne i forlængelse af kommunalreformen i 1970 overførtes til amtskommunerne i 1976 (Bjerrum, 2008: 230-231).

Deinstitutioniserings- eller afinstitutioniseringsfasen (synonym) begyndte ifølge Vendsborg (1998) først i Danmark op igennem 1960'erne-1970'erne, hvilket var senere end øvrige sammenlignelige lande. Man stoppede med at udbygge psykiatriske institutioner og lukkede større psykiatriske hospitaler med bagvedliggende intentioner om udbygning af decentral behandling som et bedre alternativ (Vendsborg, 1998). Skiftet fra asylpsykiatri til distriktspsykiatri skete i sammenhæng med en fremherskende betragtning af, at langvarige institutionsophold kunne være skadelige for patienters selvpfattelse og funktionsevne, at udviklet psykofarmaka kunne reducere psykotiske symptomer, og at totalinstitutionsformen var udgiftstung (Aagaard, 2017: 737). Begrebet distriktspsykiatri dukkede op første gang i Danmark i slutningen af 1960'erne (Kragh, Simonsen, & Møhl, 2017: 916). Som en del af afinstitutioniseringen oprettedes ambulatorier, men ifølge Vendsborg (1998) var det først sent i psykiatriens udvikling, der for alvor kommer gang i udbygningen af den distriktspsykiatriske behandling.

Ambulantbehandlingsfasen indledtes i 1960'erne og videreudvikledes til distriktspsykiatri (Bjerrum, 2008: 222-223, 245-46). Den danske distriktspsykiatri var inspireret af italienske og svenske tiltag (Vendsborg, 1998; Vendsborg, 1999: 9), men også engelske og amerikanske tiltag har haft indflydelse på distriktspsykiatriens udvikling i Danmark. Disse tiltag handlede om, at behandlingen skal være mere human og alsidig og foregå i nærmiljøet (Aagaard, 2017; Kragh et al., 2017). Distriktspsykiatri er ifølge Vendsborg (1998) en behandling, ”der bringes ud til deres [red. mennesker med psykiske lidelser] miljø og må ikke gribe mere ind i dagligdagen end nødvendigt...og distriktspsykiatrien forsøger at afhjælpe de problemer og handicap, som den psykiske lidelse forårsager” (Vendsborg, 1998: 7). Denne afinstitutioniseringsproces som distriktspsykiatri er udtryk for motiveredes samlet set af bekymring for menneskerettigheder, psykiatriske patienters behandlingsmæssige forhold, samfundsmæssig vægtning af autonomi, økonomisk interesse i at reducere udgifter til behandling og den antipsykiatriske bevægelse (Vendsborg, 1999: 9).

Både fordi den distriktspsykiatriske behandlingspraksis kom langsomt i gang, og fordi den ikke fra start tilrettelagdes med henblik på en opsøgende og kontaktfastholdende praksis, tabte psykiatrien kontakten til mange psykisk syge og/eller de får hyppige tilbagefald. Det udløser omfattende kritik af den psykiatriske behandling, der meget betegnende omtales ”svingdørspsykiatri” (Vendsborg, 1998: 8-10). Konsekvensen blev, at mange kronisk psykisk syge ikke fik en tilfredsstillende behandling, fordi den gryende opstart af distriktspsykiatriske tilbud ikke var gearet til opgaven (Aagaard, 2017: 738). Ifølge Aagaard (2017) skal udviklingen af ambulant psykiatri i 1970'erne også ses i lyset af, at Danmark på daværende tidspunkt allerede havde reduceret sengeraten væsentligt ift. sammenlignelige lande (Aagaard, 2017: 737). Den kraftige reduktion af sengepladser

på psykiatriske hospitaler frem mod 1990 og en sideløbende kraftig øgning af ambulante behandlinger, som følge af udbygningen af distriktspsykiatrien, skal ifølge Kragh et al. (2017) ses i lyset af, at det administrative ansvar for psykiatriske statshospitaler overgår til amterne i 1976 (Kragh et al., 2017: 919). Ifølge Aagaard (2017) intensiveredes den distriktspsykiatriske udvikling også i forlængelse af, at Sundhedsministeriet i 1988 anbefaler, at den fremadrettede psykiatri ligger hovedvægt på distriktspsykiatri (Aagaard, 2017: 737). Fra 1980'erne begyndte den psykiatriske behandling at målrettes patienter med misbrug, dobbeltdiagnose og retspsykiatriske patienter (Kragh et al., 2017: 916). Op imod år 2000 blev distriktspsykiatrien i højere grad udviklet til specialiserede behandlingstilbud (Aagaard, 2017: 737). I 1998 udgav Sundhedsstyrelsen ”Målsætninger for kvalitet i distriktspsykiatrien”, som ifølge Aagaard (2017) præciserede distriktspsykiatriske behandlingsprincipper, hvilke omhandler følgende fire principper:

- 1) *helhedsprincippet*, der omhandler, at biologiske, psykologiske og sociale behandlingstiltag skal tilpasses patientens behov
- 2) *relationsprincippet*, der betyder, at ”behandlingsalliance” er ”det centrale”
- 3) *kvalitetsprincippet*, der betyder, at behandlingen skal bygge på empiri, rationalitet, erfaring og viden og løbende skal opdateres og videreudvikles
- 4) *mindstemiddelsprincippet* med prioritering af den mest effektive og mindst indgribende intervention (Aagaard, 2017: 738-739).

Som led i udviklingen af distriktspsykiatrien etableres mere specialiserede og intensive tilbud for kronisk psykotiske tilstande. I den sammenhæng blev der i 2001 igangsat det første OP-team-behandlingstilbud i Danmark (Aagaard & Müller-Nielsen, 2011), hvilket frem til 2010 udvikler sig til i alt 25 OP-teams i Danmark (Nordentoft & Iversen, 2010: 133). Ideen bag OP-team-konceptet er at flytte behandling fra hospital til lokalmiljøet, at samle de mange behandlingsmæssige og sociale opgaver i tværfaglige sammensatte teams og at være til rådighed hele døgnet (Vendsborg, 1998).

Den seneste fase ifølge Scheid & Greenberg (2007), den såkaldte *management fase*, er kun sporadisk beskrevet ift. den danske psykiatrikontekst. Men det, der er kendetegnende for fasen i amerikansk kontekst, kan til en vis grænse stemme overens med dansk kontekst. Det første forbehold er dog de grundlæggende forskellige måder at organisere sundhedsvæsenet på, hvilket jeg ikke her kommer nærmere ind på. Ifølge Kragh et al. (2017) er den nutidige psykiatri domineret af central lovgivning, at psykiatriens image er under pres pga. kritik for overmedicinering og tvang, og at ”den faglige udvikling er truet til fordel for ydre kontrol og ydelsespres” (Kragh et al., 2017: 919). I den sammenhæng beskriver Lindhardt (2017) også, at psykiatrien efter kommunalreformen i

2007 domineres af en central styring ud fra New Public Management-principper. En målstyring ud fra økonomiske og administrative principper, som betyder, at den regionale indflydelse bliver mindre, og den centrale styring større (Lindhardt, 2017: 954). Lignende problemstilling var ifølge Møllerhøj (2008) også fremherskende i asyldtiden mellem 1850 og 1920, hvor der var beklagelser over, at lægfolk blandede sig i psykiaternes faglighed og udfordrede deres krav på at tale om særlig viden og autoritet (Møllerhøj, 2008: 117). Fra et andet perspektiv er Danmark ifølge Byg (2016) kendetegnet ved, at den politiske ledelse af hospitalsvæsenet er decentraliseret. Dette betyder, at praksis således afhænger af lokale fortolkninger og i omfattende grad influeres af, at professioner har en stærk position i hospitalsvæsenet og derved lokalt kan forhindre eller fremme politisk ønskede reformer (Byg, 2016: 67). Der er således forskellige perspektiver på, hvorvidt og i hvilket omfang den psykiatriske praksis i senere tid domineres af centralstyring eller af lokale fortolkninger af, hvordan denne centrale styringsintention skal udmøntes.

En anden måde at skitsere psykiatriens historiske faser på er ud fra, hvorvidt de forskellige perioder er præget af biologisk psykiatri eller ej. Ifølge Shorter (1997) har psykiatrien altid været splittet mellem en naturvidenskabelig opfattelse af, hvorvidt psykisk sygdom skyldes hjernens kemi og anatomi, eller en psykosocial opfattelse af, at psykisk sygdom skyldes sociale problemer og/eller personlige belastninger (Shorter, 1997: 40). Shorter (1997) beskriver, at den internationale psykiatriske historiske udvikling har bestået af en første og anden biologiske periode. Den første forløber frem mod 1900-tallet og præges af, at forklaringer på psykisk sygdom skyldes anatomiske årsager (Shorter, 1997: 176). Den anden biologiske periode bliver for alvor dominerende igen i 1970'erne med gennembrud inden for arvelighedsgenetik og fremlæggelse af beviser om en vis arvelighed i forbindelse med skizofreni. Dette sker sideløbende med, at adgangen til medikamenter og eksperimenter med hjernens kemi også udgør et centralt aspekt af den anden biologiske psykiatri periode (Shorter, 1997: 287,292). Imellem disse to biologisk dominerede perioder får den psykosociale opfattelse voksende indflydelse (Shorter, 1997: 195).

I Danmark bliver den biologisk forankrede psykiatri ifølge Møllerhøj (2008) fremherskende fra midten af 1800-tallet. Psykiske lidelser opfattes som legemlige sygdomme i hjernen og med "sjælelige symptomer". Biologisk forankret psykiatri anvendes også til at profilere psykiatri som en lægevidenskabelig praksis (Møllerhøj, 2008: 91,114). Først relativt sent sammenlignet med andre lande, og muligvis pga. en stærk somatisk orientering i Danmark, vinder Freud og psykoanalysen frem i efterkrigstiden, hvilket i et vist omfang fortrænger den biologiske forankrede forståelse (Møllerhøj, 2008: 97). Men ifølge Rosenberg (2008) bliver biologisk psykiatri igen fremherskende fra 1950'erne og nogle årtier frem. Dette sker bla i sammenhæng med det banebrydende i at stoffet klorpromazin opdages at have effekt på psykotiske

symptomer og at dette også afstedkommer, at flere såkaldte neuroleptika udvikles og markedsføres. Fremkomsten af den antipsykotiske medicin er, udover at være en behandlingsmæssig revolution, også afgørende for den videnskabelige anelse af psykiatrien, hvilket forstærkes yderligere op gennem 1960'erne og bl.a. i relation til udvikling af den kendte psykofarmakologiske teori om skizofreni – *dopaminteorien*²³. Blandt psykiatere erkendes det dog efterhånden, at medicinske behandlingstilbud ikke kan stå alene. Mange patienter får ikke tilstrækkelig effekt af antipsykotika og forbliver kronisk syge (Rosenberg, 2008: 267-272). Ifølge Rosenberg (2008) reorganiseres den psykiatriske behandling i Danmark op gennem 1970'erne og 1980'erne. Kampe kæmpes mellem forskellige opfattelser af psykiatri i forhold til, om sindslidelse er en sygdom eller udtryk for sociale misforhold i samfundet. På trods af uenigheder om, hvilket af paradigmerne – det biologiske, det social-psykiatriske og det psykologisk-psykoterapeutiske der skal herske, opnås der via Dansk Psykiatrisk Selskab konsensus om, at der i daglig praksis arbejdes ud fra den "*bio-psyko-sociale-sygdoms-model*". Denne model muliggør, at tilhængere af psykofarmaka fortsat kan anvende psykoterapi, og at psykiatere med psykoterapeutisk interesse også kan behandle med psykofarmaka. (Rosenberg, 2008a: 311). Perioden fra 1980-1990'erne betegnes som "psykoterapiens glansperiode" (Kragh et al., 2017: 919), men fra 1990'erne, der ifølge Kragh et al. (2017) udpeges som "hjernens årti", og frem til i dag, er psykiatere igen blevet mere naturvidenskabeligt orienterede (Kragh et al., 2017: 919).

Skitsering af, hvornår den biologisk forankrede psykiatri har været mere eller mindre fremherskende internationalt og nationalt er komplekst at beskrive detaljeret, idet det ifølge de kilder, jeg har anvendt, ikke beskrives entydigt. Den centrale pointe med i denne sammenhæng alligevel at skitsere, at biologisk forankret psykiatri til tider har været mere fremherskende end andre, og at den aktuelle psykiatriske behandlingspraksis også domineres af biologisk psykiatri, er, at det tilsyneladende ikke har indeholdt biologiske aspekter omkring fysisk helbred i bred forstand, idet det alene har omhandlet hjernen som det centrale organ for både forståelsen af ætiologien og behandlingen af den psykiske sygdom.

Opsummerende har intentionen med dette historiske tilbageblik ikke været at give en omfattende og sammenhængende dokumentarisk præsentation af, hvordan behandling i OP-teams iværksættes, eller hvordan fysisk helbred har indgået i udviklingen af den psykiatriske behandling gennem historien. I stedet skal redegørelsen blot bidrage til at placere den aktuelle psykiatripraksis – herunder og især OP-teams – i en psykiatrichistorisk kontekst. Etableringen af OP-teams i Danmark sker netop med afsæt i intentioner om at tilbyde et moderne helhedsorienteret behandlingstilbud til en

²³ I en forenkelt udgave går dopaminteorien ud på, at skizofreni forstås som en forstyrrelse af signaloverførsler mellem nerveceller via signalstoffet dopamin. Forstyrrelsen relateres til en overaktivitet af dopaminudskillelse, som den kliniske behandling med antipsykotika hæmmer (Rosenberg, 2008b: 270).

patientgruppe, der ikke på egen hånd formår at tage hånd om sit liv og helbred. Ideen bag OP-teams beskrives nærmere i det følgende afsnit.

3.6.2 Ideen bag OP-teams

Assertive Community Treatment (ACT), som er den internationale betegnelse for OP-teams, er en international anerkendt model for behandling, der er udviklet i forhold til mennesker med svære og langvarige psykiske lidelser. Tilblivelsen af ACT sker i USA med afsæt i en modreaktion til gængse opfattelser af, at mennesker med skizofrenilidelser var skrøbelige, hjælpeløse og behandlingsresistente og skulle fastholdes i langvarige hospitalsophold. ACT-modellen er oprindeligt udviklet i 1970'erne i Madison (deraf Madison-modellen) i staten Wisconsin af Leonard Stein, Mary Test og Arnold Marx og skal ifølge medinitiativtagerne Stein & Santos (2000) anskues som *”et system, en pakkeløsning, der er konstrueret for at tilvejebringe de nyeste, mest effektive og mest virksomme former for behandling, revalidering og støtteforanstaltninger”* (Stein & Santos, 2000: 20). Centrale ideer til behandlingsmodellen opstod grundlæggende på baggrund af følger fra den psykiatriske afinstitutionaliseringsproces, såsom høj tilbagefaldsfrekvens af den psykotiske tilstand, ”svingdørssyndromet”, og at patienter ender som hjemløse eller i højere grad begår kriminalitet. Det ideologiske grundlag bag ACT-modellen er ifølge Stein og Santos (2000) at sikre patienter en så autonom tilværelse som muligt, ved at de af ACT-teamet støttes til: at reducere psykoser, opretholde stoffri og kriminalitetsfri livsstil, at få hjælp til økonomihåndtering, jobfastholdelse, bevarelse af sund almen helbredstilstand og at arbejde med øvrige personlige mål (ibid: 20). Indsatsen baseres på principper om at være tidsubegrænset og tværfaglig, problemløsende frem for psykoterapeutisk, og at der som et centralt aspekt etableres en tæt kontakt imellem casemanager og patient. Casemanagerfunktionen skal fungere som et bindeled, der forebygger, at patientgruppen ikke mister muligheden for at anvende systemets støtte og behandlingstilbud (Stein & Santos, 2000: 76). Selvom hele teamet i ACT-modellen har et fælles ansvar for hver enkelt patient, har hvert teammedlem i funktionen som casemanager hovedansvaret for en patientgruppe, hvilket også benævnes ”primær kontaktperson”²⁴ (Stein & Santos, 2000: 77). Mhp. at følge modellen præciseres vigtigheden af tværfaglighed der mere præcist bør indeholde: sekretær (forbindelsesled mellem teamet, patienten og lokalområdet), socialrådgiver, sygeplejersker, psykolog, jobkonsulent, misbrugskonsulent, psykiater samt en patient, hvor sidstnævnte fungerer som medarbejder, der fastholder personalets opmærksomhed på patienternes synspunkter. Afgørende forhold er i øvrigt, at OP-teamet dækker alle ugens 7 dage inkl. aften timer, at der serviceres maks. 150 patienter

²⁴ Selvom begreberne primær kontaktperson eller kontaktperson er de begreber, der oftest anvendes i den psykiatriske OP-team praksis, fastholder jeg fremadrettet at omtale funktionen som casemanager. Det gør jeg, fordi det ellers kan være vanskeligt at adskille fagprofessionelles særlige rolle i OP-team-regi fra øvrige pleje- og behandlingsroller i de psykiatri-relaterede behandlingstilbud.

pr. team, at hvert team består af ca. 10-12 ansatte og med en casemanager caseload (antal patienter pr. medarbejder) på minimum 8:1 og maksimum 10:1. Gennemgående gevinster ved ACT-modellen er ifølge Stein & Santos (2000), at målgruppen opnår stabile boligforhold, reducerer brug af sengepladser i hospitalspsykiatrien og opnår en højere grad af selvstændighed i forhold til både psykiatri og familie (Stein & Santos, 2000).

To forskningsstudier (RCT-studier) om anvendelse af ACT-modellen i USA og Australien fra henholdsvis 1980 og 1983 viser, ifølge Molodynski (2011), klare fordele ved anvendelse af ACT-modellen og fører til, at denne implementeres i mange lande, herunder Danmark. Frem til i dag bliver der internationalt set stillet spørgsmålstegn ved modellens effektivitet, idet fx slående resultater omkring reduktion i psykiatriske indlæggelser og symptomreduktion ikke har kunnet gentages sidenhen. Alligevel viser der sig fortsat evidens for forbedret engagement og tilfredshed med serviceydelser samt forbedrede sociale færdigheder blandt deltagende patienter i ACT-modellen (Molodynski, 2011: 12). Overvejende er der konsensus om, at ACT-modellen ikke gør skade på patienter, at psykiatriske indlæggelser ikke nødvendigvis reduceres, og at det er et billigere behandlingskoncept end andre ambulante tilbud. Endvidere er der konsensus om, at ACT-tilgangen både forbedrer fagpersoners engagement i at etablere relation til patientmålgruppen, og at det er et værdsat koncept af både patienter og deres pårørende. Hvad der især anses for kvalitetsfremmende, hvis der arbejdes tværfagligt, er en lille caseload, hyppige hjemmebesøg, og at ACT-teamet har et samlet ansvar for både sundheds-/helbreds- og sociale pleje og behandlingsopgaver (Molodynski, 2011: 9).

Som nævnt tidligere blev ACT-modellen introduceret i Danmark i 2001 og har sidenhen spredt sig og udgør nu et ambulante behandlingstilbud i alle regioners psykiatriske behandlingspraksis. Ifølge nyere nationale kliniske retningslinjer (2015) for behandling af patienter med skizofreni og komplekse behandlingsforløb anbefales ACT-modellen. Dette begrundes i, at ACT-konceptet sikrer bedre kontakt imellem psykiatri og patientgruppen, at antallet af sengedage reduceres, og at der er en større grad af patienttilfredshed sammenlignet med andre psykiatriske behandlingstilbud (Nordentoft et al., 2015: 63).

Den danske ACT-model er ifølge Aagaard (2014) en ”tilnærmet Madison-model”. Til forskel fra USA er OP-teams i Danmark del af den strukturelle opdeling af psykiatri i henholdsvis ”den behandlingsmæssige” regionale og den kommunale socialpsykiatriske indsats. (Aagaard, 2014: 22). Derudover inkluderes i Danmark, til forskel fra de fleste udenlandske ACT-modeller, også patienter med psykoselidelser, der ikke tidligere har haft et stort forbrug af det psykiatriske hospitalsvæsen og/eller patienter, der har dom til behandling (Aagaard, 2014: 45-46). Til den oprindelige model er der udviklet en

så kaldt modeltrofasthedsskala, der vurderer OP-teamet med afsæt i organisation, ideologi og arbejdsform, og som har til formål at påvise sammenhænge mellem modeltrofasthed og positive resultater. Den danske OP-team-tilgang tilstræber, ifølge Aagaard (2014), at være i overensstemmelse ”med essensen af Madison-modellen” (Aagaard, 2014: 49), og nogle danske OP-teams er ratet og har en model-trofasthed mellem 48-90% (Aagaard, 2014: 53, 65, 68).

Med afsæt i ACT-modellens centrale aktør-grupper, der som beskrevet ovenfor består af henholdsvis psykiatere og casemanagers, vil disse funktioner nærmere blive beskrevet nedenfor i sammenhæng med, hvordan de sammen med ledelsesrepræsentanter udgør nøglepositioner og -aktører i forhold til, hvordan psykiatrisk behandling i OP-teams praktiseres.

3.6.3 Psykiater og casemanagerfunktionerne i OP-teams

Psykiatere har en særlig rolle i OP-teams. Selvom de indgår som team-medlem i det tværfaglige samarbejde med de øvrige fagprofessionelle, adskiller de sig ved, at de ligger øverst i det kliniske hierarki, herunder at de officielt er tildelt monopolet på både at have rettighederne til at definere sundhed-sygdom og at behandle det, som defineres som sygdom (Freidson, 1988: 5). Desuden har de qua deres profession og til forskel fra andre stillinger en ”organiseret autonomi”, der betyder, at de kontrollerer deres eget arbejde og har det overordnede ansvar for behandlingen (Freidson, 1988: 71). Generelt er det vanskeligt at finde litteratur, der eksplicit beskriver psykiater-rollen i ACT-regi, men ifølge Vaccaro et al. (1992) og Brodwin (2013) står psykiatere for den psykofarmakologiske behandling og forventes at se patienter med passende mellemrum mhp. medicinmonitorering og aktiv involvering i den psykiatriske behandling (Brodwin, 2013: 21; Vaccaro, Liberman, Wallace, & Blackwell, 1992). Indirekte beskrives psykiater-positioneringen nærmere ved, at de i modsætning til casemanagerfunktionen positioneres som eksperter, også selvom det er casemanagers, der har det daglige samspil med patientgruppen og har tillært sig ”håndværket” i at interagere og grundlæggende har det tætteste kendskab til patientgruppen (Brodwin, 2013: 22).

Casemanagerfunktionen beskrives derimod flere steder. Ifølge Vaccaro et al. (1992) kan casemanagement betragtes som en behandlingsform, hvor de udførende overordnet set indtager en rolle som pågående aktører, der også er fortalere for, definerer og assisterer ift. at dække patienternes behov. Det betyder, at casemanagement-udøvelse er intensiv og har en proaktiv og opsøgende form (Vaccaro et al., 1992). Casemanagergruppen har ansvaret for ”integrated care”, herunder at der arbejdes med udgangspunkt i en behandlingsplan (Aagaard & Müller-Nielsen, 2011). Nødvendigtvis må casemanagers tage udgangspunkt i en udstrakt fleksibilitet i deres behandlingstilgang og herunder etablere kontakt til andre sociale og/eller behandlingenheder efter behov. Dette indikerer samlet set, at der stilles høje krav til selvstændig initiativ- og

beslutningstagning (Lerbæk, Aagaard, Andersen, & Buus, 2015). I dansk kontekst defineres casemanagement som en ”kontaktpersonsordning” og som ”en metode til at sikre de nødvendige tilbud på en koordineret, effektiv og tilfredsstillende måde” (Aagaard, 2014: 25,28).

Ifølge Brodwin (2013) er casemanagement en ”hybrid sociomedical” medarbejderrolle i ACT-regi. En rolle, der fungerer som den stabiliserende kraft, der lærer at rammesætte arbejdet både i relation til institutionelle krav til praksis og loyalitet over for kollektive idealer med anvendelse af improvisation og praksisviden. Stabilitet er et centralt aspekt i behandlingsstrategien, og fordi patienternes psykiske sygdom gør, at de svinger imellem tilbagefald og bedringscykluser, må casemanagergruppen konstant være nærværende mhp. at forebygge eller mindske ustabilitet (Brodwin, 2013: 28, 38). At stabilitet er et centralt begreb, fremgår også af Stein & Santos’ (2000) oprindelige beskrivelse af ACT-team funktionen i form af, at indsatsen skal ”stabilisere mennesker”, ”fastholde klientens psykiske stabilitet” og ”fremme en stabil og tilfredsstillende tilværelse” (Stein & Santos, 2000: 73, 79, 82). Med henvisning til Rapp problematiserer Brodwin (2013), at casemanagement kan være en ”deficit” tilgang, der fokuserer på patologi og øger patienters afhængighed. Brodwin (2013) supplerer problematiseringen af denne pointe med, at konsekvensen af, at stabilitet måske bliver det overordnede mål, er, at der ikke tages højde for menneskerettigheder, herunder at social inklusion burde være et implicit mål i indsatsen (Brodwin, 2013: 56).

Som led i tværfagligheden i teamet fungerer casemanagergruppen som psykiaterens forlængede arm, forstået således, at behandling med psykofarmaka betragtes som baseline behandling og som en del af den biopsykiatriske forståelsesramme (Brodwin, 2013: 29,31). Derved skal casemanagers ifølge Brodwin også agere inden for en splittet identitet mellem både at være psykiaters stedfortræder som behandler og samtidig være genstand for kontrol og overvågning fra aktører højere oppe i hierarkiet (Brodwin, 2013: 19). Selvom casemanagers udfordres af deres strukturelle svaghed i relation til at rangere lavere end psykiatere i teamet, så identificerer de forskellige måder at være eksperter på. Hvor psykiatere fokuserer på biopsykiatri og har en lang erfaring med medicin, så kan casemanagers vægtlægge deres viden om patientgruppens livsverden. Med afsæt i, at ekspertise ikke er noget, man har, men noget man forhandler sig til, vil anerkendelse dels afhænge af den enkelte aktørs fremtræden og forhandling i ACT-regi, men også af hvad der institutionelt støttes og anerkendes. Oftest, og fordi den biologiske psykiatri accepteres som det højest værdisatte, forventes det også af casemanagers, at de accepterer, at psykiatere fremfører, hvad der er patienternes tilstand, og hvilke behov de har. Dette skyldes ifølge Brodwin (2013), at casemanagers ikke er trænedt i eller har færdighederne til at blive positioneret som eksperter, og at de heller ikke får adækvat institutionel støtte dertil (Brodwin, 2013: 19-21).

Opsummerende skitseres ovenfor hvordan der implicit i ACT-team-konceptet er indlejret nogle tværfaglige ressourcer, der forventes at være er anvendelige ift. at sikre den udsatte patientgruppe en helhedsorienteret behandling. Samtidig kan ACT-konceptet implicit indeholde modsatrettede problemstillinger i form af, at psykiatere har behandlingsansvaret, men at det er casemanagers, der i overvejende grad interagerer med patienterne og forventes at kunne udføre behandlingsarbejdet på selvstændig vis. Derudover er der på én gang en forventning om, at ACT-modellen kan dække patienternes behandlingsbehov og herunder øge patienternes psykiske stabilitet og selvstændighed, men som i praksis kan risikere at øge patientgruppens afhængighed af den psykiatriske behandling og forværre tendensen til samfundsmæssig social eksklusion.

3.6.4 Præsentation af OP-team-casen

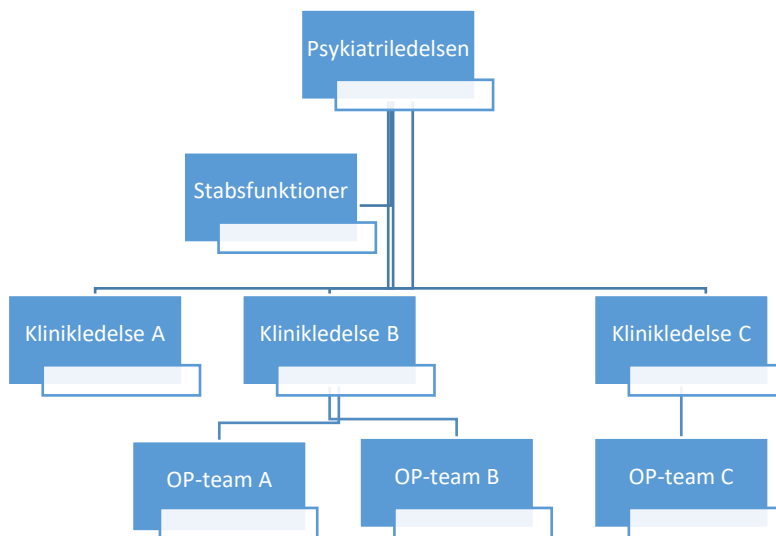
I det følgende afsnit præsenteres den konkrete case i dansk regi, som udgør den empiriske kontekst, hvorfra det empiriske datamateriale genereres. Som skitseret ovenfor, indeholder ACT-modellen ud over de patienter, der behandles, de behandlingsrelaterede aktører, som primært omhandler psykiatere og casemanagers. Hvordan disse funktioner praktiseres, er også under indflydelse af psykiatri-organiseringen i det hele taget, herunder de forskellige ledelseslag i psykiatriorganisationen. Et særligt argument for at inkludere ledere som empiriske kilder er, at det danske hospitalsvæsen er kendt for, at centrale udstukne rammer fortolkes og forvaltes decentralt. Relationerne og rollefordelingen mellem ledelsen og medarbejdere, især de lægefaglige professioner, kan være kendetegnet ved uklare grænser (Byg, 2016: 28). Dette betyder, at der lokalt kan være forskellige variationer af, hvordan fysisk helbredshåndtering identificeres og forvaltes af både ledere og psykiatere, og som derfor har betydning for den konkrete case i det hele taget. Dette fører mig frem til, at de centrale aktører, som udgør relevante nøgleaktører ift. at repræsentere casestudiets kontekst, er ledelses-repræsentanter, psykiatere, casemanagers og patienter. Ud over disse aktører udgør de formelle regler og retningslinjer, som psykiatri-organisationen er underlagt i relation til fysisk helbredshåndtering også et centralt aspekt ift. de kontekstuelle forhold. Nedenfor præsenteres først den konkrete case med udgangspunkt i dennes placering inden for den psykiatri-organisatoriske ramme, dernæst præsenteres retningslinjer og instrukser og endelig præsenteres tilsidst casens empiriske kilder, der indgår i undersøgelsen af henholdsvis Subcase I og II.

Opsøgende psykoseteams

OP-teams²⁵ er del af det psykiatriske ambulante behandlingstilbud i xx- region i Danmark. Beskrivelsen nedenfor er baseret dels på skriftlig præsentation af behandlingstilbuddet på den aktuelle regions hjemmeside og dels på indhentede

²⁵ Beskrivelsen i dette afsnit er baseret på forhåndskendskab til organisationen samt dokumenter fra psykiatri-organisationens hjemmeside og indledende møder med to ud af de tre daglige OP-team ledere.

oplysninger fra indledende møder om projektet. Som skitseret nedenfor i figur 8, er der i alt tre OP-teams, der hører under to forskellige klinikledelser.



Figur 8 Den organisatoriske placering af OP-teams

Den daglige ledelse af de respektive OP-teams er i team A og B den tilknyttede psykiater, hvor det i team C er en sygeplejerske. I alle tre tilfælde indgår disse tre samtidig i det tværfaglige behandlingsarbejde, og der eksisterer således en relativ flad struktur, hvor ledelse i overvejende grad identificeres som det, der udspringer fra klinik- og psykiatriledelsen.

Udover at OP-teams samarbejder på tværs, samarbejder de også med øvrige ambulante enheder og sengeafsnit i psykiatriorganisationen. Selvom patienterne som udgangspunkt er ambulante patienter, kan de også indimellem være indlagt i både psykiatrisk eller somatisk regi og fortsat formelt og reelt være i behandling i OP-teams regi. Patienterne kan udover og sideløbende med den psykiatriske behandling også modtage kommunale serviceydelser, som fx kommunale bostøttetilbud efter §85 i Serviceloven og/eller bo i et midlertidigt eller varigt botilbud efter §107 eller §108 i Serviceloven.

Opsøgende Psykoseteams (OP-teams) har siden 2008 været et tilbud i den konkrete regions psykiatri²⁶. Behandlingstilbuddet startede først op med to OP-teams og blev i 2009 udvidet med et tredje OP-team, således at der fra 2009 var i alt tre distriktsopdelte OP-teams. Ifølge regionens beskrivelse er behandlingstilbuddet kendetegnet ved, at det

²⁶ Af hensyn til anonymisering laves der ikke kildehenvisninger til de regionsdokumenter, som danner udgangspunkt for beskrivelsen af OP-teams, men forfatter kan kontaktes ved ønsker om konkrete kilder.

er et særligt intensivt ambulært forløb uden en afgrænset behandlingsperiode, der ”bygger på” ACT-modellen og især 1) ”assertivitet”, i forståelsen at ”ansvaret for opretholdelse af kontakten, og dermed for at behandlingen og støtten rent faktisk finder sted”, ligger i teamet og ikke hos patienten, 2) ”teamtilgang”, herunder at teamet har et fælles ansvar for en gruppe af patienter og 3) ”entydig ansvarsplacering”, som betyder, at teamet har det endelige ansvar for al behandling og støtte. Succeskriterier for behandlingen er, at ”patienterne får et individuelt tilrettelagt behandlingstilbud, der øger livskvaliteten, forebygger unødvendige genindlæggelser, øger patientens funktionsniveau og øger tilgængeligheden til den individuelle tilrettede behandling”.

Den visiterede patientmålgruppe til OP-team-tilbuddet er ”svært psykisk syge” med ”varige sindssygdomme”, og som hovedregel har de en af følgende diagnoser: skizofreni, paranoid psykose eller i sjældnere tilfælde bipolar affektiv psykose. Udover selve diagnosen er inklusionskriterierne, at patienten enten har haft mindst 50 dages psykiatrisk indlæggelse inden for de seneste to år, og/eller at patienten har været indlagt mindst fire gange eller har en af bidiagnoserne misbrug eller retspsykiatrisk foranstaltning. Derudover vurderes patienterne ift. til inklusion mhp., om de anses for egnede til at kunne profitere af teamets opsøgende og vedholdende strategi, at kunne tage imod støtte til ”fastholdelse af den medicinske behandling”, samt hvorvidt der kan opnås en såkaldt ”behandlingsalliance”.

Team-samarbejdet

Selvom de respektive psykiatere i OP-teams er ansvarlige for behandlingsindsatsen, foregår behandlingen almindeligvis ved, at de respektive casemanagers overvejende alene har den kontinuerlige kontakt med patientgruppen. Beslutninger om behandlingstiltag, både medicinske og øvrige tiltag, drøftes på to ugentlige behandlingsmøder, hvor alle teammedlemmer deltager. Beslutninger på behandlingsmøderne træffes på baggrund af, at casemanageren fungerer som budbringer og formidler af den enkelte patients status og problematikker, og hvor psykiateren sammen med casemanageren og evt. med supplerende kommentarer fra øvrige teammedlemmer træffer beslutninger om den fremadrettede behandling. Der er ikke en fast procedure for, hvorfor, hvornår eller hvor hyppigt psykiateren mødes ansigt til ansigt med patientgruppen, bortset fra de patienter, som har en dom til behandling, hvor Kriminalforsorgen stiller krav til psykiaterkontakt. Ligeledes er der også forskellig praksis i forhold til, om psykiateren møder patienten i eget hjem eller på psykiaterens kontor, og om det er sammen med eller uden casemanagerens deltagelse.

Et OP-team består ifølge regionens beskrivelse som minimum af en psykiatrisk speciallæge, sygeplejersker med psykiatrisk specialuddannelse, psykolog, lægesekretær samt andre behandlergrupper som fx ergoterapeut, fysioterapeut, beskæftigelseskonsulent, misbrugsmedarbejder og/eller socialrådgiver. Psykiateren har

det overordnede behandlingsansvar, men den daglige behandling foregår ved, at en fagprofessionel i rollen som casemanager, som i daglig tale omtales som ”den primære kontaktperson”, hyppigt besøger patienten i eget hjem eller evt. på et aftalt sted i patientens lokalmiljø over en langstrakt periode, der evt. ”kan være et livslangt forløb”. Hver fagprofessionel er casemanager for 10-15 patienter (caseload).

Behandlingsindsatsen består af medikamentel behandling, psykoeducation (undervisning i egen sygdom), hjælp til problemløsning, kontakt med netværk, lokalområdets muligheder samt at koordinere med det professionelle netværk. Der tilstræbes hyppige hjemmebesøg hos patienten, der kan variere fra daglige besøg til mindst et ugentlig besøg. Casemanagers forventes at arbejde tværfagligt og tværsektorielt omkring patienters behov og så vidt muligt at inddrage netværk og familie i behandlingen.

Sammensætningen af de tre respektive OP-teams består reelt og i virkeligheden af en psykiater og flere sygeplejersker samt en lægesekretær. Derudover varierer de respektive teams en smule i forhold til sammensætning, idet der er to teams, der også har SOSU-assistenten i teamet, og kun et enkelt team har en socialrådgiver som casemanager. Der er i alt ti fagpersoner i de to største teams og fem i det mindste. Ved sammenligning af den ideelle ACT-model, jfr. Stein (2000), og de OP-teams, som denne case omhandler, afviger denne case ifølge mine observationer på følgende punkter:

- OP-teams er ikke tilgængelige 24-7 i alle ugens dage, men fra kl. 8-16 på hverdage. I det øvrige tidsrum kan patienter kontakte den psykiatriske skadestue.
- Teamets tværfaglige sammensætning indeholder til forskel fra ACT-modellen ikke konsekvent hverken psykolog eller socialrådgiver. Derudover er der i de tre OP-teams hverken ansat jobkonsulent, misbrugskonsulent eller en patient-medarbejder, som anbefalet.
- Tværfagligheden i ansigt til ansigt-patientarbejde er ifølge mine observationer reduceret, idet patienter kun undtagelsesvis behandles af andre fra teamet end den primære tilknyttede casemanager og psykiater fra teamet. I et Cochrane-review af ACT-konceptets effektivitet (1998) præciseres forskellen på casemanagement i ACT-modellen og casemanagement generelt. ACT-tilgangen forventes at tage udgangspunkt i teamworking og teamansvarlighed for den samlede patientgruppe, hvorimod ikke ACT-relateret casemanagement omhandler professionel autonomi, individuel ansvarlighed for tildelte patienter og en tilgang, der ikke guides af specifikke teoretiske koncepter (Marshall & Lockwood, 1998). Derfor vurderer jeg, at selvom teamet identificerer sig med i overvejende grad at arbejde efter ACT-konceptet, så er det i virkeligheden i overvejende grad en generel casemanagement-tilgang, der praktiseres.

- Caseload i disse OP-teams, som er 12-15:1, er større og overstiger anbefalingerne om caseload på mellem 8:1 og maks. 10:1.

I det følgende afsnit præsenteres de retningslinjer og instrukser, som det kliniske personale skal arbejde ud fra omkring fysisk helbredshåndtering.

Retningslinjer og instrukser

Til forskel fra tidligere, hvor fysisk helbredshåndtering alene var baseret på et klinisk skøn, har psykiatri-arenaen, jfr. beskrivelsen i kapitel 1, en organisatorisk forpligtigelse til at leve op til de udefra-initierede krav om at følge lovgivninger, retningslinjer og guidelines i relation til udførelsen af kliniske opgaver, herunder også behandlingsopgaver, der relaterer sig til fysisk helbredshåndtering. I case-regionen er disse retningslinjer og instrukser tilgængelige via et IT-baseret dokumentsystem. Ud fra søgning med anvendelse af sneboldsmetoden og på baggrund af forkundskab til området præsenteres neden for de kliniske opgaver, der relaterer sig til fysiske helbredsproblematikker ved voksne patienter med psykose-/skizofrenidiagnoser.

Gennemgående for al behandling er, at patienten har krav på en *Behandlingsplan*, som stiller krav til, at der udføres en ”somatisk undersøgelse”, ”somatisk diagnosticering” og ”somatisk behandling”, hvor sidstnævnte er opdelt i ”farmakologisk” og ”anden somatisk intervention”. Derudover er der en særskilt rubrik ift. henholdsvis ”blodprøver” og ”KRAM”.

Selvom der er en retningslinje, der omhandler *Håndtering af somatisk sygdom*, omhandler den kun indlagte patienter, og der fremgår ikke nogen forklaring på, hvorfor retningslinjen ikke omfatter ambulante patienter. I retningslinjen ”*Metabolisk syndrom*” er formålet at ”forebygge og behandle” metabolisk syndrom. Det overordnede diagnosticeringskriterie er ”central fedme (defineret som livvidde ≥ 94 cm for europide mænd og ≥ 80 cm for europide kvinder, med etnisk specifikke værdier for andre grupper),” samt to vilkårlige af andre medicinske kriterier, der undersøges som led i blodprøvetagning”. Retningslinjen indikerer, at der i praksis skal foretages vejning af patienten og udføres en taljeomfangsmåling, samt at der skal tages nogle specifikke blodprøver.

Alle patienter skal ifølge retningslinjen ”*psyko-education*”²⁷ tilbydes patientundervisning. Som et element ud af 8-10 temaer, der benævnes ”Et sundt liv”, skal patienter tilbydes undervisning, der relaterer sig til fysiske helbredsproblematikker og indeholder viden om KRAM-faktorerne og disses betydning for både det fysiske og mentale helbred.

²⁷ Psykoeducation er undervisning, hvor patienter enten i gruppe eller individuelt får undervisning i sygdom og mestrings af denne.

I retningslinjen ”*Vurdering af bivirkninger ved brug af antipsykotisk medicin*” henvises til Sundhedsstyrelsens ”Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykotiske lidelser” (Enhed for tilsyn, Sundhedsstyrelsen, 2007). Herfra anbefales, at den behandlingsansvarlige læge løbende monitorerer patienter, der behandles med antipsykotisk medicin ud fra følgende ”minimums”-tidsmæssige intervaller: Ved start af behandling, efter 2, 4, 8 og 12 uger og ved længerevarende behandling mindst en gang årligt. Monitoreringen indeholder følgende parametre: Måling af vægt og højde, udregning af BMI, måling af taljeomfang, måling af blodtryk, måling af HbA1c og lipider samt optagelse af EKG. Efterfølgende skal lægen ifølge vejledningen tage stilling til den fortsatte medikamentelle behandling.

Ifølge retningslinjen ”*KRAM-screening og KRAM-intervention*” er der fire trin, der skal følges, hvilke nærmere indeholder: 1) ”KRAM-screening”, hvor der skal indhentes oplysninger om de fem helbredsmæssige risikofaktorer: Overvægt, undervægt, rygning, alkohol og motion. Hvis der registreres mindst en risikofaktor, fortsættes til trin 2-4. Trin 2 omhandler ”intervention”, der som ”*minimum er et tilbud om information til patienten om, hvordan den aktuelle livsstil kan påvirke sygdommen...informationen kan gives i sammenhæng med forebyggelsessamtaler²⁸ og/ eller skriftlig information*”. Trin 3 omhandler ”registrering” af resultater og intervention og trin 4 består af ”formidling” af resultater og intervention til epikrise og evt. kommunale instanser.

Opsummerende indgår fysisk helbred i flere forskellige typer af kliniske opgaver. Flere opgaver gentages i forskellige retningslinjer, uden at det er synligt, hvorvidt oplysninger fra den ene procedure koordineres ift. andre. Det fremgår ikke, om der er retningslinjer, der vurderes som vigtigere end andre, og der synes heller ikke at være ét dokument, der giver et samlet overblik over, hvilke dokumenter man skal forholde sig til, hvis man systematisk ønsker at dække og intervenere på alle områder i relation til det fysiske helbred. Samlet set udgør de kliniske opgaver i relation til fysisk helbredshåndtering en del af behandlingsplanen, og indeholder:

- 1) Somatisk undersøgelse, diagnosticering og behandling (ikke nærmere defineret)
- 2) Forebyggelse og behandling af metabolisk syndrom
- 3) Psyko-education
- 4) Bivirknings-håndtering

²⁸ Forebyggelsessamtaler beskrives nærmere i KRAM-retningslinjen, hvor den anbefales at tage udgangspunkt i metoden ”Den motiverende samtale”. Formålet med forebyggelsessamtaler er: ”dels at udrede og løbende øge den enkelte patients motivation, tilbyde viden samt at støtte den enkelte patient i at forbedre den sundhedsmæssige risikoadfærd”.

5) KRAM screening, rådgivning/forebyggelsessamtaler, registrering og formidling.

Ovenfor er de kontekstuelle forhold omkring OP-teams præsenteret. I det følgende afsnit introduceres nærmere de konkrete empiriske kilder, der indgår i dataindsamlingsprocessen for henholdsvis Subcase I og II.

Empiriske kilder – Subcase I

Både ledelses-, psykiater- og casemanagerrollerne er af særlig interesse i Subcase I-studiet. Der indhentes viden om, hvordan disse grupper som institutionelle repræsentanter for OP-team-praksis perspektiverer fysisk helbredshåndtering. Opmærksomheden er rettet mod både de respektive aktørers perspektiver, og hvordan disse perspektiver influerer og indgår i hvordan fysisk helbredshåndtering nærmere identificeres og defineres på institutionelt niveau.

De empiriske kilder i Subcase I består som tidligere beskrevet af den nærmeste ledelse ift. til OP-teams samt psykiatere og casemanagers, der tilsammen udgør OP-teams. Tabellen nedenfor illustrerer antal deltagere, og hvordan de indgik ift. hvilke datagenereringsmetoder der anvendes ved undersøgelse af Subcase I.

Empirisk kilde-Subcase I	Semistrukturerede interview	Fokusgruppeinterview
Leder-repræsentanter (2)	X	
Psykiater-repræsentanter (3)	X	X (1 ud af 3 mulige)
OP-team A		X (7 ud af 10 mulige)
OP-team B		X (4 ud af 4 mulige)
OP-team C		X (5 ud af 10 mulige)

Tabel 4 Empiriske kilder og metoder i Subcase I

Til ledelsesrepræsentants deltagelse blev der af klinikledelserne udpeget en repræsentant fra hver af de to respektive klinikledelser²⁹.

²⁹ Af hensyn til anonymitet præsenteres de to kliniklederrepræsentanter ikke nærmere. Forinden og undervejs i den periode, hvor datagenerering finder sted, sker der omrokeringer på klinikledelsesniveau. Dette betyder, at tilknytningsvarigheden mellem den enkelte ledelsesrepræsentant og konkrete OP-teams er forskellig.

Til afdækning af de kontekstuelle forhold i relation til, hvordan fysisk helbredshåndtering praktiseres i interaktioner mellem patienter og fagprofessionelle indenfor OP-team konteksten, udgør OP-team-aktører og deres interne samarbejde med hinanden en central empirisk kilde. I den sammenhæng tilrettelægges fokusgruppinterviews med de tre respektive OP-teams. Alle fagprofessionelle blev inviteret til at deltage, men i praksis indgik i alt 16 ud af 24 mulige.

Formelt indgår psykiatere som en af flere tværfaglige professioner i teamet, men har også som tidligere beskrevet en funktion, der afviger væsentligt fra casemanagerfunktionen. Derfor blev de både inviteret med til deltagelse i fokusgruppinterviews og invitereret til deltagelse i individuelle semistrukturerede interviews, da kun en ud af tre deltog i fokusgruppinterviews³⁰. Selvom psykiatere ligesom casemanagers har direkte kontakt og interaktioner med patienter og derfor kunne indgå som empirisk kilde til Subcase II, inkluderes de kun som selvstændig empirisk kilde til Subcase I, fordi de i overvejende grad yder behandling igennem samarbejdet med casemanagers.

Empiriske kilder – Subcase II

Til undersøgelse af Subcase II, hvor fysisk helbredshåndterings-fænomenet undersøges i den kontekst, hvor casemanagers interagerer med patienterne, udgør de empiriske kilder seks casemanagers og seks patienter, som samlet set består af seks dyader. Rekrutteringsprocessen, og hvorfor det netop bliver seks dyader, omtales nærmere i afsnit 4.3.3. De overordnede inklusionskriterier for henholdsvis patient- og fagprofessionel-grupperne præsenteres i tabellen nedenfor.

Deltagere	Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Patientgruppen	Både mænd og kvinder fra 18-60 år, der i mindst ½ år har været, og som forventes at være, i længerevarende ambulante behandling (min. 1 år) i OP-teams. Informeret samtykke	Mentalt retarderet, dement eller andre relevante hjerne-dysfunktioner Deltagelse frarådes af personale af sikkerhedsmæssige årsager Ophævelse af informeret samtykke
Casemanagergruppen	Ansæt i OP-teams	Stopper i jobbet indenfor 1-2 måneder

³⁰ Af hensyn til anonymisering, præsenteres disse ikke nærmere.

	Har mindst 6 måneders erfaring i psykiatrisk behandlingskontekst	
	Informeret samtykke	

Tabel 5 Inklusions- og eksklusionskriterier for dyade-deltagere

Patient- og casemanagerdeltagere

Den endelige patientgruppe, der indgår i Subcase II, består af seks personer. Hvad der overordnet set kendetegner disse seks deltagere i patientgruppen, fremgår af tabeloversigten³¹ nedenfor. De introduceres nærmere i afsnit 6.2.

Navn	Ann	Tim	Dicte	Jeppe	Isak	Hjalte
Alder	+40	+45	+40	+25	+20	+30
Psykiatrisk diagnose	F25.9 psykose, skizo-afektiv psykose	F20.0 paranoid skizofreni. F10.2 alkoholafhængigheds-syndrom	F20.3 skizofreni udifferentieret	F20.0 paranoid skizofreni. F90.0 forstyrrelse af aktivitet og opmærksomhed Z04.60 dom til psykiatrisk behandling.	F20.0 skizofreni uspecificeret	F20.0 paranoid skizofreni, F12.2 cannabisafhængigheds-syndrom, Z04.61 dom til psykiatrisk behandling
Fysisk helbred: Risikofaktorer, somatiske symptomer	Overvægtig Forhøjet kolesteroltal Hypertension Astma bronchiale AK-	Overvægtig Rygning Fysisk inaktiv Lungefibrose Tarmdivertikler Knæpro-	Rygning Fysisk inaktiv Væske i kroppen	Overvægtig Rygning Fysisk inaktiv	Rygning, Fysisk inaktiv	Skiftevis røgfri og ryger. Skiftevis fysisk aktiv og inaktiv i dataindsamlingsperioden. D-

³¹ Alle navne er anonymiserede. Alder er sløret i form af, at den oplyses inden for femårsintervaller. Oplysninger er hentet fra enten den nyeste behandlingsplan i patientgruppens psykiatriske behandlingsjournal, kontakt med lægesekretær og/eller fra samtaler og deltagelse i patientgruppens hverdagsliv.

og/eller diagnoser	behandling Diabetes II	blem Vandcyster på begge nyrer				vitamin- mangel.
Boligform	Lejet hus	Lejlighed	Lejlighed	Lejlighed	Klubvær- else	Lejlighed
Civilstatus	Gift	Bor alene	Bor alene, ser mindreårig tvangsfjern- et søn hver 14. dag	Bor alene, men har hyppigt besøg af kæreste. Ser mindreårig søn x 1 pr. mdr.	Bor alene, men tæt på mor og søskende	Bor alene
Erhvervs- status	Førtids- pension	Førtids- pension	Førtids- pension	Førtids- pension	Kontant- hjælp	Førtids- pension
Behand- ling i OP- team	4 år	6 år	3 år	3 år	2 år	4 år
Behand- lings- hyppighed	Besøg af caseman- ager ca. x 1 time ugentlig + ad hoc telefonisk/ SMS kontakt	Besøg af caseman- ager 1-2 gange ugentlig i ½ til 1 time + ad hoc telefonisk/ SMS kontakt	Besøg af caseman- ager x 1 time pr. uge + ad hoc telefonisk/ SMS kontakt	Besøg af caseman- ager x ½-1 time ugentlig + ad hoc telefonisk/ SMS kontakt. Besøg af psykiater ca. hver anden måned.	Besøg af caseman- ager 1-2 gange ugentlig i ca. 1 time + ad hoc telefonisk/ SMS kontakt	Besøg af caseman- ager x 2-2½ timer ugentlig + ad hoc telefonisk/ SMS kontakt. Besøg af psykiater ca. hver anden måned
Øvrig formel behand- ling/støtte	Bostøtte hver 14. dag. Hjemme- sygepleje	Bostøtte x 2 timer ugentligt med 2 forskellige	Telefonisk kontakt med bostøtte hver 14.	Fremmøde på misbrugs- center x 3 ugentlig	Bostøtte x 5 timer ugentlig med samtidig	Kontakt med Kriminal- forsorgen

	hv. 14. dag. Ugentligt besøg i støttecenter . Fysisk træning x 2 ugentlig i lokalt ældrecenter	bostøtte- medarbejdere	dag. Besøger psykiatrisk støttecenter et par gange ugentlig	mhp. medicinering Kontakt med Kriminalfor-sorgen ca. x 1 månedligt	fremmøde af 2 bostøttemedarbejdere. Henter dgl. medicin på lokal sygeplejeklinik.	ca. x 1 månedligt
--	---	---------------------------	--	--	--	-------------------

Tabel 6 Demografiske data, dyadepatienter

Som tabellen nedenfor illustrerer, er de inkluderede seks dyadepatienter i overvejende grad repræsentative ift., hvad der mere generelt kendetegner denne patientgruppen i OP-team-regi i dansk kontekst.

Sociodemografiske forhold	Generelle kendetegn for patienter i OP-team behandling ³²	Specifikke kendetegn ved de seks inkluderede patientcases
Køn	50/50	68% mænd og 32 % kvinder
Alder	41 år	36 år
Civilstatus	80% bor alene, 20% gift	83% bor alene 17% gift
Erhvervsstatus	80% fortidspension	85% fortidspension
Kommunal bostøtte	60%	68%
Dom til behandling	10-20%	33%

Tabel 7 Patientmålgruppen sammenlignet med generelle sociodemografiske forhold

Selvom de seks inkluderede patienter overvejende er repræsentative, er der dog en mindre overrepræsentation af mandlige patienter, en overrepræsentation af patienter

³² Tallene er hentet fra sociodemografiske data på 240 patienter i OP-team-regi i dansk kontekst fra en undersøgelse af patient-sammensætningen (Aagaard, 2014).

med dom til behandling, og endelig er de inkluderede patienter lidt yngre end gennemsnittet.

I tabellen nedenfor præsenteres de seks casemanagers, der indgår i patient-casemanager³³-dyaderne, inklusiv hvilke patienter de er casemanager for.

Navn	Alder	Ansættelse i OP-team-regi	Psykiatri-ansættelsesdebut	Casemanager for:
Else	+55	2010	2010	Ann
Rita	+50	2008	1996	Tim
Anni	+50	2009	1997	Dicte
Jette	+45	2009	2006	Jeppe
Gunvor	+50	2008	1997	Isak
Sanne	+55	2009	1996	Hjalte

Tabel 8 Demografiske data, dyadecasemanagergruppen

Overordnet set er inkluderede casemanagers kendetegnet ved, at de alle er kvinder og har mindst 7 års erfaring med psykiatri-fagligt arbejde samt mindst 3 års erfaringer med arbejdet som casemanager i OP-team-regi.

Opsummerende har dette kapitel præsenteret afhandlingens teoretiske blik, casestudiedesignet, ideen bag OP-teams og casens konkrete kontekstuelle forhold. Endelig er også de konkrete empiriske kilder, der udgør datamaterialet til henholdsvis delanalyse af Subcase I og II, introduceret. Næste kapitel indeholder beskrivelsen og refleksioner omkring valg af de konkrete metoder, der er anvendt til både datagenerering og analysen, samt beskrivelsen af hvordan det processuelt fandt sted.

³³ Fagidentitet oplyses ikke af hensyn til anonymitet, men iblandt er der tre forskellige fagprofessioner repræsenteret.

Kapitel 4. Datagenererings- og analysemetoder

4.1. Indledning

Dette kapitel indeholder overordnet set beskrivelser af de metoder, jeg bruger dels til datagenerering og dels til analysen. Første afsnit beskriver de dataindsamlingsmetoder, jeg har anvendt. Herefter følger en beskrivelse af datagenereringsprocessen i relation til henholdsvis datagenerering vedrørende Subcase I og II. Dernæst følger et afsnit, der omhandler diverse etiske overvejelser og udfordringer undervejs i datagenererings- og analyseprocessen. Til sidst følger et afsnit med nærmere præsentation af analysemetoder, samt hvordan jeg har anvendt dem under analyseprocessen.

3.2 Datagenereringsmetoder

Den overordnede intention og strategi for datagenereringsprocessen er at producere datamateriale, der belyser fysisk helbredshåndterings-fænomenet så nuanceret som muligt og i de naturlige kontekster, det forekommer i. Nedenfor præsenteres en samlet oversigt over, hvilke metoder der anvendes i relation til de respektive empiriske kilder, der indgår i henholdsvis Subcase I og II. Tallene i parentes relateres til antal gange, metoden er anvendt ift. til den konkrete empiriske kilde.

Empirisk kilde	Metode Subcase I	Metode Subcase II
Lederrepræsentanter	Semistrukturerede interviews (2)	
Psykiatere	Semistrukturerede interviews (3)	Deltagende observationer (3)
Casemanagers ³⁴	Fokusgruppeinterviews (3) samt indledende observationer af både OP-team behandlingsmøder og patientbesøg (19 dage)	Deltagende observationer (22 dage), semistrukturerede interviews (5) og post-situationelle interviews (18)
Patienter		Deltagende observationer (50 dage), semistrukturerede interviews (11) og post-situationelle interviews(19)

³⁴ Ud af de seks fagprofessionelle, der indgår som dyaderepræsentanter i Subcase II, indgår fire af dem også som empiriske kilder i fokusgruppeinterview under Subcase I.

Patient-fagprofessionel samspilssituationer		Deltagende observationer (22 dage) Lydoptagelser af samspil (5)
Journalnotater		Dokumentanalyse af journalnotater fra de seks dyadepatienter, begrænset til behandlingsplaner og notater skrevet i relation til de konkrete situationer, der er observeret.

Tabel 9 Anvendte undersøgelsesmetoder i Subcase I og II

I de følgende underafsnit præsenteres nærmere de anvendte datagenereringsmetoder. Metoderne præsenteres i den rækkefølge, de processuelt blev taget i anvendelse.

4.2.1 Interviews

Både til undersøgelse af henholdsvis Subcase I og II anvendes interviewmetoden. Selvom interviews som forskningsmetode både indgår som et aspekt af observationsmetoden, som jeg præsenterer i et senere afsnit, og i fokusgruppemethoden, der beskrives i næste afsnit, så betragtes interviewmetoden også som en selvstændig kvalitativ metode. Til forskel fra fokusgruppemethoden undersøges med interview den interviewedes meningsproduktion og den viden, der skabes i interaktioner med interviewer, hvor fokusgruppemethoden i større omfang producerer meninger skabt mellem de interviewede. Ifølge Järvinen (2005) har interviews ud fra et interaktionistisk perspektiv til formål både at undersøge *meningsproduktion*, altså hvordan interviewpersonen udtaler sig, og *meningsindholdet* som omhandler, hvordan interviewpersonen anvender sproget og i det hele taget skaber den sociale virkelighed i interviewsituationen sammen med intervieweren (Järvinen, 2005; Miller & Rollnick, 2009). Interviewet er ”*et møde, hvor (mindst) to sæt af forudsætninger, holdninger og interesser brydes med hinanden. Interviewets materiale er et resultat af dette møde*” (Järvinen, 2005: 29). Interviewet er således ikke en ”tapning” af interviewpersonens subjektive erfaringer, men et resultat af et socialt møde, hvor erfaringer bliver fortolket i interaktioner mellem de to parter, og mening bliver skabt i situationen (Järvinen, 2005: 29-30). Interviewet er dog ikke at forstå som en åben og fri dialog mellem ligestillede, men som en samtale, hvor der ofte kan være et asymmetrisk magtforhold, hvor begge parter og især interviewer forsætligt eller uforsætligt kan udøve magt eller modmagt i form af fx at deltage med en skjult dagsorden (Kvale & Brinkmann, 2009: 51-52).

Interviewmetoden anvendes undervejs i hele datagenereringsforløbet. I overvejende grad anvendtes ”det aktivt konfronterende interview” (Kvale & Brinkmann, 2009: 55; Kvale, 2014: 47). Dette indebar, at jeg, udover at være forberedt med i forvejen udarbejdede semistrukturerede interviewguides³⁵, positionerede mig i interviewsituationen som relativt kritisk i form af, at jeg udfordrede interviewpersonerne, bl.a. for at afdække underforståede antagelser eller udfordre modsigelser. Denne fremgangsmåde var anvendelig, uanset om jeg interviewede ledere, patienter, psykiatere eller casemanagers. Min overvindelse og tryghed ved at bruge denne metode ift. ledere, psykiatere og casemanagers tilskriver jeg dels mit forhåndskendskab til organisationen, og dels at jeg havde mødt alle deltagere i tidligere situationer. I relation til patientgruppen havde jeg også, inden denne interviewform blev taget i anvendelse, oparbejdet en vis gensidighed og tryghed ved min tilstedeværelse som deltagende observatør i deres hverdagsliv. I denne sammenhæng og som led i deltagelse i patienternes hverdagsliv og i samspilssituationer med fagprofessionelle erfarede jeg, at de mere eller mindre direkte sagde fra eller undveg, hvis de ikke ønskede, at jeg skulle deltage, eller ikke ønskede at udtale sig. Derfor oplevede jeg, at jeg trygt kunne forsøge at udfordre dem, uden at det blev uetisk. Pointen og det frugtbare bag denne tilstræbelse efter at udforske konflikter, brud og modsigelser i interviewsituationer var ikke, som også Tanggaard (2014) beskriver, at skabe konflikter, men de bagvedliggende intentioner om at opnå reflekterende interaktioner og som følge deraf opnå uddybende forståelser af logikker bag de frembragte perspektiver og tolkninger (Tanggaard, 2014: 70).

Interviewmetoden blev anvendt i de situationer, hvor det ikke var muligt af enten tids-, ressource- eller adgangsmæssige forhold at lave deltagende observationer. Desuden blev metoden anvendt, når metoden blev vurderet til at kunne bidrage med supplerende viden ift. netop den udvalgte interviewpersons særlige position og perspektivering på fysisk helbredshåndtering. Idet jeg metodologisk tager det situationelle aspekt bogstaveligt, udviklede jeg også den særlige form for interview, som jeg kalder for post-situationelt interview. Denne interviewform præsenteres senere i sammenhæng med, at jeg beskriver datagenereringsprocessen omkring patient-casemanager interaktionssituationerne i afsnit 4.3.3.

³⁵ Der blev udarbejdet særskilte semistrukturerede interviewguides til henholdsvis leder-, psykiater-, casemanager- og patientinterviews. Disse blev udviklet dels på baggrund af metodelitteratur samt vidensgenerering i relation til udarbejdelse af litteraturreviewet i kapitel 2. I relation til Subcase II blev de semistrukturerede interviewguides også udviklet på baggrund af generet viden fra deltagende observationer.

4.2.2 Fokusgruppeinterviews

Anvendelsen af fokusgruppeinterviewmetoden bidrager til at generere data i forhold til besvarelse af det første forskningsspørgsmål om, hvordan fysisk helbredshåndtering ud fra et institutionelt perspektiv defineres på tværs af centrale aktører i den psykiatriske behandlingspraksis. Ud over dette var formålet også, idet det lå relativt tidligt i datagenereringsforløbet, at opnå øget kendskab til felten, herunder at opnå casemanagers tillid og adgang til at følge dem i deres daglige arbejde samt at få adgang til patientgruppen via deres position som gatekeepers.

Basalt set er et fokusgruppeinterview et interview af en gruppe, hvor gruppen og interaktionerne imellem interviewpersonerne er det centrale redskab og udgangspunkt for datagenerering (Bloksgaard & Andersen, 2012: 27). Med intentionen om at producere empirisk data på gruppeniveau, som er det niveau, hvor det sociale liv udspiller sig omkring holdninger og sociale handlinger relateret til, hvordan håndtering af fysisk helbred perspektiveres, er anvendelse af fokusgruppeinterview velegnet. Styrkerne ved anvendelse af fokusgruppeinterviews er netop, at gruppeprocesser, grupperes fortolkninger, interaktioner og normer producerer koncentreret data og viden om kompleksiteter i sociale praksisser og betydningsdannelser (Halkier, 2010). Selvom der kan være forskellige formål med at studere interaktioner fra fokusgruppeinterviews (Morgan, 2010), er formålet her gennem gruppedynamikker at frembringe viden om, hvordan fysisk helbredshåndtering defineres og giver mening i interaktioner mellem OP-team-medlemmer.

Med henblik på yderligere at kvalificere datagenereringen tilrettelægges fokusgruppeinterviewene med udgangspunkt i Merton et al.'s (1990) principper om at opnå et så ”fokuseret interview” som muligt. Disse principper omhandler: 1) at deltager er involveret i bestemte situationer og har bestemte erfaringer, 2) at forsker har et vist kendskab til mønstre og processer i den kontekst, der undersøges, 3) denne baggrund anvendes til udarbejdelse af en interviewguide, og endelig 4) at interviewguiden er fokuseret på at producere data fra deltageres nutidige interaktioner med hinanden om retrospektive erfaringer og perspektiveringer på fysiske helbredshåndteringspraksisser. Disse principper bidrager til, at der genereres data med en kvalificeret retrospektion, som kan anvendes mhp. både at fremkalde umiddelbare reaktioner på situationer og den aktuelle reaktion på dette, som således er mere end at genkalde sig situationen (Merton, Fiske, & Kendall, 1990). En ulempe ved anvendelse af fokusgruppeinterviews er, at der kan mangle adgang til informanternes sociale kontekster. Dette tages der delvist højde for i denne sammenhæng, da fokusgrupperne netop er sammensat og består af deltagere fra de vante kollegiale kontekster i de respektive tre deltagende OP-teams (Halkier, 2010).

Merton (1990) anbefaler, at fokusgruppedeltagere udpeges i forhold til at være ens socialt og intellektuelt ud fra argumentet om, at jo mere ensartede gruppedeltagere, jo

mere produktive data får man, og omvendt jo mere forskellige uddannelsesmæssige baggrunde, jo dårligere data får man (Merton et al., 1990). Morgan (1997) punkterer dette argument med, at der netop kan være fordele ved interviews, hvor "taking for granted"-udtalelser vil være fremtrædende iblandt deltagere, der kender hinanden godt (Morgan, 1997: 38). Da formålet med fokusgruppeinterviewet netop er at producere data om eksisterende normer, værdier, vaner og rytmer, betragtes en fokusgruppesammensætning af deltagere, der kender hinanden godt, som fordelagtig og repræsentativ for en relevant gruppedynamik i koncentreret form. Velvidende, at der kunne være en social og uddannelsesmæssig ulempe ved at invitere alle OP-team-medlemmer inklusiv psykiatere til at deltage, hvilket blev virkelighed i en ud af de tre fokusgruppeinterviews, vurderedes det ikke i praksis at mindske hverken tryghed eller dynamikken i gruppen – tværtimod.

Afgørende for tilrettelæggelsen af fokusgruppeinterviews er også overvejelser om, hvorvidt det omhandler følsomme emner for de involverede, hvorvidt det kan rummes i fokusgruppeinterviewssituationen, samt at deltagere ikke føler, at deres grænse for legitime emner overskrides (Morgan, 1998: 50). I overvejende grad oplevedes det ikke som værende et problem, men i få tilfælde grænsede det op til at være et for følsomt emne. Den ene situation drejede sig om, at en deltager reagerede frustreret på en kollega, fordi vedkommende i generelle termer fremkom med en pointe om, at fagpersoners praksis omkring patientrettede fysiske helbredshåndteringer kunne være forskellige, fordi det kunne have en afsmittende betydning, hvordan den enkelte fagprofessionelle håndterede egne fysiske helbredsrelaterede problematikker. En anden situation drejede sig om, at fokusgruppesammensætningen undervejs bar tydeligt præg af, at der var en relativt nyansat i teamet. Det var derfor ikke emnet som sådan, der grænsede op til at kunne være illegitimt, men at emnet eksponerede vedkommende ift. indimellem at have væsentligt anderledes holdninger eller reaktioner ift. teamets perspektiveringer på emnet i øvrigt. Derved blev fokusgruppe-situationen også til en form for forhandling om tilhørsforhold for denne deltager.

4.2.3 Deltagende observationer

Overordnet set er deltagende observationer den vigtigste datagenereringsmetode i undersøgelsen af Subcase II og i relation til at besvare forskningsspørgsmål 2 og 3. Til besvarelser af disse spørgsmål, der omhandler, hvordan fysisk helbredshåndtering indgår i patient-fagprofessionel-interaktioner, og hvordan disse interaktioner muliggør eller begrænser det fremadrettede handlerum for fysisk helbredshåndtering, giver deltagende observationer mulighed for både at få indsigt i det, der tages for givet i patient-fagprofessionel-samspillet, og som feltarbejder på egen krop at mærke, hvordan det er at være til stede i de situationer, der udspiller sig. Dette anser jeg som et bedre metodevalg end at kopiere Carsson et al.'s (2010) metodevalg i deres samspilsstudie, som jeg beskriver i kapitel 2. De anvender videooptagelser og mangler derfor det erfaringsbaserede aspekt, man får med som forsker som deltagende observatør i

situationen, hvilket også er anvendeligt til at kvalificere de spørgsmål, der stilles i det postsituationelle interview.

Med afsæt i den symbolsk interaktionistiske epistemologi og forståelsen af, at viden udspringer af praktiske udvekslinger og processer, er etnografi og deltagende observationer et svar på de relaterede metodologiske betingelser for denne forskningstilgang (Rock, 2001: 30). Deltagende observationer kan defineres som en *”forholdsvis intens social interaktion mellem forskeren og de subjekter, han eller hun studerer i subjekternes eget sociale miljø”* (Kristiansen & Krogstrup, 1999: 7). Deltagende observationer er en dobbeltrolle. Hvor *deltagelse* er et middel til at finde den subjektive logik i den empiriske verden, man vil studere og lære noget af, er *observatør*-rollen en *”outsider”*-rolle, der gør sig naiv, nysgerrig og afprøvende ift. gennem interaktioner med felten at nå målet, herunder at reproducere subjektiv viden (Rock, 2001: 32). Når man som forsker træder ind i feltens omgivelser, er omgivelserne ikke længere naturlige i forståelsen *”det uspolerede”*, og rollen kan som led i en forhandling med omgivelserne skulle balancere mellem nærhed og distance og skifte mellem total og partiel deltagelse (Kristiansen & Krogstrup, 1999: 20, 54). Som forsker får jeg med deltagende observation ikke førstehåndsviden, men med den eksplorative tilgang formes *”afbildninger”* af den empiriske verden, som kan afprøves eller forkastes undervejs i den cirkulære proces mellem interaktioner, jeg i feltarbejdet indgår i, og analyseprocessen. Dette er også identisk med det som Blumer (1986) beskriver som vekselvirkning imellem eksploration og inspektion (Blumer, 1986: 46).

Formålet med anvendelsen af deltagende observation som metode er at generere datamateriale, der kan tilføre viden om det, som, Hastrup (2011) samlet set beskriver, omhandler *”fremtrædende handlinger og begivenheder”*, *”underforståede fænomener”* og *”mønstre”*, der skaber det undersøgte fænomen (Hastrup, Rubow, & Tjørnhøj-Thomsen, 2011: 33-34). Dette stemmer også overens med, at formålet med observationsstudier inden for det interaktionistiske design er at studere sociale aktiviteter og processer med fokus på interaktions-sekvenser og meningstilblivelsesprocesser mhp. at udlede, hvordan der produceres genkendelige mønstre i den sociale verden, der er genstand for studiets kontekst (Järvinen & Mik-Meyer, 2005: 97).

Den empiriske ramme for observationsstudierne består overordnet set i at anvende deltagende observationer i de naturlige kontekster og specifikke situationer, hvor de seks patient-fagprofessionel-dyader interagerer. Derudover anvendes observationsmetoden ved deltagelse i fagprofessionelles daglige arbejde og deltagelse i patienternes hverdagsliv. I en overgangsfasen mellem Subcase I og II-undersøgelserne blev metoden anvendt til at opnå viden om felten, adgang og til at rekruttere deltagere. Feltnoter udarbejdet fra disse overgangs-observationsstudier indgår kun i begrænset omfang som materiale i analysearbejdet, men anvendes indirekte til beskrivelse af datagenereringsprocesserne, som beskrives nærmere nedenfor. Ligesom Hastrup (2011) beskriver det, oplevede jeg tilsvarende, at strategien for den deltagende observation

udviklede sig over tid, hvor min deltagelse i forskellige situationer gik fra at være en meget åben ”opdagelsesrejse” til efterhånden at blive en mere og mere fokuseret deltagelse (Hastrup, Rubow, & Tjørnhøj-Thomsen, 2011: 61).

Centrale baggrundsspørgsmål, der fulgte mig i det praktiske forskningsarbejde som deltagende observatør, var bl.a.: Hvad er det, deltagerne i den konkrete situation skaber sammen? Hvad karakteriserer fællesskaberne og den fælles situation? Er der skjulte mønstre? Hvilke regler og antagelser organiserer og strukturerer samspillet? Og hvordan etableres den sociale orden i praksis? Med inspiration fra Warming (2007) tilstræbte jeg kontinuerligt både under forberedelse, undervejs i feltarbejdet og efterfølgende ved feltnoteskrivning at have min opmærksomhed på følgende dimensioner: Min deltagerposition, herunder graden af åbenhed, skiftende imellem at være observatør som deltager/deltager som observatør, varighed og densitet af observationsstudiet (timer til hele dage), graden af fokuserethed i observationerne (snævert/udvidet fokus på fysiske helbredsrelaterede dimensioner), de sanser som sættes i anvendelse, samt hvordan observationerne objektiviseres og videnskabeliggøres (Warming, 2007: 316).

Personcentreret etnografi

I mange af de situationer, hvor jeg er deltagende observatør, er der kun patienten ud over mig som feltarbejder til stede. Et overvejende dilemma kunne være, at det ifølge Kristiansen & Kroghstrup er vanskeligt at lave gyldige vurderinger af, hvem der påvirker hvem, når der er under tre deltagere (Kristiansen & Kroghstrup, 1999: 149). Omvendt kan det, som Larsen (2003) beskriver, skærpe opmærksomheden på, hvordan det enkelte individ oplever at ”være i verden” og dermed muliggøre, at man som deltagende observatør kan gøre sig subjektive erfaringer med at indgå i de kulturelle processer, der finder sted i hverdagslivet. Denne tilgang kalder Larsen (2003) for ”personcentreret etnografi” (Aggergaard Larsen, 2003: 250). Uanset om metoden anvendes ved en eller flere fysisk tilstedeværende aktører i situationen, kan der i en given situation indgå *forestillede fællesskaber*, der influerer på situationen (Hastrup, 2003: 25). Ligesom fysisk tilstedeværende aktører kan påvirke og modificere tanker og handlinger, kan ikke-fysisk tilstedeværende også påvirke en given situation. Dette fænomen indgår også i Clarkes (2005) situationelle analysestragi og omtales som ikke-implicerede aktører, hvilket nærmere præsenteres og indgår i analysen i afsnit 5.2.

Ved anvendelse af deltagende observationer til at opnå viden om patienters hverdagsliv, fokuseres der på aspekter af generel betydning for fysisk helbredshåndtering og specifikt ift. samspillet med casemanager omkring fysisk helbredshåndtering. Selvom konteksten, hvor patient-fagprofessionelt samspil finder sted i overvejende grad er patienters hjemmemiljø, vil også institutionelle forhold kunne influere og have betydning i de kollektive handlemønstre mellem patienter og casemanagers. Disse sidstnævnte kontekstuelle forhold og strukturelle repræsentationer, som casemanagers bringer med ind i samspilssituationerne med patienterne, fremanalyseres dels fra

Subcase I-analysen, dels fra interviews med casemanagers og dels fra de konkrete samspilssituationer.

Under feltarbejdet i patienternes hverdagsliv udarbejdede jeg en bestemt fremgangsmåde, som jeg løbende anvendte ved alle seks patient-forløb. Fremgangsmåden anvendte jeg mhp. at efterstræbe, at jeg for patientgruppen forblev så gennemsigtig, forudsigelig og tillidsvækkende som muligt. Disse ”arbejdspunkter” var følgende:

- 1) Ekspliciterer min rolle som ”den opdagelses rejsende”, som gerne vil lære og indleve mig i XX’s hverdagsliv.
- 2) Udleverer skriftlig information om projektet samt taler kontinuerligt om betingelser for deltagelse, anonymitet og frivillighed. Udleverer ”Informeret samtykke-erklæring” og taler om dens betydning.
- 3) Indhenter sociodemografiske data, ved at vi sammen tegner og skriver på papir samtidig med, at XX fortæller, og jeg spørger ind.
- 4) Afmystificerer og indgår i gensidige refleksioner og forhandlinger om, hvad det vil sige, at jeg deltager i patienters hverdagsliv. Fx italesættes mulige måder, jeg kan deltage på som enten aktiv deltagende i fx madlavning/indkøb eller som værende ”passivt” til stede, mens vi fx ser fjernsyn. Feltarbejdet kan være kortvarigt eller længerevarende, alt efter hvilke aktiviteter der er ”på programmet”, eller som XX ønsker eller orker, at jeg deltager i ift. den aktuelle dagsform og dagsprogram.
- 5) Spørger ind/er nysgerrig på muligheder for deltagelse i interessante situationer.
- 6) Anvender fem ”pap-kort”, hvorpå der står almindeligt anvendte begreber om fysisk helbred: ”helbred”, ”sundhed”, ”KRAM”, ”livsstil” og ”vaner”, som udgør et konkret udgangspunkt og en ramme for at samtale om fysisk helbredshåndtering.
- 7) Italesætter viden om svingende dagsform = min fleksibilitet.
- 8) Italesætter jævnlige afgrænsningsmuligheder ift. hvor meget af livsverden, jeg behøver at involveres i.

Generering og bearbejdning af data er to sider af samme sag, idet data er et produkt af forskers deltagelse og refleksioner over konkrete situationer. Deltagende observation

kan også beskrives som en yo-yo-bevægelsesproces, hvor jeg ”fremme” i felten primært observerer og deltager og sekundært tager noter eller lydoptagelse, og når jeg er trukket ”tilbage” og væk fra felten skriftliggør observationer og refleksioner parallelt med at aflytte/transskribere lydoptagelser og færdigbearbejde feltnoter.

Under alle heldags-feltdage hos patientgruppen blev der taget huske-noter undervejs. Disse noter lå hele tiden fremme og var tilgængelige, og patienterne blev opfordret til at læse og/eller kommentere på disse, hvis de havde lyst. Kun en patient benyttede sig af dette. Et par gange i løbet af dagen bad han mig læse højt, hvad jeg havde skrevet, hvor han efterfølgende kommenterede og supplerede ift. det, jeg havde nedfældet.

4.2.4 Dokumentanalyse

Dokumenter i form af patientjournaler giver indblik i sociale sammenhænge, hvor forskeren ikke har mulighed for at deltage, og giver viden om både den kontekst, hvori journalnotater produceres og benyttes (Hastrup et al., 2011: 112). Ifølge Lynggaard (2010) kan et dokument defineres som ”et sprog der er nedskrevet og fastholdt som sådan på et givent tidspunkt” (Lynggaard, 2010: 138), og som hensigtsmæssigt kan indgå i en analyse med det formål at ”kunne bidrage med data, som udtrykker det rationale, som dokumentet var udtryk for på tidspunktet for dets oprettelse” (Lynggaard, 2010: 140). Med hensigten om at triangulere med anvendelse af flere forskellige empiriske kilder til belysning af, hvad der foregår i patient-fagprofessionel samspilssituationer, supplerer jeg observationer og post-situationelle interviews med dokumentanalyser af journalnotater og behandlingsplaner. Jeg vælger kun at anvende de journalnotater, som casemanagers eller psykiater har udfærdiget i forlængelse af de konkrete 22 situationer, der indgår i studiet, samt de respektive dyade-patienters nyeste behandlingsplaner. Sidstnævnte blev også inkluderet, fordi det som tidligere beskrevet betegnes som et centralt redskab i ACT-modellen. Anvendelse af journalnotater bidrager således med datamateriale, der ud over de postsituationelle interviews beskriver aspekter af fagprofessionelles efterrationaliseringer og refleksioner omkring samspilssituationer med dyadepatienten. Hvad casemanagers skriftliggør eller ikke-skriftliggør fra samspilssituationer, kan desuden være et udtryk for, hvordan fysisk helbredshåndtering defineres forskelligt i ansigt til ansigt-interaktioner med patienter og i indirekte interaktioner med både kollegaer og patienter, der har adgang til disse data.

Dette var præsentationen af de fire datagenereringsmetoder, der anvendes i afhandlingens empiriske undersøgelse, herunder også en begrundelse af, hvorfor de anvendes, og til hvad. I det følgende afsnit præsenteres nærmere forløbet og processen omkring, hvordan datageneringsmetoderne kom i anvendelse.

4.3 Datagenereringsprocessen

Nedenfor beskrives først den overordnede sekventielle datagenereringsstrategi efterfulgt af afsnittene om henholdsvis datagenereringsprocessen ift. Subcase I og II, herunder adgang til feltet og rekrutteringsprocessen.

4.3.1 Sekventiel datagenerering

Jeg undersøger Subcase I før Subcase II, og denne rækkefølge er ikke tilfældigt valgt. Denne rækkefølge vælges på baggrund af rationale om, at overordnede og mere organisationsnære repræsentationer fra psykiatriorganisationen i højere grad transformeres, modificeres eller fastholdes på mikro-niveau i de mere frontstage og praksisnære kontekster end omvendt. Dermed ikke sagt, at disse processer ikke også finder sted i omvendt eller andre rækkefølger, men at det eksplicit er den antagelse, designet bygger på, og som studiet kan bidrage til at understøtte, problematisere eller evt. justere.

Inspireret af Grounded Theory's strategier i forhold til, hvordan den bedst egnede datagenereringsproces tilrettelægges, samt hvordan der efterstræbes datamætning og analytisk generaliserbarhed, er den sekventielle datagenereringsstrategi en vej at gå. For det første gennemføres interviews med leder-repræsentanter *før*, jeg laver fokusgruppeinterviews med OP-teams, fordi jeg dermed kan forfølge ledelsesmæssige perspektiver ift., hvordan de evt. forplanter sig ved medarbejdere. For det andet laver jeg fokusgruppeinterviews sekventielt og med en passende tidsmæssig afstand imellem hvert (en måned). Dette gør jeg mhp. at kunne lave indledende analyser af det foregående fokusgruppeinterview, inden jeg laver det næste, for at kunne justere interviewguiden og forfølge de emner, jeg anser som interessante og ønsker at diskutere i de efterfølgende fokusgruppeinterviews.

4.3.2 Subcase I – datagenereringsprocessen

Samlet set bliver datamaterialet fra lederrepræsentanter, casemanagers og psykiatere det, der anvendes til analysen mhp. besvarelse af forskningspørgsmål 1, som omhandler de psykiatri-organiserede repræsentanters perspektiver på fysisk helbredshåndtering. Yderligere anvendes denne samtidig opnåede viden om feltet også til at kvalificere både tilrettelæggelsen og forløbet af datagenereringsprocessen ved undersøgelsen af Subcase II, som beskrives i næste afsnit.

Nedenfor præsenterer jeg det tidsmæssige forløb for, hvornår og i hvilket omfang de respektive dataressourcer genereres i Subcase I-undersøgelsen.

Tidspunkt	Metode	Formål	Varighed
Februar 2013	Samtale	Forbesøg v. daglig leder af OP-team A	1 time
Marts 2013	Samtale	Forbesøg v. daglig leder af OP-team C (dækker også OP-team B)	1 time
30/4 2013	Semistruktureret interview	Leder L1	1½ time
13/5 2013	Fokusgruppeinterview	OP-team A	2 timer
13/6 2013	Fokusgruppeinterview	OP-team B	2 timer
16/5 2013	Semistruktureret interview	Leder L2	1 time
4/7 2013	Fokusgruppeinterview	OP-team C	2 timer
24/2 2014 og 24/3 2014	Semistruktureret interview og deltagende observationer	Psykiater S1	1 time og 3 timer delt.obs.
4/3 2014 og 4.-5/3 2014	Semistruktureret interview og deltagende observationer	Psykiater S2	1 time og 11 timer delt. obs
6/3 2014	Semistruktureret interview	Psykiater S3	1 time

Tabel 10 Tidspunkter og omfang for datagenerering, Subcase I

Samlet set forløber datagenereringsprocessen i relation til Subcase I over et år. Det relativt langstrakte forløb skyldes, at en stor del af tiden bruges til at opnå kendskab og adgang til felten og især ift. at rekruttere deltagere til undersøgelse af Subcase II.

Adgang til felten og rekrutteringsprocessen

Til undersøgelse af Subcase I var det generelt uproblematisk at rekruttere de relevante personer. Den største udfordring i denne fase var, at jeg i overvejende grad italesatte

det centrale fænomen, jeg undersøgte, som KRAM-faktorerne. Først efter afholdelse af de tre fokusgruppeinterviews, og fordi der var relativ stor modstand mod at tale om KRAM, herunder at jeg erfarede begrebets begrænsende indflydelse på et konstruktivt samarbejde mellem forsker og felt, ændrede jeg strategi. Jeg udvidede mit fokus til, at det centrale empiriske fænomen fremover blev italesat som patientgruppens fysiske helbred. Derved indikerede jeg et bredere perspektiv i felten, der kunne indeholde KRAM-begrebet, men ikke nødvendigvis. Dette viste sig at fungere som et sensiterende begreb i interaktioner med den empiriske verden, forstået således, at det i højere grad gav anledning til konstruktive refleksioner og interaktioner. Ifølge Kristiansen & Krogstrup (1999) kan adgang til felten være vanskeliggjort af, at forskers indtrængen kan tolkes som brud på sociale regler (Kristiansen & Krogstrup, 1999: 137), og at det derfor gælder om at opføre sig passende. Disse indledende erfaringer med modstand på KRAM-begrebet, var samtidig indledningen på analysearbejdet om, hvilke sociale regler min indtrængen og KRAM-begrebet kunne repræsentere en trussel for. Jeg nåede frem til, at KRAM umiddelbart signalerer ”det ekskluderede” i den lokalt konstruerede dikotomi mellem forebyggelse versus behandling, hvor begrebet fysisk helbred kulturelt set udgør et mere neutralt begreb.

Som udgangspunkt havde jeg ikke planlagt at udføre særskilte interviews med psykiatere. Men eftersom kun en ud af tre mulige psykiatere deltog i de afviklede tre fokusgruppeinterviews, og fordi de som behandlingsansvarlige har en central rolle i, hvordan fysisk helbredshåndtering dagsordensættes, valgte jeg at lave semistrukturerede interviews, der suppleres med deltagende observationer. Disse undersøgelser blandt psykiatere afvikledes i overgangsfasen, og inden jeg for alvor kom i gang med Subcase II-undersøgelsen. Derved opnåede jeg at have datamateriale om psykiater-perspektiver som baggrundsviden for opmærksomhedspunkter, som potentielt kunne transformeres ind i patient-casemanager-samspilsmønstrene i Subcase II-undersøgelsen.

Efter at jeg i Subcase I-undersøgelsen havde afholdt interviews med leder- og psykiaterrrepræsentanter og havde afviklede de tre OP-team-fokusgruppeinterviews, indledtes feltarbejdet. Med formålet om både at få nærmere kendskab til felten i sig selv og især at finde frem til, hvordan jeg metodisk og strategisk kunne få adgang til at generere data om patient-fagprofessionel interaktioner, lavede jeg introducerende deltagende observationer i to af de tre OP-teams. Desværre fik jeg ikke mulighed for at deltage i alle tre teams, fordi OP-team B sagde fra ift. videre deltagelse pga. personalemangel. Først deltog jeg en måned i OP-team A efterfulgt af ca. en måned i OP-team C's daglige arbejde. Disse indledende deltagende observationer fandt sted i OP-team A i perioden november-december 2013 og i OP-team C i januar-februar 2014. Ved deltagelse i både behandlingsmøder samt hjemmebesøg hos patienter sammen med forskellige fagprofessionelle i de respektive teams opnåede jeg indledende indtryk af patient-fagprofessionel samspil. Dette gav også mulighed for, at jeg kunne danne mig et mere kvalificeret indtryk af, hvilke forskellige ”typer” af fagprofessionelle og patienter, der var tilknyttet OP-teams. Efterhånden og efter nogen tids deltagelse kunne jeg på et

mere kvalificeret niveau opstille kriterier for rekruttering af så forskellig-artede patient- og fagprofessionel-kategorier som muligt mhp. i sidste ende at kunne dokumentere variationer i datagrundlaget inden for casens ramme (Creswell, 2013: 158). Den bagvedliggende intention var således både at opnå kendskab og adgang til at deltage i casemanagers hjemmebesøg hos patienterne og, forudsat patienternes accept, at opnå adgang til at kunne rekruttere og mødes med patienter både *med og uden* de fagprofessionelles deltagelse.

En grundlæggende forudsætning for hele Subcase II-undersøgelsens gennemførelse var at skabe kontakter og opbygge tillid mellem casemanagers og mig som feltarbejder. Intentionen ift. rekruttering var, at udpegningen af fagprofessionel-deltagere strategisk skulle være ud fra et princip om størst mulig variation. Mere konkret efterstræbte jeg en ligelig fordeling af repræsentanter fra henholdsvis OP-team A og C, forskellige faglige baggrunde, aldersspredning og forskellige holdninger til fysisk helbredshåndtering. Konkret blev der rekrutteret lige mange fra de to OP-teams. Fire meldte sig frivilligt, og de sidste to blev inkluderet ved at jeg pressede lidt ekstra på, idet jeg tog personlig kontakt til dem mhp. opnåelse af accept.

I arbejdet med at rekruttere patienter gennem casemanager-gruppen som gatekeepers var det i nogle sammenhænge uproblematisk, mens det i andre tog tid og blev et kompromis mellem mine ønsker til variation og casemanagers grad af engagement og velvillighed i at ”invitere” mig med til vedkommendes ”udvalg” af patienter. Tre ud af de seks patienter blev rekrutteret med afsæt i, at jeg allerede havde stiftet bekendtskab med dem i den indledende fase, hvor jeg besøgte dem sammen med deres casemanager, fordi enten jeg eller casemanagers havde givet udtryk for, at disse patienter kunne være relevante at inkludere. Det, der kendetegnede disse patienter, var, at deres respektive casemanagers var opmærksomme på, at patienterne enten allerede havde omfattende fysiske helbredsproblematikker (Ann og Tim), eller at de kunne risikere det i fremtiden pga. aktuelle helbredsrelaterede risikofaktorer (Dicte). De næste patienter blev rekrutteret med afsæt i, at jeg over for casemanagers udtrykte et ønske om en bredde i patientrepræsentationen, og at der var brug for yngre patienter, som gerne ifølge casemanagers opfattelser måtte have modstand på i forhold til at skulle interagere med casemanager omkring fysiske helbredsproblematikker. Sidstnævnte kriterie blev ”bort-forhandlet” af casemangers ud fra argumenterne om, at denne type af patienter også samtidig af sikkerhedsmæssige grunde kunne være for farlige for mig at skulle besøge alene, eller at de som casemanagers i forvejen havde vanskeligheder med at etablere en fast og tillidsfuld kontakt til denne gruppe. Det mest slående i denne rekrutteringsproces var, at der var relativt stor modstand blandt casemanagergruppen, men stort set ingen modstand blandt patienterne.

Ud fra de fagprofessionelles perspektiv var det motiverende aspekt ved at invitere mig til at deltage, at de kunne se mening i, at deres patienter fik en ekstra person ”at snakke med”, at ”så sker der lidt mere i hendes liv” eller at de så det som en måde at få dækket

et behov, fordi ”han vil gerne fortælle om sin situation”. Blandt dem som meldte sig frivilligt, var der også en interesse i at deltage med afsæt i et muligt læringspotentiale, at få følgeskab og/eller at få stillet spørgsmål til daglig praksis af nogle udenforstående. Patienter var som før nævnt generelt positive ift deltagelse. Inden jeg kom i gang med feltarbejdet, havde jeg en forestilling om, at patientgruppen kunne være vanskelig at få etableret en kontakt med, idet jeg havde hørt om og dannet mig billeder af de såkaldte ”behandlingsresistente patienter”, der behandles i OP-teams pga. deres ”modstand mod kontakt”. Under de indledende møder med de daglige ledere af OP-teams fik jeg ændret denne forestilling radikalt, idet jeg fik oplyst, at de svært-tilgængelige patienter måske max udgjorde 10% af patientmålgruppen til OP-teams. Det viste sig også, at de patienter, jeg fik kendskab til i feltarbejdet, var imødekommende og positivt interesserede, og at de meget hurtigt og uden betænkkelighed ved forespørgsel sagde ja til deltagelse. Kun en af de forespurgte takkede nej til at deltage og begrundede dette med, at han var inde i en periode, hvor han psykisk havde det særligt svært.

At det antalmæssigt endte med at blive seks dyader med i alt tolv deltagere, der indgår i Subcase II, var et kompromis mellem principper om ”bredde versus dybde”. Valget stod umiddelbart mellem at kunne komme mere i dybden med feltarbejdet hos færre dyader frem for at kunne opnå et bredere perspektiv ved rekruttering af flere dyader, som fx 10-12, som ellers var min oprindelige intention. Der skulle tages højde for logistiske forhold såsom mange menneskers kalendere og dagsrytmer, en geografisk stor spredning i feltens fysiske lokaliteter, hensyn til fagpersoners tidsforbrug, hensyn til patienters privatliv, trætheds- og dagsformsniveauer samt forskers egne ressourcer af mental og tidsmæssig karakter inkl. tid til at lave feltnoter og planlægge kommende feltdage/besøg.

Efter at være kommet godt i gang med feltarbejdet ved de første tre dyader, erfarede jeg, at jeg ikke havde så meget adgang til deltagelse i patienternes hverdagsliv, som jeg ønskede og havde ressourcer til. Aftaler blev indimellem aflyst eller glemt af patienter, eller patienter var indimellem ”fyldte af svære problematikker”, der gjorde, at jeg måtte afkorte mit besøg og deltagelse. På forskellig vis var der begrænsninger ift. hvor hyppigt, hvor længe og hvornår på dagen, jeg kunne deltage eller ikke deltage, og derfor besluttede jeg af den grund at udvide feltet ved at rekruttere yderligere tre dyader og endte således på seks dyader. Dette blev et passende antal ift. både mine og patienternes ressourcer i relation til, hvor hyppigt jeg lavede deltagende observationer hos dem, og hvor meget jeg kunne overkomme af hensyn til både at være fleksibel over for patienter, casemanagers mv. Med afsæt i intentionen om at genere data over en langstrakt periode på mindst tre måneder i et så intensivt forløb som muligt tilstræbte jeg at have aftale om deltagende observationer mindst en gang pr. patient hver 14. dag, samt at jeg samlet set deltog i mindst tre patient-casemanager samspilssituationer inden for samme periode.

4.3.3 Subcase II – datageneringsprocessen

Det primære formål med feltarbejdet i relation til Subcase II-undersøgelsen var at studere patient-fagprofessionel-interaktioner om fysisk helbredshåndtering og sekundært at lave deltagende observationer i patienternes hverdagsliv iøvrigt. Dette var mhp. at opnå data i relation til at kunne besvare forskningsspørgsmål 2 og 3. Den samlede dataindsamlingsperiode for Subcase II foregik i perioden mellem februar 2013 til ultimo august 2014. I oversigtstabellen nedenfor præsenteres hvornår og i hvilket omfang, datagenereringen fandt sted hos de respektive seks dyadepatienter, herunder tidspunkter for deltagelse i samspilssituationer.

Patient	Datoer for deltagende observationer i patient-fagprofessionel samspil og postsituationelle interviews	Heldags feltdage hos patienter (uden fagprofessionel deltagelse)	Antal feltdage	Aflysninger	Antal timers deltagelse i alt
Ann	140326, 140514, 140625	7 timer	9 dage fra februar til juli 2014	0	27
Tim	140505, 140519, 140623	12 timer	11 dage fra marts til august 2014	2	33
Dicte	140423, 140521, 140709	10 timer	8 dage fra december 2013 til juli 2014	1	31
Jeppe	140520, 140618, 140819	11 timer	8 dage fra december 2013 til august 2014	3	24
Isak	140204, 140221, 140404, 140425, 140509	Ej forsøgt ³⁶	5 dage fra februar	1	9

³⁶ Af sikkerhedsmæssige grunde blev heldags-deltagelse hos patient ikke forsøgt.

			2014 til juni 2014		
Hjalte	140429, 140617, 140624, 140814, 140825	Takkede nej	9 dage fra april 2014 til august 2014	2	28
Ialt	22 samspilssituationer og 37 postsituationelle interviews (patienter (19) og fagprofessionelle (18))	4 hele dage	50 dage	9 aflys- ninger	152 timer

Tabel 11 Tidspunkter og omfang for datagenerering, Subcase II

Jeg har allerede i afsnit 4.2.3 og konkret i underafsnittet om personcentreret etnografi omtalt, hvordan jeg lavede enkeltmandsobservationer i patienternes hverdagsliv. På baggrund af indledende erfaringer med både at deltage i patienternes hverdagsliv og i patient-fagprofessionel mødesituationer udviklede jeg en tostrengt datagenereringsstrategi mhp. efterlevelse af stringens og systematik. Intentionen bag strategien, der skitseres nedenfor, var dels, at jeg som feltforsker både kunne deltage i flere ansigt til ansigt-samspilssituationer, at jeg kunne deltage i så meget af patientgruppens hverdagsliv af betydning for disse samspilssituationer som muligt og at jeg kunne opnå viden om de respektive dyade-aktørers egne perspektiveringer og erfaringer med samspilssituationerne. Observationsstudiet tog således udgangspunkt i følgende strategi:

- 1) Indledningsvist og mhp. at opnå adgang til felten deltager jeg i mindst et møde, hvor patient-professionel ”mødes som de plejer”, og jeg afslutningsvist informerer om projektet og beder om tilladelse til at deltage i både patienters hverdagsliv samt situationer, hvor fagprofessionelle og patienter mødes.
- 2) Efterfølgende deltagende observationer i patienters hverdagsliv nogle gange uden fagprofessionelles tilstedeværelse.
- 3) Deltager som observatør i mindst tre patient-fagprofessionel-møder inden for en periode på 3-4 måneder. Overvejende indtager jeg en observatørrolle i patient-fagprofessionel-samspilssituationerne og tager noter. *Før* patient-fagprofessionel-mødesituationen er jeg, så vidt det er muligt, deltagende observatør i patienternes hverdagsliv i et par timer op til det tidsrum, hvor den fagprofessionelle kommer på besøg. *Efter* mødet afholdes et post-situationelt interview først med patient og dernæst med casemanager. Formålet med anvendelsen af denne strategi var dels at observere og deltage i patienternes

forudgående situationelle forhold inden mødet med casemanager og dels så vidt muligt at undgå at blive positioneret som systemrepræsentant, herunder det, som Jensen (2012) i relation til subkulturforskning omtaler som normalitetsrepræsentant eller social kontrollant (Jensen, 2012: 198).

- 4) Undervejs i forløbet inspirerer en patient mig til, at jeg udover at tage feltnoter under patient-fagprofessionel-samspilssituationerne også laver lydoptagelser. Dette implementerer jeg efterfølgende ved de resterende patient-casemanager-samspilssituationer, jeg deltager i.
- 5) Deltager i patientgruppens hverdagsliv i det omfang og i de forskellige hverdagssituationer, som patienterne giver adgang til, herunder udfører semistrukturerede interviews om fysiske helbredshåndteringspraksis og i relation til hverdagsliv og livsforløb i det hele taget.

Til at forstå konkrete situationer ift. punkt 5, og hvordan patient-deltagerne organiserer sig selv og andre, tilstræbte jeg at få adgang til at kunne følge dem i forskellige dagligdagssituationer i både deres hjemmemiljø, og hvor de i øvrigt naturligt færdedes i deres hverdagsliv. I den sammenhæng deltog jeg i forskellige artede aktiviteter, der spændte bredt, hvor jeg bl.a. også deltog i en patients daglige gang til et socialt værested, deltog under besøg af bostøttemedarbejder, besøgte patient under somatisk indlæggelse, drak kaffe på den lokale varmestue, deltog i madlavning og spisning med ægtefælle osv. I de fleste deltagende observationssituationer, bortset fra de patient-casemanager-situationer, der omtales nedenfor, forsøgte jeg at være så deltagende som muligt og lavede derfor sjældent feltnoter undervejs. I de situationer, hvor jeg vidste, at jeg skulle være sammen med patienterne over længere tid, tilstræbte jeg både at være meget deltagende samt åbenlyst at lave noter undervejs. Derudover kunne jeg spontant også finde på at lave korte interviews, hvor jeg anvendte diktafon og lavede lydoptagelser. Dette benyttede jeg mig bl.a. af, hvis jeg ønskede at stille nogle konkrete spørgsmål, men også hvis jeg fornemmede, at jeg kunne hjælpe patienterne til at ”reducere stress”, ved at jeg tog ”active control” og skabte struktur og overskuelighed i min deltagelse i deres dagligdag. Disse forskellige metodiske tilgange i dataproduktionsarbejdet har også ført til implikationer for deltagelses-aspektet ift. nærvær/distance, rollen som forsker mv. I denne sammenhæng tilstræbte jeg at tage et medansvar for, at min deltagelse i et måske til tider relativt indholdsbeholdt hverdagsliv i mindst muligt omfang skulle opleves som miskrediterende.

Deltagende observationer under patient-casemanager-interaktioner

Den måde, jeg var deltagende observatør på ved patienters interaktioner med deres respektive casemanagers, blev udviklet undervejs. Selvom datagenererings-processen overordnet set var planlagt i form af casestudiedesignet, så var det vanskeligt at planlægge forud, hvilken metode der egnede sig i praksis. Den metode, der blev anvendt i Carson et al. (2010)-projektet, som blev præsenteret i kapitel 2, hvor de

anvendte videooptagelser som dataindsamlingsmetode, vurderede jeg, ville kunne opleves som krænkende af både patienter og fagprofessionelle på hver deres måde.

Netop fordi patient-fagprofessionel-samspilssituationerne i sig selv havde en relativ kort varighed, varierende fra 30 minutter og op til 2½ time, kan det diskuteres, om det kan defineres som etnografi. Ifølge Musaeus (2012) bliver etnografi nødvendigvis ikke bedre og mere videnskabeligt ved langvarige feltophold, og han argumenterer for, at såkaldt "korttidsetnografi" også kan fremstille kvalitative tilfredsstillende data ved deltagelse i et felt med langvarigt engagement i symbolbrug. Når materialet består af både tekst, gentagne besøg, interviews og dokumentanalyse, er det anvendeligt og giver gode muligheder for at udforske og analysere. Dog skal man som korttidsetnografisk feltforsker være særlig opmærksom på betydningen af egne forudindtagne ideer (Musaeus, 2012). I dette casestudie, hvor der ikke er så mange deltagende observationer i de respektive seks patient-fagprofessionel-samspilssituationer (3-5 pr. dyade og i alt 22 samspilssituationer), styrkes det etnografiske arbejde dels af, at der yderligere udføres deltagende observationer sammen med både casemanagers og patienter, samt at der systematisk udføres post-situationelle interviews, som omtales nærmere nedenfor. I praksis bliver det også en opvejning af, hvorvidt det bedste datamateriale fremkommer ved enten at deltage i mange patient-casemanager-interaktionssituationer eller ved at prioritere at deltage både i patienters hverdagsliv og samspilssituationerne. Jeg vælger det sidstnævnte scenarie ud fra intentionerne om at opnå de bedste betingelser for, at min tilstedeværelse som deltagende observatør i patient-fagprofessionel-situationerne opleves som så lidt forstyrrende som muligt.

Til forskel fra de situationer, hvor jeg er alene med patienterne i deres hjemmemiljø, og hvor jeg er relativt aktiv deltagende og mindre observerende, bliver min rolle under patient-casemanager interaktionerne i overvejende grad væsentlig mere tilbagetrukket og perifer. Dette vælger jeg både mhp. at forsøge at indleve mig i det samspil, som patienter og fagprofessionelle har med hinanden, og mhp. at respektere deres respektive dagsordener for mødet og de mest centrale aktiviteter, der finder sted under mødet (Adler, 1987: 35). Denne bevidst valgte tilbagetrukne observatørrolle blev også tydeliggjort i form af, at jeg til forskel fra øvrige situationer konsekvent sad med blok og papir og tog noter undervejs. De fleste samspilssituationer fandt sted i de respektive patienters stue og siddende omkring enten et spise- eller sofabord. I et enkelt tilfælde foregik samspillet som en "walk and talk" i en skov. Når mødet mellem patient og casemanager var færdigt, aftalte jeg, hvornår vi telefonisk kunne gennemføre det post-situationelle interview med casemanager, og blev hos patienten for at gennemføre det foromtalte post-situationelle interview med patienten. I et enkelt tilfælde blev jeg undervejs i feltstudieførløbet utryg ved at være alene med en af patienterne, og derfor blev de post-situationelle interviews efterfølgende gennemført ved, at vi, umiddelbart efter casemanager var gået, sammen gik en tur og gennemførte det postsituationelle interview enten på en bænk i en park eller på det offentlige bibliotek i nærheden. Nogle gange fortsatte mit feltstudie sådan, så patient-fagprofessionel samspilssituationen var

en mindre del af et længerevarende forløb, og andre gange var jeg kun til stede en kort periode før og efter samspilssituationen.

I slutningen af Subcase II-datagenereringsprocessen gennemførte jeg grundigere individuelle semistrukturerede interviews med de respektive fagprofessionelle med både identiske spørgsmål til alle seks casemanagers samt specifikke spørgsmål, der omhandlede den specifikke relation til patienten. Formålet var at opnå mere dybdegående viden end ved de post-situationelle interviews omkring de respektive casemanagers bredere perspektiver på arbejdet i OP-team og fysisk helbredshåndtering.

I oversigten nedenfor illustreres omfanget og type af datamateriale fra henholdsvis samspilssituationer og fra de respektive postsituationelle interviews.

Dyader	Ann & Else	Tim & Rita	Dicte & Anni	Jeppe & Jette	Isak & Gunvor	Hjalte & Sanne	Sum
Lyd i minutter	48	0	73	40	0	241	402
Feltnote sider	10,5	14	14	11	26	25	100,5
Situationer	3	3	3	3	5	5	22
Casemanager	Else	Rita	Anni	Jette	Gunvor	Sanne	-
*Lyd i minutter	217	84	240	198	170	233	1142
Evt sider	0	0	0				0
Situationer	3	3	3	3	2	4	18
Patient	Ann	Tim	Dicte	Jeppe	Isak	Hjalte	-
Lyd i minutter	93	101	118	61	50	407	830
Evt sider	0	0					0
Situationer	3	3	3	3	3	4	19
*) Lyd-optagelser er incl supplerende enkelt-interviews							

Tabel 12 Typer af datamateriale og omfang fra de 22 samspilssituationer

I datamaterialet indgår der indimellem også andre aktører end patienter og fagprofessionelle, idet der indimellem var naturlige medaktører i de respektive patient-fagprofessionel-samspilssituationer, som fx en kæreste til patienten (Jeppe-Jette), en ægtefælle (Ann-Else), en bostøttemedarbejder (Tim-Rita) eller en psykiater (Jeppe-Jette).

Post-situationelle interviews

Som supplement til at lave deltagende observationer af patient-fagprofessionel-samspilssituationerne udviklede jeg en systematik i, hvordan jeg så dybdegående som muligt sammen med henholdsvis patienter og casemanagers kunne generere data, der både kunne bidrage med viden om selve samspilssituationen og viden om, hvordan disse to aktørgrupper erfarede og perspektiverede disse situationer. Derved tilstræbte jeg i så høj grad som muligt, at analysen kunne baseres på førstehåndsviden og refleksioner, frem for kun at være baseret på mine fortolkninger af, hvad de udforskede situationer indeholdte.

De post-situationelle interviews bestod konkret af, at jeg efter hvert patient-fagprofessionel-møde først interviewede patienten og bag efter den fagprofessionelle omkring oplevelser og refleksioner fra det netop afsluttede møde med den anden part og med særligt fokus på hændelser, der kunne relateres til fysisk helbredshåndtering. Disse interviews havde i de fleste tilfælde en varighed på max 20 minutter, men kunne variere fra 10 minutter op til et par timer. Efterfølgende, når besøget hos patienten var afsluttet, blev den fagprofessionelle interviewet pr. telefon (20-30 minutter) ved første givne lejlighed. Intentionen med både at deltage i patienters hverdagsliv samt at interviewe dem uden casemanagers deltagelse var at sikre de bedst egnede betingelser for, at deres erfaringer, perspektiver og handlinger kunne komme frem i lyset og mhp. at sikre, at den svageste parts stemme blev hørt.

Jeg anvendte en semistruktureret interviewguide med relativ få spørgsmål, som jeg stillede hver gang, til begge parter. Derudover stillede jeg spørgsmål, der blev formuleret undervejs i de umiddelbart forudgående samspilssituationer. Fordelen ved den relativt hurtige afvikling af de respektive post-situationelle interviews var, at de interviewede havde den situation, som interviewet omhandlede, i frisk erindring. Ulempen var, at især patientgruppen, ikke havde så meget tid til at reflektere over, hvad der for dem kom ud af mødet. Fordelen ved, at jeg interviewede patienter før casemanagers var, at fordi jeg grundlæggende betragtede patienters perspektiver på situationen som vigtigst, så kunne min opmærksomhed blive skærpet ift. hvilke spørgsmål, der efterfølgende var vigtige at stille casemanaggruppen fra den afviklede situation. Som understøttende for denne ovenfor skitserede metode, hvor deltagende observationer og interview mikses, pointerer Prieur (2002), at det fordelagtigt bliver nemmere at forstå meningen bag de perspektiver, der fremkommer ved interviews, og at den nærhed, der opstår ved deltagende observationer, paradoksalt nok øger muligheden for en kritisk distance til de fortællinger, der fremkommer om virkeligheden i interviews (Prieur, 2002: 138).

Som en anden måde at skelne mellem datamateriale, der er genereret henholdsvis postsituationelt og situationelt, anvender jeg begreberne *frontstage* og *backstage*. Goffman (1959) anvender begreberne til, at skelne mellem situationer, hvor aktører direkte interagerer med andre, frontstage, eller befinder sig i et tilbagetrukket rum fra frontstage, hvilket betegnes backstage. Backstage udtrykker nærmere det rum hvorfra aktører kan slappe af og aflægge sig sin frontstage karakter, og hvor indtryk og fortolkninger fra frontstagesituationen kan konstrueres uden at støde/forulempe/krænke implicerede frontstage aktører (1959: 114-115). Backstage begrebet anvendes bla. i afhandlingen til at beskrive, når datamateriale udspringer fra postsituationelle interviews. Jeg er i den sammenhæng opmærksom på, at disse såkaldte postsituationelle interviewsituationer, udover at være en backstage-situation fra patient-fagprofessionel samspilssituationerne, samtidig også kan betragtes som en anden form for frontstage situation, en frontstage situation hvor deltagere interagerer med mig som forsker. I den sammenhæng er det relevant også at introducere en lidt anden måde, som

Goffman (1959) definerer backstage på. Backstage kan også være udtryk for alt det, der er tilstede i en given situation, men som ikke får opmærksomhed, hvilket svarer til ”*all places where the camera is not focused*” og det som holdes ud i ”*arm’s length*” (Goffman, 1959: 121). Den måde at forstå backstage på svarer også til, det vi i daglig tale og metaforisk beskriver som, ”elefanten i rummet”. Med afsæt i denne definition af backstage, er det springende punkt i mindre grad, hvilke situationer der kan defineres som frontstage eller backstage, men mere hvilke emner, der er legale eller mindre legale at dagsordensætte i en given situation. Idet jeg udfører post-situationelle interviews og dermed genererer datamateriale fra patient-casemanager backstage situationer, hvor de respektive dyada-personer alene interagerer med mig, efterstræber jeg en sikring af, at der er et legitimt rum for drøftelse af samspilssituationer om fysisk helbredshåndtering. Samtidig skal jeg også tage højde for, at alt datamaterialet, uanset hvilke situationer det er genereret i, også kan være udtryk for *indtryksstyring*. Indtryksstyring omhandler ifølge Goffman (1959) det fænomen, at vi for egen vindings skyld, efterstræber at styre hvad der passerer mellem frontstage og backstage (Goffman, 1959: 18, 116). Med det for øje, at deltagere i studiet efterstræber at kontrollere det aftryk de afgiver, og at handlinger og udtalelser dermed kan være mere eller mindre præget af indtryksstyring, så vælger jeg grundlæggende at tage alt det deltagere siger og gør, for gode varer.

Dette var afslutningen på beskrivelserne af, hvordan jeg processuelt tilrettelægger produktionen af datamaterialet, som ligger til grund for analysen af henholdsvis Subcase I og II. I den sammenhæng indgår også nogle etiske overvejelser og dilemmaer, hvilke beskrives i det særskilte afsnit, som følger nedenfor.

4.4 Etiske overvejelser og udfordringer

Grundlæggende etiske udfordringer, man bør tage højde for ved kvalitative studier, er ifølge Brinkmann & Tanggaard (2010): 1) informeret samtykke, fortrolighed og anonymitet 2) konsekvenser (mikro- og makroetiske) og 3) forskerrollen i krydsfeltet mellem involverethed og uafhængighed i forståelsen af erfaring, sensitivitet og refleksivitet (Brinkmann & Tanggaard, 2010: 444-445). Disse elementer vil jeg berøre i de følgende afsnit.

4.4.1 Tavshedspligt, informeret samtykke og anonymitet

Et element i at tage vare på deltagerne i forskningsprojektet er ved igennem hele forskningsprojektet, herunder også i formidlingen, så vidt muligt at efterstræbe at leve op til etiske værdier om respekt, beskyttelse og ukrænkelighed. Tavshedspligten er en grundlæggende beskyttelse af deltagerne, men kan også være med til at skabe den sikkerhed, der kan give adgang til feltet, og kan endelig også betragtes som informanternes mulighed for at opleve kontrol over feltforsker. Formelt er studiet anmeldt til Datatilsynet, idet der indgår patientrettede personfølsomme data. Overholdelse af tavshedspligten overholdes undervejs i datagenereringsprocessen, men

udfordres som led i udførelse af de post-situationelle interviews, hvilket omtales nærmere nedenfor i afsnittet om splittet loyalitet.

Til alle deltagerne i studiet udleveredes ved opstart en informeret samtykke-erklæring på skrift samt et supplerende skriv om projektets formål, hvad deltagerne i overskrifter kunne forvente at skulle deltage i, samt information om sikring af deres anonymitet. Da studiet har et eksplorativt design, var det ikke fra start muligt at konkretisere i detaljer, hvad deltagerne kunne forvente at deltage i. Jeg tilstræbte dog undervejs at bevare en vis grad af gennemsigtighed, hvor jeg dels drøftede projektet på personalemøder og dels løbende oplyste og drøftede projektstatus med de inkluderede patientdeltagere.

4.4.2 Udfordringer og etiske farligheder i feltarbejdet

Generelt kan man sige, at når der er noget fremmedartet på spil, indeholder det ”kimen til det farlige”, hvilket er et vigtigt etisk aspekt i feltforskningsarbejdet (Jacobsen & Kristiansen, 2001: 51). I afsnittet nedenfor præsenterer og diskuterer jeg nogle af de farligheder, der forbindes med dette studie. Farligt feltarbejde omhandler ifølge Jacobsen og Kristiansen (2001) både de risici, der er forbundet med at være undersøgelsesobjekter, og de fareaspekter som feltforsker møder undervejs. Ideen med at eksplicite farligheder i feltarbejdet er, at etnografisk datamateriale, hvor der indgår forbehold og betænkeligheder, også er værdifuldt (Jacobsen & Kristiansen, 2001: 53).

Sensitiv forskning med mennesker med psykisk sygdomme

Generelt er der mange overvejelser og dilemmaer, der skal inddrages og tages højde for i studier, hvor særligt sensible mennesker³⁷ indgår. Det er en grundlæggende etisk fordring i at beskytte mennesker med psykiske sygdomme, idet de som den mest udsatte part i en ofte asymmetrisk magtrelation kan risikere at blive udsat for magtmisbrug (Jacobsen, Kristiansen, & Prieur, 2002: 240). Der er også en udfordring i at vurdere, om de data, man får, er resultater af, at de udsatte er godt trænet i at berette på en rutinepræget måde, som de forventer, professionelle gerne vil have det, og derfor gør det samme over for forskere (Jacobsen et al., 2002: 249). Dette er at sidestille med en form for modmagt, hvilket i sig selv også er relevant data, men som potentielt bidrager med reduceret og evt. mindre nuanceret datamateriale.

Etik og metodik skal således spille sammen, og teori, design og metoder skal grundlæggende tilstræbe at bringe viden frem, der er til fordel for udforskedes situation på længere sigt (Jacobsen, Kristiansen, & Prieur, 2005). Inspireret af Jacobsen et al. (2002) tilstræber jeg at indtage en forskerrolle med en sensitivitet over for udfordringerne ved at udføre ”edge work”. Dette involverer bl.a., at jeg som forsker er

³⁷ Særligt sensible mennesker indgår i begrebet ”sensitiv sociologi”, der anvendes af Jacobsen et al. (2002). Begrebet refererer til forskning om og med mennesker, der er socialt udsatte, underlagt afhængighed af andres hjælp, og som befinder sig i udkanten af det normale. Det er en fysisk eller mental belastende tilstand, som inkluderer isolation eller institutionalisering (M. Jacobsen, Jørgensen, & Svendsen, 2002: 237-238).

opmærksom på og forsøger at undgå, at deltagere oplever yderligere følelser af marginalisering, samt at den viden, der genereres, er til den udsattes fordel på længere sigt (Jacobsen et al., 2002: 238-239). Det aspekt af designet, at jeg dels undersøger samspilssituationer og dels undersøger de psykiatri-institutionelle perspektiver på fysisk helbredshåndtering, vurderer jeg, både etisk og metodisk, bidrager til at frembringe viden, som beskytter både patienter og fagprofessionelle og især patientgruppen fra, som den mest sårbare gruppe, at resultaterne ”patologiseres” som individuelle anliggender.

Som følge af, at man i sociologisk forskning og som katalysator for øget samfundsmæssig integration af marginaliserede grupper har et særligt etisk ansvar for at vise det rationelle i det, der umiddelbart er irrationelt (Jensen, 2012: 222-223), er det centralt her at diskutere, hvem der taler og for hvem, og i hvilket omfang det lykkes. Selvom den grundlæggende intention med studiet er at blive talerør for den tavse viden, der indgår i fysisk helbredshåndtering i den psykiatriske kontekst, herunder i patient-fagprofessionel-interaktioner, så er det ikke ensbetydende med, at det til fulde lykkes. Designets fordele er umiddelbart, at viden om interaktionsprocesser bringes frem. Casestudie-designet kan muligvis kritiseres for ikke at været optimalt etisk i relation til at tilbyde patienter bedste betingelser for, at deres stemme kunne indgå på optimal vis. Undervejs er det fravalgt at lave en adskilt analyse af patientperspektivet på fysisk helbredshåndtering. Dette kunne have været et særskilt bidrag mhp. at tydeliggøre deres perspektiv på psykiatriens bidrag til fysisk helbredshåndtering. Men dette perspektiv er kun delvist til stede som patienters perspektiveringer fra fortrinsvis postsituationelle interviewsituationer af casemanager-patient-samspilssituationerne. Alle parter har kendt til designet og dermed vidst, at deres respektive udtalelser kunne indgå i analysen og dermed blive kendt af deres respektive anden part i dyaden. Dette kan for patienter have stor betydning, fordi de er meget afhængige af fremadrettet at kunne bevare et godt forhold til deres casemanager. Omvendt har designet haft den fordel, at den tavse viden om, hvad der konkret foregår i samspilssituationer, bringes frem i lyset, hvilket også er en måde at sikre den svage parts stemme på.

Fagprofessionel-farligheder

For de fagprofessionelle kan det være ualmindeligt ”at blive kigget over skulderen”, og det kan derved skabe en utryk situation. Dette kan forklares med, at fagprofessionelle normalt har monopol på egenhændigt at iscenesætte og styre de situationer, der observeres, og at det derfor kan betragtes som en trussel i deres praksis mod sædvane at kunne blive dokumenteret af andre end dem selv (Jacobsen et al., 2002: 244).

I den kontekstuelle OP-team-sammenhæng er fænomenet muligvis mere udtalt end i fx klinisk arbejde på et sengeafsnit, fordi patientarbejdet almindeligvis foregår i ”ene-rum”, forstået på den måde, at der godt kan være andre personer til stede, men sjældent kollegaer eller ledere, idet behandlingen foregår i patientens eget hjem. Yderligere viser de indledende vanskeligheder med at få adgang til felten, udover begrænset erfaring

med som fagprofessionelle at være deltagere i forskningsprojekter, at fysisk helbredshåndterings-fænomenet i sig selv og for flere casemanagers indeholder aspekter af fremmedartethed. Farligheden viser sig fx ved, at flere fagprofessionelle på forskellig vis forsøger at undgå at blive deltagere i undersøgelsen og/eller undgår at invitere mig med på patientbesøg. Dette får implikationer for datamaterialet, idet jeg således kun i begrænset omfang opnår adgang til felten og ikke opnår en reciprocitet med OP-teams generelt ift., hvordan ”vi” i stedet for ”jeg” gennemfører studiet bedst muligt.

Det er også et centralt etisk aspekt, at undersøgelsesdesignet indebærer, at der formidles empirisk materiale fra både samspilssituationer og postsituationelle interviews. Dette omhandler overordnet set en konflikt mellem validitet og beskyttelses-princippet. Det er vanskeligt at sikre intern anonymitet for både fagprofessionelle og patientgruppen, idet parterne vil kunne genkende hinanden i den færdige afhandling. Denne problematik genfindes også i en artikel af Ummel & Achille (2016), som netop problematiserer den etiske grundregel om fortrolighed ved studier af dyader, hvor deltagere vil kunne identificere hinanden gennem publiceret information. De skelner mellem *ekstern og intern fortrolighed*, hvor den eksterne omhandler en sikring af anonymitet ved publicering, og den interne relateres til, hvorvidt deltagere kan identificere hinanden i det publicerede. Især det sidste kan gøre skade i en behandlingskontekst, hvor personen i patientrollen pr. definition er mere sårbar end ellers (Ummel & Achille, 2016: 807-808). Til forskel fra deres design har min tilgang både et dilemma, der skal løses under datagenereringsprocessen, som beskrevet ovenfor, og i relation til etiske overvejelser ift. publicering. Selvom patientgruppen pr. definition er mere sårbar end de fagprofessionelle, er de beskyttet af fagprofessionelles tavshedspligt. Fagprofessionelle er ikke beskyttet på samme måde, men vil formodentlig være indirekte beskyttet af patientgruppens loyalitet og afhængighed af, at bevare et så godt forhold til dem som muligt. Med intentionen om, at fysisk helbredshåndtering i patient-fagprofessionel-samspilssituationer ikke forbliver tavs viden, vurderes det at være af større værdi, at det formidles med den konsekvens, at jeg slækker på princippet om intern fortrolighed. Som kompensation har jeg, som tidligere beskrevet, tilstræbt en ekstra sløring af både patienter og især fagprofessionelles identiteter ved ikke at opgive så mange persondata. Intentionen er, at afhandlingen, frem for at blive betragtet som afsløring, identificeres som et talerør for både psykiatriorganisationen, dens centrale aktører i OP-team kontekst og herunder patientgruppens rammer og vilkår for fysisk helbredshåndteringspraksis.

Udfordringer i forskerrollen

Som led i undersøgelsen af samspilssituationer indgår, som før beskrevet, det post-situationelle interview. Disse interview-situationer indeholder potentielt risikoen for, at deltagerne kan opleve sig udstillet over for enten forsker eller den anden part med de spørgsmål, jeg stiller. Som forsker skal jeg bevæge mig på en knivsæg i forhold til, om det, jeg siger, og de spørgsmål jeg stiller, kan risikere at have negative konsekvenser for patient-fagprofessionel-fællesskabet, herunder om den enkelte person lider overlast.

Dette kan også sidestilles med *subjekt-psykisk farlighed* (Jacobsen & Kristiansen, 2001: 55), som handler om, hvornår man overtræder grænsen mellem det acceptable og det uacceptable for deltagere i felten. Over for casemanagers er der en farlighed i relation til, hvorvidt de kan opleve sig krænket ved, udover ”at blive set over skulderen”, også at kunne risikere at fortolke mine kommentarer eller spørgsmål på en måde, så de oplever mere eller mindre direkte at blive negativt omtalt af patienter og/eller af mig. Trods ønsket om især at beskytte patienten som den mest udsatte i casen, er det ”ude af mine hænder”, hvordan casemanagers efterfølgende bringer det erfarede fra interviewsituationen med videre i patient-casemanager-interaktionen, fordi ”de har nøglen til felten”.

Ifølge Adler og Adler (1987) er der, ud over graden af, hvor meget feltforsker involverer sig i felten, også et andet centralt epistemologisk aspekt i, hvilken medlemsskabsrolle man adapterer eller positioneres ind i. Af de forskellige roller man kan indtage, forsøgte jeg i relation til samspilssituationerne at indtage et overvejende perifert medlemskab (Adler, 1987: 33-34). En medlemskabsrolle, som hverken kendetegnede patientrollen eller fagprofessionel-rollen, som således i disse situationer er en form for *outsider-rolle*. En rolle, som jeg i dette feltstudie betragtede som ideel mhp. at kunne etablere en ”inbetween-identitet”. Selvom jeg tilstræbte denne dobbeltpositionering, hvor jeg placerer mig ”midt i” kernen af interaktionerne, men i en tilbagetrukket og passiv observatørrolle, forsøgte jeg, når jeg bagefter var i interviewsituationen med henholdsvis patient eller casemanager, at positionere mig som den opdagelsesrejsende og novicen. Idet både den interviewede og jeg vidste, at jeg var klar over, hvad der havde foregået i samspilssituationerne, var det indimellem vanskeligt at få mulighed for at være i positionen som novicen. Udfordringen var, at den tilstedeværende viden om, at jeg havde deltaget i situationen, kunne virke demotiverende ift. at få de interviewedes egne oplevelser og fortolkninger af, hvad der skete i den afviklede samspilssituation. Udover at jeg også i interviewsituationerne tilstræbte at undgå at bringe den anden ikke-tilstedeværende part i et dårligt lys, skulle jeg samtidig være påpasselig med ikke at lække evt. hemmeligheder mellem de to parter, hvilket kunne være udfordrende, når hemmeligheder ikke blev gjort eksplicitte for mig. Eksempelvis opstod en situation, hvor jeg troede, at nogle oplysninger fra patientens fortid ikke var hemmelige for casemanager, blev jeg fanget i et dilemma, idet casemanager reagerede ved ikke at genkende det, jeg fortalte. Hvorvidt det så fra patientens side var tænkt som en hemmelighed, eller at casemanager har glemt, at hun tidligere har fået det at vide, forbliver uafklaret. Men det er et eksempel på, hvordan man som interviewer kan være i en etisk højspændt situation ved anvendelse af dette design. En særlig udfordring, og det jeg oplevede som sværest som feltforsker, var i situationer hvor fagprofessionelle forsøgte at ”fritte mig” for informationer om, hvad patienter sagde eller gjorde. Dette skete aldrig den omvendte vej, og generelt oplevede jeg heller ikke, at nogen af parterne fik sagt eller gjort noget, hvor de udtrykte frygt for

konsekvenserne af, hvad der måtte komme frem i lyset i den endelige formidling af projektet.

Terapeut versus forskerrolle

I relation til datagenereringsarbejdet pointerer Brinkmann (2010) at der i forskningsrelationen, til forskel fra en terapeutisk relation, er deltageren der hjælper forsker og ikke omvendt (Brinkmann, 2010: 441). Denne sondring udfordres under hele datagenereringsforløbet. Idet jeg blandt de fagprofessionelle var et kendt ansigt fra tidligere funktion inden for samme psykiatri-organisation, var det en udfordring at skulle forhandle mig til at blive identificeret og positioneret som feltforsker – og ikke som kollega. I den del af feltarbejdet, hvor jeg kun deltog i fagprofessionelles daglige arbejde, var det ikke et problem - måske tværtimod, fordi jeg kunne begå mig og kommunikere naturligt blandt både fagprofessionelle og patienter. Problemet opstod især, da jeg som led i undersøgelsen af Subcase II, som jeg omtalte i forrige afsnit, havde brug for en outsider og in-between-positionering. Da erfarede jeg ind imellem udfordringerne ved, at jeg af både patienter og casemanagers blev forsøgt positioneret som ”en ekstra fagprofessionel”. Ikke alene blev det forsøgt, men jeg kunne i flere sammenhænge heller ikke modstå det, fordi jeg enten ikke magtede at ændre det, eller fordi jeg vurderede, at det var for risikofyldt mhp. at bevare tillid og accept af min tilstedeværelse.

I forsøget på at forblive i outsider-rolle, da jeg var godt i gang med feltforskningen, fangede jeg også en dag mig selv i, at jeg trods mulighed for at spise frokost sammen med OP-team-personale, i stedet trak mig og valgte at spise min madpakke i en nærliggende park. Ved eftertænkninger forsøgte jeg således intuitivt at undgå en over-identifikation med de fagprofessionelle, som samtidig var vanskelig at skulle stå imod. Som Prieur (2002) skriver, er et forsøg på at fastholde en grad af fremmedgørelse grundlaget for, at man kan skærpe sine sanser, og omvendt har det også den omkostning, at man kan føle en ”splittet loyalitet”, som var et centralt aspekt i min feltforsker-rolle, men som også bør accepteres. Hvis man omvendt ”føler sig hjemme”, mistes den sociale distance, som er central for feltforskerens analytiske arbejde (Prieur, 2002: 138).

Ligesom Prieur (2002) erfarede jeg, at det optimale var en ”*pendling mellem et udefra- og et indefraperspektiv, der ved hjælp af pauser fra felten kan være en god strategi for både at kunne indhente informanternes perspektiv og kunne sikre opretholdelsen af en god observationsevne*” (Prieur, 2002: 143). Konkret oplevede jeg indimellem, at de fagprofessionelle forsøgte at ”forhandle sig til”, at ”vi” blev fortrolige omkring patienten. Endvidere var der blandt de fagprofessionelle eksempler på, at forståelsen af mit ærinde og projektet gav mening for dem i form af, at jeg kunne være ”rådgiver” ift. at tackle aktuelle problematikker.

I en rolleforhandlingssituation med en patient oplevede jeg at blive et redskab i patientens måde at skabe hverdagsstruktur på. Jeg havde været hos denne kvindelige

patient nogle gange, og vi havde forinden aftalt min deltagelse i hendes hverdagsliv ved at følge hende igennem en hel dag. Forinden havde jeg dannet mig indtryk af, at hun var meget social og udadvendt, og at jeg derfor forventeligt skulle have en relativt tilbagetrukket rolle i, hvad der nu end var på programmet sammen med nogle i hendes netværk. I stedet oplevede jeg at blive et ”redskab” til at *skabe* struktur i hendes hverdagsliv hvilket formentlig udgør en rolle, som hun også får forhandlet sig til med andre omkring sig i hverdagslivet. Her er uddrag fra feltnoter fra denne situation:

Jeg ankom om morgenen, og Dite vidste, jeg kom i bil. Solen skinnede, det var varmt, og hun fik mig overtalt til, at vi skulle tage en dag på stranden. Efter at jeg havde gjort gentagne forsøg på, at hun skulle forstå, at det jo ikke kunne være et godt eksempel på en almindelig hverdag for hende, at hun tog til stranden med mig som feltforsker, fik hun mig gjort begribelig, at der i hendes liv ikke fandtes ”almindelige hverdage”. Jeg gav efter og fandt i løbet af dagen ud af, at det netop i hendes verden er en almindelig hverdag, at den først undervejs bliver struktureret og får indhold.

Jeg tilstræbte som deltagende observatør i patientgruppen, at tilkæmpe mig rollen som ”den tillidsvækkende opdagelsesrejsende”, hvilket bl.a. indebærer en legitimering af, at de indimellem sagde fra over for min deltagelse. Indimellem blev jeg brugt som ”en fortrolig”, der blev kontaktet i akutte krisesituationer og/eller som ”en ressource” mhp. at få gode oplevelser, der ellers ikke ville være mulige. Indimellem initierede jeg også selv, at jeg blev positioneret som hjælper frem for at være den, som deltagerne skulle hjælpe. Undervejs i forløbet kunne jeg fx ikke dy mig fra at medbringe mad til Hjalte, som generelt ingen penge har. Til de øvrige patienter medbragte jeg indimellem også rundstykker, kom med kaffe, medbragte en sandwich til frokost mv. Derved udfordrede jeg også selv balancen mellem det etiske i at simulere eller reelt føle lyst til at udvikle venskab og/eller i forskningsøjemed at ”købe mig adgang til” deltagere i projektet.

Som tidligere beskrevet, omhandler casen en relativt fremmedartet kontekst blandt psykiatriske patienter, der generelt stereotypificeres som en afvigergruppe, der kan være utilregnelige af flere grunde. Dette betyder, at der potentielt er risiko for *objektor-fysisk farlighed* (Jacobsen & Kristiansen, 2001: 56). Dog blev meget af denne fare mindsket idet fagprofessionelle som gate-keepere bidrog til, at min deltagelse i overvejende grad var hos patienter uden denne potentielle fare, samt fordelene ved min i forvejen erhvervede kliniske erfaringer med at omgås psykisk syge mennesker. Bortset fra en enkelt episode, hvor en patient havde grænseoverskridende adfærd af seksuel karakter, der skabte frygt hos mig, har denne farlighed ikke været et problem under undersøgelsesforløbet.

Afsluttende og opsummerende er de etiske problemstillinger omfattende og meget komplekse og indeholder et konstant krydspres mellem mange hensyn, der kan eller skal tages. Den etiske problemstilling, som især er fremtrædende, omhandler dilemmaet i på den ene side at ville belyse tavs viden om, hvad der foregår i patient-fagprofessionel-samspilssituationer, og på den anden side hvad det kan have af negative

konsekvenser for fagprofessionelle og patient-målgruppen både undervejs i datagenereringsprocessen og efterfølgende, når analyseresultaterne publiceres. Omvendt, og hvis ikke det publiceres, vil denne tavse viden ikke blive bragt frem, hvilket i sig selv også udgør et etisk dilemma. Dette må jeg som sociologisk forsker tage på mig som en del af ansvaret, der ligger i netop at synliggøre det rationelle i det umiddelbart irrationelle, som resultaterne af analysearbejdet i overvejende grad frembringer.

4.5 Analysestrategi og procedurer

Som beskrevet i kapitel 3, tager jeg et grundlæggende metodologisk udgangspunkt i symbolsk interaktionisme og en abduktiv ræsonneringslogik. Afsættet i den epistemologiske antagelse om, at viden genereres i den empiriske verden, betyder at analyseprocessen også begynder parallelt med den allerede beskrevne dataindsamlingsproces. Som symbolsk markering af, at analysen var i gang, anvendte jeg fra begyndelsen af datagenereringsforløbet en elektronisk logbog, som blev mit redskab til kontinuerligt at skrive refleksioner og spørgsmål til, hvad jeg mødte i den empiriske verden, samt hvad jeg var nysgerrig på at forfølge videre frem. Svar på disse spørgsmål blev efterfølgende forfulgt både via den empiriske verden og ved at hente viden fra teori. Dette stemmer også overens med en cirkulær analyseproces, hvor koncepter udvikles af reaktioner på data, og data videre indsamles som reaktioner på spørgsmål, der genereres på baggrund af konceptudvikling (Corbin, 2008: 143-145). Nedenfor beskriver jeg nærmere de stadier, jeg gennemgår i transformationsprocessen, fra den fase hvori jeg er indehaver af en større mængde data, til at disse data bliver til kategorier og tematiseringer, der danner grundlaget for resultaterne af analysen og som præsenteres i henholdsvis kapitel 5 og 5.

4.5.1 Klargøring af data til analyse

Datamaterialet består, som tidligere nævnt, i ”rå form” af enten lyd eller feltnoter. Noget af det datamateriale, der består af lyd, blev transskriberet og efterfølgende analyseret som tekst, og andet lyd-datamateriale blev enten kun analyseret som lyd eller analyseret som både lyd og tekst. Hvilket datamateriale, som blev anvendt på hvilken måde i analysen, fremgår af følgende tabel:

Datagenereringsmetoder	Interviewtransskriptioner	Lyd	Feltnoter
Lederinterviews	x		
Fokusgruppeinterviews	x		

Psykiaterinterviews	x		
Patient-casemanager samspilssituationer	(x)	x	x
Post-situationelle interviews patienter/casemanagers	x	x	

Tabel 13 Oversigt over datakilder, der indgår i analysearbejdet

Alt datamaterialet, uanset om det var lyd, transskriptioner eller feltnoter, blev uploadet og kodet i Nvivo (et softwareprogram til kvalitative analyser). Til forskel fra de øvrige datakilder, som fortrinsvis blev analyseret i tekstform, blev lyd og feltnoter opprioriteret i analysen af patient-casemanager-samspilssituationerne. Da jeg ikke havde lydoptagelser fra alle samspilssituationer, var feltnoter det gennemgående datamateriale. Feltnoternes styrke var, at jeg der havde beskrivelse af kropssprog, og hvad der i øvrigt skete i situationen af både sproglige og kropslige handlinger, samt hvad der iøvrigt var til stede af betydning i situationen. Lydoptagelsernes styrke var, at jeg havde alle de sproglige samtaler, herunder hvordan forskellige betoning, hastighed, høj/lav stemme osv. udtrykte mere end blot ord, som fx stemningen og følelser i situationen. I selve kodnings- og analyseprocessen kunne jeg, med Nvivo-understøttelse, springe fra lyd til tekst, og derved havde jeg et bedre afsæt for de relaterede analytiske refleksioner, end når jeg kun havde feltnoter.

4.5.2 Indledende analysestrategi – kodningsprocessen

Måden, hvorved jeg kom frem til de kategorier, som præsenteres i henholdsvis analyserne af Subcase I og II i kapitel 5 og 6, var en proces, hvor jeg indledte med at kode datamaterialet. Dette foregik i tre stadier, som jeg kalder henholdsvis: initialkodning, kondensering og tematisering. *Initialkodningen* var en proces, hvor jeg i overvejende grad frasorterede det datamateriale, der ikke havde relevans ift. fysisk helbredshåndtering. Til det inkluderede datamateriale anvendte jeg *simultan kodning* med både inspiration fra deskriptiv, proces og emotions-/værdi-kodningsstrategier (Saldaña, 2013: 87, 96, 105). Anvendelse af den *deskriptive kodningsstrategi* omhandler ”hvad der foregår”, hvilket jeg betragter som grundlæggende i min åbne tilgang til datamaterialet, hvilket også hjælper til, at jeg ”interagerer”, reflekterer og danner mening med teksten. *Proceskodning* fokuserer på at finde handlinger i datamaterialet, herunder ”hvad gør de”. Dette kodes med ord eller sætninger, der illustrerer aktive handlinger, som fx ”legitimerer undgåelsesstrategi”. Herudover finder jeg det også fra start relevant at anvende *emotions-/værdi-kodning*, fordi jeg i undersøgelsesprocessen erfarer hvordan emnet giver anledning til reaktioner og interaktioner, forbundet med negative

emotioner. Emotions-/værdi-kodninger bidrager til, at jeg opnår indsigt i, hvordan indre tilstande af sociale interaktioner anvendes i de ydre interaktionelle handlinger. Emotioner/værdier kodes både, når deltagere erfarer og kommunikerer disse, men også når de erfares og/eller fortolkes at være til stede af mig som forsker (Saldaña, 2013: 105).

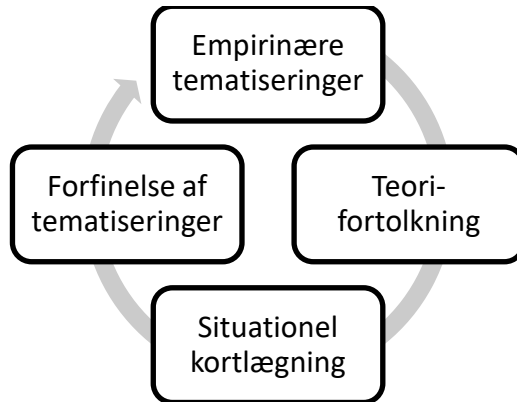
Efterfølgende i *kondenseringsstadiet* gennemgår jeg alle koder, hvor jeg i en cirkulær og kreativ proces omkoder, sammenligner og kondenserer til tentative kategoriseringer. Dette foregår samtidig med, at jeg opretter og skriver på memos i Nvivo. Memos skal her forstås som elektroniske mapper, hvori jeg til betydningsfulde/interessante tentative kategoriseringer løbende skriver og kommunikerer med datamaterialet, evt. også på baggrund af inspiration fra teoretiske kilder, der bidrager med uddybende perspektiver på, hvad der er på spil i datamaterialet. Den tredje kodningsproces, *tematiseringsstadiet*, indeholder udvikling og finpudsning af centrale temaer. Dette omhandler analyseprocessen, hvor jeg inddrager den situationelle analysestrategi som analytiske redskab, hvilket også allerede blev introduceret i kapitel 3.

4.5.3 Situationel analysestrategi, fra koder til tematiseringer

Analyseprocessen inspireres af situationel analyse, som den fremføres af Clarke (2005). Udover at metoden har en situations-centreret teoretisk tilgang, der supplerer symbolsk interaktionisme, er det også en analysemetode, der inspirerer til, at situerede empiriske konstruktioner kan fremanalyses ved anvendelse af de tre konkrete kortlægningsmetoder som nærmere består af:

- 1) *situationel kortlægning*, der undersøger og kortlægger humane, non-humane og diskursive elementer og deres relationer til hinanden, og som former den studerede situation.
- 2) *sociale verdener/arena-kortlægning*, der undersøger og kortlægger aktører med særligt blik på deres kollektive tilhørsforhold ift. deres engagement, bindinger og forhandlinger med hinanden (en meso-niveaus fortolkning af situationen)
- 3) *positioneringskortlægning*, der undersøger og kortlægger både individuelle og kollektive diskursive positioner i forhold til bestemte anliggender i givne situationer (Clarke, 2005, xxii).

Disse analytiske kortlægningsmåder og strategier understøtter på kreativ vis fokus på det situationelle aspekt, hvor tentative kategoriseringer udkrystalliseres i cirkulære analyseprocesser, hvilke også kan illustreres med følgende figur 9:



Figur 9 Den cirkulære situationelle analyseproces

I den sammenhæng anvendes også Clarkes (2005) situationelle kategorier som inspiration. Disse kategorier fremgår af Clarkes (2005) ”situationelle matrix”, som allerede er præsenteret i figur 6 i afsnit 3.4. Ud over anvendelse af den situationelle analysestrategi og til yderligere berigelse af analysen undersøger jeg, hvorvidt identificerede situationelle mønstre er identiske med eller forskellige fra andre relaterede empiriske fund, hvorved tematiseringen kan forfines ved fx tilførsel af detaljerigdom af både teoretisk og empirisk karakter.

Konkret foregik det ved at jeg i Nvivo sammensatte og udviklede tematiseringer med kodet datamateriale, og i den forbindelse også gjorde utallige forsøg på at kortlægge sammenhænge ved konkret at tegne på papir og skrive på forskellige tematiserings-memoer, der sidenhen resulterede i tematiske overskrifter. Derfra begyndte skriveprocessen for alvor. Flere gange blev der flyttet rundt på eller justeret på tematiseringer, inden de nåede deres endelige form, hvilket svarer til det fremkomne resultat, som præsenteres i kapitel 5 og 6.

Selvom analyseprocesserne for henholdsvis Subcase I og II proceduremæssigt i overvejende grad var identiske, var der også nuancer. De ovenfor nævnte kortlægningsmetoder anvendes forskelligt i de respektive analyser. Både den situationelle og positioneringskortlægningsmetoden er anvendelige til at analysere datamateriale fra henholdsvis Subcase I og II, fordi de egner sig til analyser, der relaterer sig til det mikro-sociologiske niveau. Derimod er sociale verdener/arena-kortlægningen mere egnet til meso-niveau-analyser, og jeg anvender den derfor primært til Subcase I-analysen. Nedenfor beskriver jeg nærmere de særlige situationel-analytiske fremgangsmåder, jeg anvender til henholdsvis Subcase I og II-analyserne.

4.5.4 Analysemetode – Subcase I

Da Subcase I kendetegnes ved at bestå af de kontekstuelle og situationelle forhold i relation til fysisk helbredshåndtering, der i en bred betragtning svarer til et meso-socialt niveau i psykiatriorganisationen i form af leder-, psykiater- og OP-team-perspektiveringer, er det oplagt at anvende Clarkes (2005) social arena/social verden-kortlægningsstrategi. Konkret foregik analyseprocessen på den måde, at jeg efter de indledende kodningsfaser og med de tentative kategoriseringer anvendte Clarkes (2005) begrebsliggørelse (inspireret af Straus) af henholdsvis social arena/verden-begreberne til at inspirere mine analytiske refleksioner. Dette bidrog til, at jeg kunne forbedre kategorierne med opmærksomheden på tilstedeværende situationelle betingelser og muligheder. Med social arena- og verdensbegreberne analyseres der på tværs af mikro- og *meso-niveau*. Dette sikrer, at analyse-enhederne ikke identificeres som enkelte individer, men individer som aktører, der indgår i sociale handlinger i og imellem kollektive enheder inden for psykiatri-organisationen, herunder hvordan disse sociale handlinger defineres og bliver meningsfulde i givne situationer. Selvom det ikke er muligt at opnå tilbundsående viden om disse komplekse netværk og aspekter af relationer og artefakter, der har indflydelse, bidrager social arena/verden kortlægningsprocessen til at frembringe institutionelle forhold fra psykiatri-organisationens arena og verdener, der potentielt kan influere på de kategoriseringer, der fremkommer af Subcase II-analysen.

4.5.5 Analysemetode –Subcase II

I fremlæggelsen af den situationelle analysestrategi argumenterer Clarke (2005) for, at hun med sine situationelle analyser og kortlægningsstrategier går skridtet videre end Grounded Theory. Udgangspunktet er at kontekstuelle elementer er *indeni* selve situationen (Clarke, 2005: 30), og at det netop er disse elementer, herunder strukturelle og styrkemæssige forhold, der konstituerer en given situation. Ifølge både Clarke (2005) og Blumer (1986) ligger handlepotentialet i situationerne, og hvor disse situationer er mere end summen af delementerne (Clarke, 2005: 22-23).

Selvom Clarke (2005) ifølge mine fortolkninger tager højde for det teoretiske/metodologiske situationelle aspekt, at betingelser for menneskelige handlinger udspringer fra situationer, så læser jeg hende sådan, at hun ikke praktiserer dette i de eksempler, hun giver på, *hvordan* metoden anvendes. Ifølge de empiriske eksempler, hun lancerer i kapitel 3 (Clarke, 2005), stiller hun ikke direkte krav til, at design og valg af metoder til dataproduktion sikrer, at det empiriske datamateriale indeholder situerede handlinger. I stedet viser hendes eksempler, at informanternes retrospektive *perspektiver og erfaringer med* at være aktører i fortids situationelle forhold udgør tilstrækkeligt datamateriale. Netop pointen om, at det ikke er menneskelige handlinger, der er konstituerende for situationen, men at det er situationen, der er konstituerende for menneskelige handlinger, bidrager til, at jeg her tillader at påstå, at

jeg bidrager med en forbedring af Clarkes metodervalg. Problematikken, jeg prøver at anfægte, kan sidestilles med det velkendte fænomen, at der kan være stor forskel på, hvordan aktører handler i givne situationer, og hvordan de retrospektivt beskriver eller erfarer at handle. Hvis ikke man tager højde for denne problematik, vil resultatet af analysen ud fra mit perspektiv mangle det væsentlige aspekt, at det ud fra datamaterialet ikke er muligt at fremanalysere viden baseret på praksis, men kun viden baseret på forestillinger, hukommelse og fortolkninger på praksis i allerede afviklede situationer.

Hvor Clarke (2005) ifølge min fortolkning laver situationel analyse og ikke skelner kritisk mellem om, det er i bred eller snæver forstand, vurderer jeg, at jeg kan opdele og kvalitativt nuancere mine analyser med denne skelnen. Hvor analysen af Subcase I samt de post-situationelle interviews i Subcase II kan relateres til situationel analyse i bred forstand, svarende til Clarkes kategorisering af situationel analyse, mener jeg, at patient-casemanager-analysen af Subcase II kan kategoriseres som situationel analyse i snæver forstand. Hvad opnår jeg ved denne sondring? Til forskel fra Clarke (2005), som definerer en situationel analyse ud fra anvendelse af aktør-perspektiver på situationer, indeholder Subcase II-analysematerialet en særlig situerethed i form af, at det indeholder nutidige situerede handlinger frem for alene perspektiver på fortidige situerede handlinger. Dette tilfører viden til analyserne om, jfr. pkt. 2 i det teoretiske bidrag i afsnit 3.4, at handlinger udspringer af de funktioner, de har i den konkrete situation, de indgår. Med afsæt i det, jeg metaforisk sidestiller med en figur-grundperspektivering, fastholder jeg med den førnævnte skelnen mellem situationel analyse i bred og smal forstand et fokus på det aspekt, at situationer, der både studeres i nuet og tidstro (som figur), og som suppleres med data, der genereres retrospektivt (som grund), muliggør en mere dybdegående situationel analyse, end hvis kun en af undersøgelserne foretages. Ved at studere ”figuren” patient-fagprofessionel-samspelet med de institutionelle perspektiveringer som baggrundsfigur, perspektiveres de situationelle handlinger også som aspekter af det bredere perspektiv, som psykiatri-arenaen repræsenterer. Clarkes analysestrategi (2005) bidrager netop teoretisk og metodisk til at kunne fremanalysere bagvedliggende tavse, mindre synlige situationelle forhold af egenskaber og betingelser, der materialiserer sig i, hvordan situationer bliver til og forhandles i de menneskelige interaktioner og handlinger.

Konkret i analyseprocessen i den tredje fase lader jeg de foreløbige tematiseringer fra patient-casemanager-interaktioner ”kommunikere” ved afprøvninger af henholdsvis situations- og positioneringskortlægningerne. Dette sker samtidig med, at der skrives memos, og at tematiseringerne stilles over for komplementerende teori og tematiseringer fra det post-situationelle interview-datamateriale. Derved forfines tematiseringer, der fører mig videre til skrivefasen, hvori den endelige analyseproces finder sted. De teorier, jeg tager i anvendelse introduceres undervejs i henholdsvis Subcase I og II-analyserne i kapitel 5 og 6.

Afslutningsvis på afhandlingens del I, og inden del II introduceres nedenfor, vil jeg kort opsummere, at del I samlet set indeholder de grundlæggende forudsætninger for at kunne udføre den empiriske undersøgelse af fysisk helbredshåndteringsfænomenet i OP-team-regi, herunder introduktion til afhandlingen, præsentation af aktuel forskning på området, afhandlingens teoretiske ramme, studiedesign og datagenererings- og analysemetoder.

Nedenfor præsenteres en læsevejledning som baggrundsviden og introduktion til afhandlingens del II med henblik på at kunne læse det empiriske materiale i henholdsvis kapitel 5 og 6.

Læsevejledning til læsning af empirisk materiale

Af hensyn til læsevenligheden giver jeg i dette afsnit en lille introduktion til, hvordan læseren kan skelne imellem empirisk materiale og min tekst, samt hvordan der skelnes imellem de forskellige aktør-grupperinger i analysen:

Med intentionen om, at analysen i så høj grad som muligt er anonymiseret, vil informationer og dokumentation af interaktionelle forhold ikke stringent føres tilbage til konkrete OP-teams eller konkrete individer, men præsenteres i generelle termer såsom OP-team, psykiater, fagprofessionelle, casemanagers, ledere. Ligeledes og også af hensyn til anonymisering bliver det ikke tydeliggjort, hvilke faglige baggrunde de respektive dyade-casemanagers har.

Nedenfor beskrives, hvilke symboler jeg bruger til at beskrive forskellige forhold omkring det empiriske materiale, jeg præsenterer undervejs i analyserne:

- Det empiriske materiale præsenteres med kursiv-skrift.
- Med det formål at kunne skelne mellem de forskellige roller i OP-team-regi, skelner jeg mellem OP-team, casemanager og psykiater. Hvis jeg omtaler det kollektive fællesskab, der består af alle OP-team-medlemmer inklusiv psykiater, omtales de som enten OP-team eller de fagprofessionelle. Når jeg kun omtaler de ikke-lægefaglige medlemmer af teamet, omtaler jeg dem som casemanagers, og vil jeg tydeliggøre, at jeg kun taler om aktører med lægefaglig specialuddannelse i psykiatri, omtales disse som psykiatere.
- En deltager, der benævnes ”P” og suppleret med et tal, fx P7, symboliserer en casemanager-repræsentant
- En deltager, der benævnes ”SP” og et tal, fx SP2, symboliserer en psykiater-repræsentant fra et OP-team.
- Deltagere, der benævnes enten ”L1” eller ”L2” er ledelsesrepræsentanter
- Hvis jeg ifm. aflytning af fokusgruppeinterviews ikke har kunnet lokalisere, hvem der konkret udtaler sig, fremgår personen som ”?”

- Afkorter jeg et citat ved at klippe indhold ud, der ikke er relevant i den givne sammenhæng, angives det med følgende symbol: [...]
- Når der også anvendes understregninger af ord, betyder det, at pågældende informant har betonet det eller disse ord.
- I samtalesekvenser vil der indimellem være udtalelser, der er indrammet på følgende vis: [xx]. Dette betyder, at andre siger noget synkront med den informant, der er i gang med at ytre sig.
- Indimellem vil jeg i "min egen" tekst angive korte formuleringer eller ord, som hentes fra datamaterialet. Dette angives med anførselstegn -"xx".
- Når der i analysen refereres til datakilder, skelnes der ikke mellem, hvorvidt kilden er lydoptagelse eller transskription af lydoptagelse fra de konkrete situationer. Der angives heller ikke eksplicit, hvis datamaterialet kommer fra en samspilssituation. Men hvis datamaterialet derimod kommer fra et post-situationelt interview, angives dette. Tillige angives der heller ikke, hvilken konkret situation og dato, datamaterialet stammer fra, idet analysen ikke har et longitudinelt analyseperspektiv.

Del 2

Afhandlingens del 2 indeholder resultater i form af to delanalyser, en diskussion og en konklusion. Kapitel 5 præsenterer analyser, der besvarer forskningsspørgsmål 1, og som overordnet omhandler, hvordan fysisk helbredshåndtering ud fra et psykiatri-organisatorisk perspektiv defineres og giver mening i den psykiatriske behandlingskontekst. Hvor kapitel 5 repræsenterer udefra-perspektiverende analyser af, hvordan fysisk helbredshåndtering defineres i den psykiatriske behandlingskontekst, udgør kapitel 6 resultaterne af indefra-perspektivet på, hvordan fysisk helbredshåndtering konkret udspiller sig og tager form i ansigt til ansigt samspilssituationer mellem patienter og OP-team-medarbejdere. Kapitel 5 og 6 udgør samlet set resultaterne af, hvordan fysisk helbredshåndteringsfænomenet ud fra de to perspektiver identificeres og defineres i den psykiatriske behandlingskontekst og i OP-team-regi. Nogle af disse resultater bringes med videre og diskuteres i kapitel 7, inden der i kapitel 8 samles op og konkluderes på afhandlingen.

Inden det analytiske arbejde nærmere præsenteres i de følgende kapitler, skal det understreges, at de analyser, der lægges frem i de følgende kapitler, ikke har til formål at antaste hverken den psykiatriske behandlingspraksis generelt eller OP-team-behandlingen specifikt. Derimod skal det pointeres, at analyserne er udtryk for et specifikt blik på den psykiatriske praksis omkring fysisk helbredshåndtering, måden det perspektiveres på, og hvad det udløser af samspildynamikker mellem patienter og fagprofessionelle. Dette blik tager udgangspunkt i, at der som beskrevet i kapitel 3 lovgivningsmæssigt stilles krav til at fysisk helbredshåndtering integreres i den psykiatriske behandlingspraksis. Med andre ord udgør fysisk helbredshåndtering, som det præsenteres her, fixpunkter for en normativitet og repræsenterer således ikke en generel fremstilling af den psykiatriske behandlingspraksis.

Kapitel 5. Ledelse-fagprofessionel-perspektiver

5.1 Introduktion

Dette kapitel indeholder resultaterne fra Subcase I-analysen. Analysen beror på nedslag i datamaterialet og indeholder dermed bud på perspektivering af, hvordan ledere og fagprofessionelle perspektiverer og definerer fysisk helbredshåndtering. Analysen besvarer dermed også forskningsspørgsmål 1 om, hvordan *fagprofessionelle og ledere definerer fysisk helbredshåndtering i relation til patient-fagprofessionel-samspil i OP-teams*.

Som det allerede er beskrevet i kapitel 1 og 3, udgør symbolsk interaktionisme den bagvedliggende teoretiske ramme for analysen. Dette betyder grundlæggende, at måden som fysisk helbredshåndtering giver mening på kan være forskellig i forskellige situationer, og kan dermed også være under indflydelse af fortolkninger og meningssæt der udspringer fra tidligere, kollektive handlinger og situationer (Blumer, 1986: 20). Analysen præsenterer, hvordan fysisk helbredshåndtering defineres blandt de psykiatri-organiserede aktører, der indirekte (ledere) eller direkte (fagprofessionelle) indgår i interaktioner med patientgruppen omkring fysisk helbredshåndtering. Derudover fungerer analysen også som et informerende baggrundstæppe til at forstå og forklare, hvordan fysisk helbredshåndtering praktiseres i ansigt til ansigt patient-fagprofessionel-interaktionssituationer, hvilket er omdrejningspunktet for Subcase II-analysen, som nærmere præsenteres i kapitel 6.

Som beskrevet indledningvis i afsnit 1.4.1 og 3.6.4, tager analyserne i både dette kapitel og kapitel 6 udgangspunkt i, hvordan de formelle krav jfr. lovgivning, retningslinjer og standarder på området udmøntes i praksis. Disse krav repræsenterer den formelle referenceramme for fysisk helbredshåndtering. Dermed tages der som sådan ikke stilling til, hvorvidt fysisk helbredshåndterings praksis efterlever disse formelle krav. I stedet er fokus rettet mod, *hvordan* fysisk helbredshåndtering defineres, og situeret indgår i de psykiatrifaglige samspildynamikker mellem personale og specifikt i dette kapitels analyse, mellem patienter og personale. Når jeg i del I metodisk beskriver, at analysen tager udgangspunkt i en åbenhjertig, nysgerrig og nuanceret tilgang til det empiriske materiale, betyder det ikke, at jeg udelukker at anvende særlige analytiske greb og med både til- og fravalg af understøttende teorier. Derimod betyder det, at jeg i den analytiske proces tilstræber at bevare en reflektiv sensitivitet, hvor evt. flere fortolkningsmuligheder af den empiriske praksis fremlægges og med understøttende, fortolkningsmæssig anvendelse af en eller flere teorier eller relevant forskning på området.

Nedenfor i afsnit 5.2 introduceres først begreberne social arena og social verden fra Clarkes (2005) situationelle analysestrategi. Dernæst i afsnit 5.3 følger introduktionen til Hochschilds (2012) teori om emotionsarbejde. Begge teorier indgår som centrale analytiske greb i Subcase I analysen. I afsnit 5.4 følger først analysen af ledelses- og

psykiaterperspektiveringerne på fysisk helbredshåndtering, hvilket i afsnit 5.5 efterfølges af analysen af casemanagerperspektiveringerne. Til sidst i kapitlet, afsnit 5.6, præsenteres den samlede delkonklusion på Subcase I analysen.

5.2 Social arena - social verdenskortlægning

Til understøttelse af det situationelle analyseperspektiv i Subcase I analysen anvendes elementer af Clarkes (2005) situationelle *social arena/social verden*-kortlægningsstrategi (Clarke, 2005: 110-112). Inddragelse af disse begreber stemmer også overens med Blumers (1986) begreb *joint action* i forståelsen, at der inden for gruppelev dannes og fastholdes regler med sæt af meninger, der definerer gruppelevet og dets handlinger (Blumer, 1986: 18). Blumers forståelse af gruppelev er, ifølge min læsning, ikke så tydelig omkring interaktioner *på tværs* af mikro- og meso-niveau. Derfor inspirerer anvendelsen af social arena- og verdenskortlægningsbegreberne til en analytisk opmærksomhed på, hvordan konkrete situationer defineres af tilstedeværende aktører, men også af andre tilknyttede sociale fællesskabsdiskurser og positioneringer.

Sociale verdener og arenaer er centrale, sensiterende koncepter i situationel analyse (Clarke, 2005: 112), fordi begreberne giver følsomhed ift., hvordan ofte heterogene handlinger organiseres i relation til situationer og aktørers gruppetilhørsforhold. Begreberne muliggør således belysning af, hvordan psykiatriarenaen og dens sociale verdener grænser påvirkes og forandres i relation til fysisk helbredshåndteringsfænomenet. Dette analytiske greb skærper opmærksomheden på, hvad der sker *mellem* forskellige sociale verdener, som fx i denne sammenhæng mellem leder-fagprofessionelles og psykiater-fagprofessionelles sociale verdener og *mellem* psykiatri-enheds-arenaen og dennes tilknyttede sociale verdener. En analyse af disse sociale processer og kontinuerlige forhandlinger bidrager til en forståelse af, hvordan fysisk helbredshåndtering situationelt giver mening, defineres og perspektiveres.

Begrebet *social arena* defineres nærmere som de overordnede handlinger og diskurser, der kontinuerligt udspiller sig som diskussioner, debatter og positioneringer³⁸, der interagerer med flere større eller mindre sociale verdener. Sociale arenaer udgør således sider af både handlinger og diskurser, herunder ofte stridigheder og kontroverser, der adresserer mere overordnede og komplicerede elementer som fx politiske debatter, som sociale verdener er tilknyttet og agerer indenfor. Sociale arenaer kendetegnes også ved at eksistere over lang tid og med elementer af både gamle og nyere diskurser, der moduleres ind i praksis. Social arena omfavner, og er mødested for en samling af sociale verdener. Grundlæggende er de sociale arenaers interesse, at tilknyttede sociale

³⁸ Positioneringer skal ikke associeres med konkrete personer, grupper eller institutioner, men omhandler positioner i diskurser formuleret med positionens egne formuleringer. Analytisk er det således en øvelse i at fokusere på rummet mellem aktører og positioner mhp. bedre at kunne få øje på de situerede positioner (Clarke, 2005: 127-128).

verdener 1) forpligtiger sig til at handle, og 2) producerer diskurser i arenaens interesse (Clarke, 2014: 7-8). De konkrete handlinger sker igennem aktører, der indgår i flere sociale verdener, og som også agerer *repræsentanter* for den sociale arena (Clarke, 2005: 113).

Begrebet *sociale verdener* anvendes til at beskrive kollektive grupperinger, der kendetegnes ved altid at samles om mindst én primær aktivitet, specielle steder og/eller en teknologi til udførelse af dens aktiviteter. Inspireret af Shibutani (en amerikansk-japansk sociolog (1920-2004), der bla. samarbejdede med H. Blumer) beskriver Clarke (2005), at *sociale verdener* udvikler ”*shared perspectives that then form the basis for collective action*” (Clarke, 2005: 45). Sociale verdener konstrueres især af andres verdener af diskurser og inden for stridbare arenaer. Med fælles engagement, delte ressourcer og forpligtigelser opbygges delte ideologier mhp. at opnå fælles mål (Clarke, 2005: 45-46). Kontinuerligt foregår der forpligtigende handlinger i de respektive sociale verdener, der sætter og opretholder grænser imellem andre sociale verdener. Der kan opstå tvetydigheder og sociale bevægelser med dannelser af subverdener, hvis og når grænserne trues, og/eller aktører ikke værdisætter dele af samme verden. Strukturerne er porøse og fletter sig ind i hinanden, ved at grænseflader krydses eller overskrides, eller at aktører indlejres i andre sociale verdener. Dette får enten den konsekvens, at den sociale verden segmenteres i to eller flere verdener, eller at den genetableres med tydeligere grænser til øvrige sociale verdener (Clarke, 2005: 113).

Deltagere i sociale verdener kan, ifølge Clarke (2005, 2014), udover at være fysisk tilstedeværende og aktivt deltagende også være *implicerede aktører og aktanter*³⁹. Disse positioner kendetegnes ved enten at være tavse, ignorerede fysisk tilstedeværende eller fysisk fraværende, men som er konstruerede som meddefinerende diskurselementer i situationen (Clarke, 2005: 46). Denne skelnen mellem aktive og passive situationelle positioneringer skærper den analytiske opmærksomhed på potentielle aktører og stemmer, herunder mindre magtfulde aktørers stemmer, der tysses på eller bringes til tavshed. Det kan have konsekvenser. Denne måde at være til stede på i en given situation udelukker implicit forhandling af selvrepræsentationen, ligesom der heller ikke inddrages perspektiver eller erfaringer fra tilknytning til andre sociale verdener eller arenaer (Clarke, 2005: 46; Clarke, 2014: 11-12). Som et eksempel på dette kan OP-team fagprofessionelle eller patientgrupper fx indgå i sociale verdener blandt ledere, men som ikke-tilstedeværende implicerede aktører, når og hvis de omtales som med-definerende positioneringer ift. hvordan fysisk helbredshåndtering defineres.

Selve analysen er inddelt i to hovedafsnit. Det første hovedafsnit indeholder samlet set centrale leder- og psykiater-perspektiver, mens det andet hovedafsnit omhandler udvalgte tematiseringer af de definitioner og definitionsprocesser omkring fysisk

³⁹ Implicerede aktører eller aktanter beskriver henholdsvis personer eller ikke-humane aktører i konkrete situationer, som konstrueres af andre for egen vindings skyld (Clarke, 2005: 47).

helbredshåndtering, der finder sted blandt casemanagers. Selvom denne opdeling på sin vis er kunstig ifølge Clarkes (2005) forståelse af sociale verdener og arenaer, fordi der bl.a. er situationer, hvor henholdsvis ledere, psykiatere og fagprofessionelle tilhører fælles sociale verdener, så anvendes denne opdeling mhp. at forenkle og skelne mellem hvilke definitioner, der fortrinsvis er tilknyttet bestemte typer af aktør-positioneringer.

Både i psykiater- og lederrollen ligger en implicit forventning om, at de inden for den organisatoriske ramme har til opgave at påvirke kollegaer eller medarbejdere til at arbejde hen imod opfyldelse af bestemte behandlingsmål. Opdelingen symboliserer for det første forskellen i, at både psykiatere og ledelsesrepræsentanter har større magtbeføjelser end casemanagers inden for psykiatriarenaen. For det andet er der den forskel, at casemanagers fortrinsvis er dem, der er i ansigt til ansigt-interaktioner med patientgruppen, hvilket ved sammenligning med ledere og psykiatere relativt sjældent sker i psykiaterrollen – og sjældnere, eller aldrig - blandt ledelsesrepræsentanter. Dermed er casemanagergruppen også de aktører, der fortrinsvist repræsenterer den psykiatriske arena og verden i patient-fagprofessionelle interaktionssammenhænge.

Samtidig med at OP-teams udgør den sociale verden, der har det fælles mål at behandle og interagere med de patienter, der visiteres til dette behandlingstilbud, er de også medlemmer af andre sociale verdener. Fx er en psykiater eller casemanager som minimum også medlem af deres respektive professionsfællesskaber, de er tilknyttet en social verden med deres nærmeste leder, og derudover indgår de i de forskellige sociale verdener, hvor de interagerer med deres respektive patienter i OP-teamregi. Ledelsen af OP-teams indgår ligeledes i flere sociale verdener, som ud over deres samspil med OP-teammedarbejdere også omfavner evt. øvrige medarbejdergrupperinger og øvrige ledelsesgrupperinger, professionstilhørsforhold mv. Disse skitserede sociale verdener er alle tilknyttet den social arena, der omfavner den psykiatriske organisation. Ud over disse forskellige, psykiatrirelaterede sociale verdener indgår disse aktører også i social verden- og arena-kontekster inden for deres ikke-professionelle liv. I form af uformelle, ikke-faglige og mere eller mindre private normer og ideologier, kan dette også bringes i spil ift., hvordan aktører i de psykiatriske social arena-verden fællesskaber interagerer.

Som led i den abduktive analyseproces af, hvordan fysisk helbredshåndtering defineres i det empiriske materiale, bliver det fremtrædende, hvordan emotionelle aspekter inddrages som meddefinerende. Jeg får indledningsvis ”øje på” emotionsarbejdet i feltarbejdet og ved gennemførelse af fokusgruppeinterviews blandt fagprofessionelle og i sammenhæng med observationer af hvordan KRAM, når det blev sat på dagsordenen blandt personale, i sig selv skabte en negativ stemning og frustrationer (også tidligere omtalt i afsnit 4.3.2). Derfor inddrages også Hochschild's (2012) emotionsteori til i højere grad at kunne beskrive og forstå, hvordan der med det såkaldte emotionsarbejde dannes strukturer i psykiatriarenaen og i OP-teamenes sociale verdener –og i relation til fysisk helbredshåndteringsaspektet den psykiatriske behandlingspraksis. Nedenfor præsenteres denne emotionsteori.

5.3 Emotionsarbejde

Hochschild's (2012) emotionsteori udgør et supplement til Blumers (1986) generelle, interaktionistiske forståelse af handlinger, meningsdannelser og fortolkningsprocesser. Ifølge Arlie Hochschild (2012), som er amerikansk sociolog og professor, har emotionsarbejde den funktion at danne, forandre eller fastholde de grænser, som involverede aktører er del af. Hun skelner ikke skarpt mellem følelser og emotioner, men definerer overvejende fænomenet, som noget vi substantielt gør, når vi definerer situationer ud fra kombineret opmærksomhed på både indre og ydre begivenheder. Emotioner er således handlinger og signaler, der baseres på situationelle kropslige orienteringer og som medvirker til at lokalisere positioneringer. Når vi håndterer en emotion, håndterer vi bevidst eller ubevidst en kropslig forberedelse til en ventet social handling (Hochschild, 2012: 27-28).

Emotioner anvendes således både til at udtrykke os over for andre og til at danne os forestillinger om andre (Hochschild, 2012: 229-230). *Emotionsarbejde* (emotional work eller emotional labour) er i sig selv sociale handlinger, men bidrager også til at konstruere og tilrettelægge nye sociale handlinger. Det har en *brugsværdi*, uanset om emotionsarbejdet foregår i private, offentlige og/eller arbejdsrelaterede kontekster. Incitamentet til emotionsarbejde er grundlæggende undgåelse af lidelse eller søgning af fordele (Hochschild, 2012: 62). Emotionsarbejdet guides af *følelsesregler*, der opstår i spændet mellem, hvad personer i bestemte sociale roller ideelt set oplever at burde føle, og hvad de reelt føler (Hochschild, 2012: 61). Der skelnes mellem to former for emotionsarbejde, *overflade- og dybdeemotionsarbejde*. *Overfladeemotionsarbejdet* refererer til, at vi som mennesker agerer i en til situationen tilpasset og påtaget rolle og over for andre slører, hvad vi i virkeligheden føler. I *overfladeemotionsarbejdet* er kroppen det centrale redskab i handlingerne, hvor kroppen anvendes til at vise følelser, og hvor fremtrædelsesformen for omgivelserne er vigtigere end indholdet. I *dybdeemotionsarbejdet* derimod tilskynder vi os selv til at føle det, som vi oplever at burde eller ønsker at føle i situationen. Dybdeemotionsarbejde kan foregå på to måder. Den ene form for dybdeemotionsarbejde er direkte tilskyndelse af en følelse, mens den anden, "*method acting*", fremkommer af fantasi, bevidsthed og en trænet forestillingsevne (Hochschild, 2012: 38, 40). Hochschild (2012) beskriver endvidere hvordan følelser vha. hukommelse kan udgøre et genanvendeligt objekt, som "*emotion memories*". Disse kan både være reelle genkaldte følelsesrelaterede minder, men kan også være forestillede "as if" formodninger (Hochschild, 2012: 42-43).

Emotioner og følelsesarbejde styres af institutionelle påvirkninger, der både indadtil og udadtil giver signaler om, hvordan situationer giver mening, hvilket bliver anvisende for konkrete situerede handlinger. Med bl.a. inspiration fra Goffman er intentionen ifølge Hochschild (2012) med det emotionsteoretiske perspektiv at studere, hvordan emotionsarbejde interaktionelt indgår i at fortolke situationer. Hermed interesserer hun sig for, til forskel fra sin kritik af Goffman og hans primære fokus på interaktioners

”overfladehandlinger” (Hochschild, 2012: 35), at lokalisere det følelsesarbejde, der ligger bag disse overfladehandlinger. Emotionsarbejde får en vigtigere betydning i de sammenhænge, hvor man som individ og gruppe er usikker på, hvordan situationer skal håndteres, idet emotionelle signaler derfor anvendes til afprøvning af erfaringer og incitamenter mhp. at finde og afbalancere et passende emotionsarbejde i en given situation (Hochschild, 2012: 38). Inden for en given situation - og fra sekund til sekund - kan følelser forandres fra fx vrede til glæde, skyld til lettelse, skuffelse til behag osv. Det indebærer ikke, at vi holdes fast i en bestemt fysiologisk tilstand, men at vi tværtimod fokuserer på forskellige særpræg af situationen og reagerer derefter (Hochschild, 2012: 218).

I kollegiale og ledelsesmæssige sammenhænge omhandler emotionsarbejdet at indgå i kollektive fællesskaber mhp. at justere, vedligeholde eller forandre gruppelivets regler for kontinuerligt at opretholde en vis grad af sikkerhed i at være accepteret og anerkendt i den rolle, man nu indtager i arbejdsfællesskabet. I patientarbejdet omhandler emotionsarbejdet først og fremmest, at de fagprofessionelle regulerer deres emotioner, så selvet oplever at yde omsorg, pleje og behandling.

Både Clarkes (2005) social arena og verdens begreber samt Hochschilds (2012) emotionsteoretiske perspektiv anvendes, og uanset om fokus er på ledelse, psykiater eller casemanagers i analysen af hvordan fysisk helbredshåndtering defineres.

5.4. Ledelses- og psykiaterperspektiveringer

På hver sin måde har ledere og psykiatere både et større ansvar, udvidede magtbeføjelser og større grad af autonomi sammenlignet med casemanagers. Deres praksis har således betydning for, hvordan fysisk helbredshåndtering i direkte ansigt til ansigt patient-casemanager-interaktioner foregår, ikke som fysisk tilstedeværende aktørrepræsentanter, men som mere eller mindre influerende ”diskurser i rummet”. De analyser der fremlægges i de følgende to underafsnit, repræsenterer, ud fra min fortolkning, essensen og de centrale fund, der har betydning for, hvordan fysisk helbredshåndtering inden for casens ramme defineres blandt leder- og psykiatergrupper.

5.4.1 Ledesperspektiver på fysisk helbredshåndtering

Selvom der, som også beskrevet i kapitel 3, strukturelt og lovgivningsmæssigt ikke er klare, udstukne retningslinjer for, hvordan skillelinjen mellem sygehuse, praktiserende læger og kommuner er i forhold til fysisk helbredshåndtering, er der blandt de interviewede ledelsesrepræsentanter ikke tvivl om, at psykiatrien har en vigtig rolle, og at opgaven skal prioriteres. Til gengæld er der relativt store variationer i forhold til, *hvordan* opgaven og tilknyttede løsningsmodeller identificeres og defineres blandt de to ledelsesrepræsentanter. Ifølge Kjær og Vikkelso (2010) omhandler ledelsesopgaven

inden for sundhedsområdet overordnet set udøvelse af 1) daglig personaleledelse samt 2) organisatorisk ledelse med fokus på rammevilkår. Derforuden skal ledere håndtere udøvelse af ”hybridledelse”, herunder at formidle og mediere mellem forskellige ledelsesverdener, der især domineres af henholdsvis lægefaglige-, sygeplejefaglige- og generelle ledelsesverdener. Ledere kan i denne sammenhæng positionere styringen som enten ”institutionelle entreprenører”, der kendetegnes ved at skabe nye normer og handlemønstre blandt medarbejdere, og/eller som ”audit society” positionering, en styring, der er indlejret i dokumentationskrav og performancemålinger (Kjær & Vikkelsø, 2010: 177-179).

Disse forskellige styringspositioneringer genfindes også i denne case og som henholdsvis en proaktiv og en mere afventende og tilbagetrukket lederstil⁴⁰. Inden for den samme psykiatriarena, og i lederrelaterede sociale verdener, er der således diskrepans og forskellige ledelsesmæssige positioner for, hvordan fysisk helbredshåndtering defineres og perspektiveres. Idet datamaterialet kun er produceret ved interviewmetoden og ikke fremkommer fra observationsstudier, kan der også være diskrepans mellem de respektive lederrepræsentanters intentioner og handlinger i praksis, men som ikke kan fremanalyses i denne analyse. Analysen nedenfor præsenterer disse to forskellige lederstile.

Det ene skal ikke udelukke det andet – forandringsengageret lederstil

Analysen indledes med L2-perspektiver, hvor fysisk helbredshåndtering overordnet set betragtes som en meningsfuld, klinisk opgave, hvilket også fremgår af følgende citat, hvor L2 svarer på, hvilken rolle psykiatrien skal spille i forhold til fysisk helbredshåndtering, sammenlignet med øvrige aktører i sundhedsvæsenet:

L2: ”Så vil jeg sige, er kommunen eller egen læge eksperter i det? Altså det jeg vil sige, det er, at jeg synes, at vi skal passe på med, at vi ikke specialiserer os så meget, at vi ikke også ser det hele menneske, og vi ikke også kan tænke på tværs. Vi skal ikke, det udfordrer os jo også bare i forhold til vore sammenhængende patientforløb, hvis vi tænker så meget i siloer. Det er rigtig vigtigt, at vi specialiserer os, fordi der er brug for at have noget viden inden for skizofreni, inden for depressionsområdet og at blive dygtigere til at behandle denne grundlidelse. Men [...] jeg synes ikke, at vi kan sige, at vi har haft succes i psykiatrien, hvis man kan sige: ”vi fik stabiliseret patientens psykotiske symptomer, men patienten sidder nu med 50 kg’s overvægt og har diabetes og skal have lavet en forfods-amputation”. Så synes jeg ikke vi har lykkes, så derfor synes jeg, at det ene ikke skal udelukke det andet.”

Citatet illustrerer L2’s værdisættelse af fysisk helbredshåndtering som et integreret aspekt i en helhedsorienteret behandlingspraksis. Fysisk helbredshåndtering identificeres således som understøttende for styrkelse af patientgruppernes mentale

⁴⁰ Hvorvidt disse 2 lederstile er repræsentative for øvrige ledere på klinikledelsesniveau (seks personer i alt) er mig ubekendt, idet jeg ikke selv udpegede de inkluderede lederrepræsentanter.

helbred, og hvor fysisk og psykisk helbred betragtes som to sider af samme sag. L2 går så vidt, at hun omtaler undladelse af fysisk helbredshåndteringspraksis til i visse situationer at kunne være stigmatiserende. I sammenhæng med at L2 omtaler dilemmaer ved den medicinske behandling, der kan afstedføre negative fysiske helbredsmæssige konsekvenser som fx vægtøgning, udtaler hun:

L2: ”Jeg synes det er en stigmatisering af vores patienter, hvis vi ikke giver dem det her tilbud [...] vi har tradition for at have patienterne i lang tid og derfor synes jeg, vi har en særlig forpligtigelse også i forhold til, at vi ved at vores patienter, de har stor overdødelighed, så synes jeg vi har en særlig forpligtigelse.”

Udover at L2 identificerer fysisk helbredshåndtering som en særlig forpligtigelse i den psykiatriske behandlingspraksis, indgår der samtidigt intentioner om, at personalet understøtter helhedsorienterede og individualiserede patientforløb - ”patienterne er forskellige og har forskellige behov og er i forskellige faser i deres liv”. Endvidere beskriver L2 vigtigheden af, at personalet aktivt medinddrager og gør patienterne medansvarlige for behandlingen i relation til deres fysiske helbred, hvilket fremgår af følgende citat:

L2: ”Jeg kan ikke sige nok, at man skal have patienten med inde omkring det, for de skal ligesom vide, hvad det er, vi kan gøre, hvad er det, at nogle andre gør, og hvad er det, du kan gøre. Og vi kan hjælpe hinanden med at holde fast i, at det er den her retning, vi nu går i [...] men også at de er jo, de skal også tage det ansvar, man skal ikke tage ansvaret fra patienten [...] Jeg har nogen gange oplevet nogle personaler, som synes, det er synd for og lad dem nu bare ryge, fordi de har det sku da meget dårligt, og de får det nok bedre med at ryge [...]. Kunne det være, at patienterne reelt også havde et ønske om at holde op med at ryge og måske få det bedre, hvis de holdt op med at ryge? Det kunne være, at det ikke var rigtigt, at det var cigaretten, der gjorde at de fik det bedre, det kunne være at, så lad dem da ryge lidt hash eller så lad dem da få det der alkohol, jamen er det nu rigtigt, er det vores ide?”

Af citatet ovenfor fremgår det, at L2 inddrager personale som ikke-tilstedeværende, implicerede aktører til at tydeliggøre, at hun og personalet ikke altid har samme opfattelser, og at hun identificerer sig med proaktivt jfr. ”jeg kan ikke sige nok”, at gå i front for at ændre, hvad hun opfatter som personalets modstand mod at integrere arbejdet med fysiske helbred i den psykiatriske behandlingspraksis. Udover manglende fokus på sammenhænge mellem det fysiske og psykiske helbred indikeres der erfaringer med personale, der ifølge L2 i for lav grad aktivt medinddrager patienterne, og herunder heller ikke i tilstrækkeligt omfang identificerer disse som ressourcefyldte og aktive medspillere. Dette perspektiv kunne også stemme overens med den i kapitel 2 omtalte ambivalens i den organisatoriske ethos, som både Kemp (2011) og Baker et al. (2014) identificerer omkring psykiatrisk personales begrænsede villighed til at afgive suverænitæt til fordel for facilitering af self-management og aktiv patientdeltagelse.

Specifikt i relation til OP-teamregi beskriver L2, at fysisk helbredshåndtering har en særlig relevans, og at OP-teams også har nogle særlige fordele i at kunne integrere det i den daglige praksis sammenlignet med andre psykiatriske behandlingstilbud:

L2: "Men jeg tænker, hvis man skal sætte KRAM ind i forhold til den her kontekst, så synes jeg at sygeplejerskerne har en oplagt mulighed for, de har nogle andre ressourcer og også tid til at få prioriteret KRAM, end man måske lige ville have, når man sidder som en ambulans sygeplejerske, hvor der måske er lidt større flow, og du har en kortere kontakt med patienten[...] Jeg tænker jo lidt på, det kan jo godt være, der skal laves en plan sammen med den behandlingsansvarlige læge, og det kunne indgå i en behandlingsplan altså at udover det psykiatriske, at man også fik flettet noget ind omkring KRAM. Det kunne også være, at man var nødt til, at skulle have egen læge med på banen, og det kunne også være, hvis man havde et samarbejde med socialpsykiatrien, at de skulle følge op omkring det."

L2 perspektiverer dermed fysisk helbredshåndtering som særligt vigtigt i OP-teamregi og med øget bevidsthed på at udnytte behandlingstilbuddets langvarige og intensive forløb samt muligheder for tværfagligt og tværsektorielt samarbejde omkring opgaveløsning.

Opsummerende definerer L2 fysisk helbredshåndtering som en vigtig opgave, der i psykiatriarenaen endnu ikke er implementeret tilfredsstillende. De sociale grænser ift. at reducere afstanden mellem ledelses- og personalets definitioner af fysisk helbredshåndtering er fortsat vanskelige at bryde, men indgår i en ledelsesmæssig styringsstrategi svarende til "institutionel entreprenør"-lederstilen. En udviklingsproces, hvor fysisk helbredshåndtering relateres til aktiv lederinvolvering og som bl.a. er meningsfuld, fordi manglende integrering af fysisk helbredshåndtering i den psykiatriske behandlingspraksis identificeres som stigmatiserende. L2 har endvidere specifikt fokus på ift. OP-teamene, at der ved udvikling af praksis i relation til fysisk helbredshåndtering udnyttes de særlige muligheder for udøvelse af helhedsorienterede og sammenhængende patientforløb med aktiv patientinvolvering.

"Det burde jo have været en psykiatriopgave" – en afventende lederstil

Hvor L2, som beskrevet ovenfor, definerer fysisk helbredshåndtering, som en betydningsfuld behandlingsopgave, der også efterspørger en involverende lederpositionering, så er L1-lederstilen mere kompleks. Selvom L1, ligesom L2, også beskriver fysisk helbredshåndtering som en vigtig behandlingsindsats, repræsenterer L1 en vis grad af ledelsesmæssig uafklarethed og en mere distanceret og defensiv lederpositionering. Denne overordnet set mere afventende lederstil illustreres i citatet nedenfor, hvor L1 besvarer et spørgsmål om, hvordan fysisk helbredshåndtering indgår i den psykiatriske pleje og behandling:

L1: "Det burde jo have været en psykiatriopgave. Jeg tror, der går mange år"

X: "Nå, så du tænker, at det er den ikke endnu?"

L1: "Jeg, jeg tænker ikke den er, altså den, altså udfordringerne er, og der dukker nye ting op hele tiden [...] Altså hvis du spørger medarbejderne, så er der ingen, der overhovedet er i tvivl om, at vi skal gøre noget ved den her situation, vi har. Vi kan ikke sidde og se på, at der er mennesker, der dør 20 år før andre patienter gør. Det er der stor stor fælles fodsålv på. Men måden man går ind og gør det på, det er der altså ikke stor massiv opbakning til, og det er der mange (lille grin), der har meninger om [...] Så jeg tror, at alle er enige om, at det her, det kan vi ikke være med til, og det kan vi ikke acceptere, men metoden at gøre det på, den har en tung gang, og der kan jeg godt sige, at gangen er tung stadigvæk."

Som citatet umiddelbart illustrerer, signalerer L1, at der på tværs af ledelse og medarbejdere er bred enighed om, at fysisk helbredshåndtering er vigtigt, og også et psykiatrifagligt moralsk anliggende hvor det amoralske ligger i, at der blandt "vi" ikke i tilstrækkelig grad handles på, at patientgruppen "dør 20 år før andre". Samtidig identificerer L1 problemstillingen som svær at løse, hvilket begrundes i uenigheder blandt personalet og en manglende tilgængelig "metode". L1 indikerer endvidere, som også tydeliggøres i citatet nedenfor, en tilnærmelsesvis forargelse over, at personalet ikke løfter opgaven tilfredsstillende:

L1: "Jamen jeg tror, man skal passe på med at sige, det ikke er noget, der er kommet som en beslutning udefra. Vi står her med et menneske, hvor vi kan se, at vedkommende har brug for noget hjælp til forskellige ting, ikke også, enten KOL eller - altså igen, du sidder ikke med et menneske med et tårn højt blodtryk og ikke vil gøre noget ved det. Altså, det er det der med, hvordan man kan få det til at give mening, og hvor det ikke er noget, der kommer udefra, som noget vi skal, men hvor vi også kan se det. Altså kan vi være bekendt som sundhedspersonale ikke at gøre noget ved det her?"

L1 positionerer sig dermed som en ansvarsfuld leder, men med begrænset direkte indflydelse. Hvilken rolle, som L1 i form af sin lederposition potentielt kunne udøve indflydelse med i relation til fysisk helbredshåndtering, fremgår således fortrinsvis i form af, hvordan andre aktører eller aktanter inden for de aktuelle sociale arenaer/verdener udgør barrierer for en hensigtsmæssig praksis. Lignende ledelsesrelaterede mønstre, hvor hyppigste barriere for fysisk helbredshåndtering blandt ledere tillægges andre aktører end ledelsen selv, genfindes også fra det tidligere omtalte amerikanske studie af Vanderlip et al. (2014) i kapitel 2 om ACT-lederes holdninger til arbejdet med patienters fysiske helbred.

Citatet ovenfor, og hvordan L1 identificerer fysisk helbredshåndtering, kan også fortolkes på en anden måde. Selvom fysisk helbredshåndtering af L1 beskrives som vigtigt, kan måden dette fremstilles på fortolkes som overfladeemotionsarbejde, hvor L1 fremsætter de følelsesregler vedkommende forestiller sig at "burde" repræsentere (Hochschild, 2012: 42). Fysisk helbredshåndtering kan af L1 reelt set og på én gang identificeres som både et kompliceret og mindre betydningsfuldt aspekt af den kliniske

behandlingspraksis. Med andre ord kan L1's definition af fysisk helbredshåndtering også identificeres som et marginaliseret aspekt af den ledelsesmæssige prioritering, hvilket jeg nu vil redegøre nærmere for og ud fra følgende tre aspekter:

- 1) at L1 **udlejrer det ledelsesmæssige ansvar** ved i stedet at ansvarliggøre enten medarbejdere eller den ydre styring af fysisk helbredshåndtering som ”skal-opgaver”.
- 2) at L1 identificerer sig som en **beskytter** af personalet ift. ydre krav om involvering i fysisk helbredshåndtering.
- 3) at L1 ud fra et emotionshåndteringsperspektiv udadtil forsøger at skabe sympati og anerkendelse for et på overfladen konstruktivt ledelsesmæssigt engagement, men som ved nærmere undersøgelse også kan identificeres som dybdeemotionelle ”emotion memories” eller ”method acting” med **frustrationer og opgivenessfølelser** rettet mod ydre krav og personalet.

Ift. pkt. 1 viser datamaterialet at selvom fysisk helbredshåndtering af L1 defineres som vigtigt og et moralsk anliggende, så identificeres det ikke umiddelbart som et ledelsesmæssigt ansvarsområde. I stedet defineres fysisk helbredshåndtering som enten et udefrakommende krav (*”måden man går ind og gør det på”*), med manglende tilfredsstillende og tilgængelige ”metoder” til udøvelse i praksis, eller som et ansvar der implicit er placeret hos personalet. Sidstnævnte viser sig, når L1 positionerer sig med begrænset oplevelse af ledelsesmæssig indflydelse, idet de ikke-tilstedeværende personaleaktører identificeres med en tilnærmelsesvis forargelse over, at ”sundhedspersonale” ikke handler på, at patientgruppen *”dør 20 år før andre”*.

L1 beskriver også lederrollen ift. fysisk helbredshåndtering som *”Pandoras æske”*. Anvendelsen af denne metafor indikerer L1's implicite erfaringer med eller forestillinger om, at jo mere der ledelsesmæssigt dykkes ned i problemstillingen, desto mere kompliceret bliver den. Fysisk helbredshåndteringsopgaven defineres nærmere ud fra diverse barrierer såsom, at *”der er træghed i psykiatrien”*, manglende *”fjelles fodslan”*, og at der ikke er en kultur for *”at man løfter i flok”*. Det kliniske personale og især personale med en lægefaglig baggrund opleves af L1 både at *”snakke og snakke”* og at være obstruerende i forhold til at følge krav til praksis, samt at især *”aldre lægers”* reaktive tilgang til opgaven *”smitter af på yngre læger”*. Endvidere oplever L1, at det ikke-lægefaglige personale bliver opgivende, når lægerne ikke udfører og deltager i deres del af opgaven. Derudover beskriver L1, at fysisk helbredshåndtering på den ene side er indeholdt i arbejdet med *”hundredårige patienter”*, og at personalet på den anden side har uhensigtsmæssige *”fordomme om patienterne”*, herunder at de har problematiske holdninger om, at fysisk helbredshåndtering kan have en negativ konsekvens i forhold til at *”skade patienterne”*, eller at *”det er synd for patienterne”*, hvilket ifølge L1 *”er noget sludder”*.

På trods af at L1 identificerer omfattende problemstillinger omkring fysisk helbredshåndteringspraksis, og samtidig har et ideal om at udøve en lederstil med tæt samarbejde med personalet, at arbejde med ”fødderne i rødderne”, reduceres det ledelsesmæssige styringspotentiale i måden som L1 positionerer sig på yderligere. Der indgår en implicit forventning til, at opgaven på forhånd er naturligt indlejret i de sundhedsprofessionelles professionsudøvelse. L1 udtrykker det således: ”*det er jo noget med at appellere lidt til det sundhedsfaglige gen ikke, hvad er det nu, vi er sat i verden til, hvorfor har vi nu valgt det her?*”

I specifik relation til lederrollen ift. OP-teams beskrives patientgruppen som:

L1: ”*det er jo lige præcis de patienter ikke også, der har en overdødelighed ik’ og jeg tænker, det er også de patienter, som vi skal have et særligt fokus på ift. de der livsstils sygdomme ik’ og jeg kunne da sagtens forestille mig, at der er nogen af dem der går med de der sygdomme, som bare aldrig nogensinde er blevet afsløkket ik’, fordi de er jo ikke opsøgende med læger og sådan noget, det er jo ikke det der kendetegner dem*”

Til trods for at L1 anser patientgruppen som særligt udsatte, identificerer L1 heller ikke OP-teams og deres arbejde med fysisk helbredshåndtering som et væsentligt ledelsesmæssigt indsatsområde:

L1: ”*jamen der er ikke et særligt fokus ved OP-teams, det, det er ens over hele linien, vi snakker jo om det [...] men der er ikke noget særligt derude, mere end der er andre steder.*”

I overvejende grad indikerer L1, trods omfattende identificerede problemstillinger der knytter sig til fysisk helbredshåndteringspraksis, at personalet inkl. OP-teams ikke behøver proaktiv lederinvolvering. Dermed defineres fysisk helbredshåndtering som et marginaliseret fænomen med begrænset behov og ansvar for ledelsesmæssigt initierede løsningsmodeller.

Jfr. punkt 2 kan marginalisering af fysisk helbredshåndtering også identificeres ud fra det aspekt, at L1, fremfor at involvere sig proaktivt i de omfattende problemstillinger, i stedet for distancerer sig ift. fysisk helbredshåndtering i form af, at vedkommende indtager en beskytterrolle over for personalet. Altså at vedkommende forklarer de omfattende problemstillinger ved, at fysisk helbredshåndtering defineres som en tilnærmelsesvis, meningsløs, udefrainitieret ”skal-opgave”. Selvom L1 på den ene side i sin argumentation appellerer til personalets ansvarlighedsfølelse i form af, at ”det sundhedsfaglige gen” skal aktiveres, så forsvares de føroplistede barrierer med, at fysisk helbredshåndtering identificeres som en opgave, der er ”påduftet os”, hvilket L1 flere gange vender tilbage til i interviewet og bla. omtaler på følgende måde:

L1: ”*Men det der sker engang imellem når der kommer nogle ting oppefra, så kan de have en svarere gang på livet, end hvis det er noget der kommer nedefra. Men nu er det ikke kommet nedefra, altså der*

er jo ikke nogen, der på en eller anden måde har syntes at det her, det skal have en særlig opmærksomhed [...] Men jeg synes generelt at det der komme oppefra, det har en sværere gang på jorden, fordi det er noget udefra og det er noget andre går ind og bestemmer ... jeg er altså mest til det der med at man ikke skal sige det er obligatorisk, men også hvad skal man sige, får det italesat sådan at det giver mening ikke, fordi hvis der er nogen der ikke synes, der er noget der giver mening, så gør de det ikke [nej], selvom de godt ved at det er forkert [nej], så gør de det bare ikke [nej], så det er med at knække den kode ...

Med dette citat som eksempel udtrykker L1 sympati med personalets modstand, og at de distancerer sig fra udefrainitierede, obligatoriske krav, hvilket fysisk helbredshåndtering i overvejende grad defineres som. Dermed fremtræder L1 også som en beskytter af ”os” overfor ”dem”, hvor ”dem” repræsenterer den ydre styring, og dermed retfærdiggøres også i måden det defineres på, at fysisk helbredshåndtering marginaliseres.

Det sidste aspekt, jfr. punkt 3, omhandler L1's overordnede efterstræbelse af at fremstå som en engageret leder i forhold til fysisk helbredshåndtering, men hvor som før beskrevet, bagvedliggende marginaliseringsintentioner samt også frustrationssfølelser skinner igennem ved bla udtryk som, at ”*det har en tung gang*” og ”*altså kan vi være bekendt [...] ikke at gøre noget ved det her?*”. På den ene side udtrykker L1 frustrationer og tilnærmelsesvis forargelse eller håbløshed over problematiske ydre krav og/eller personalets modstand og manglende ansvarlighed, hvilket begrænser L1's ledelsesmæssige indflydelse. Set i lyset af social arena/verdenbegreberne stemmer det overens med, at L1 pga sit tilhørsforhold til både den psykiatriske arena og flere relaterede sociale verdener, ser sig nødsaget til eller reelt også ønsker, udadtil at signalere kompetent og loyal lederskab. En leder, der både signalerer relevans og som proaktivt engagerer sig i fysisk helbredshåndtering som en meningsfuld ”skal-opgave”.

Denne overfladeemotionshåndtering stemmer ikke nødvendigvis overens med, hvilke emotioner der er fremtrædende ”under overfladen” og det såkaldte dybdeemotionsarbejde. Der kan være diskrepans mellem det som Hochschild (2012) beskriver som afstand mellem ideelle følelser - hvad føler jeg ift., hvad burde jeg føle (wrongness display), og hvad føler jeg ift., hvilke følelser jeg fremstår med at føle (falseness display) (Hochschild, 2012: 57, 60). Der synes netop at være elementer af to modsatrettede sæt af følelsesregler, hvor fysisk helbredshåndtering, som del af overfladeemotionsarbejdet, defineres som et morals, forpligtigende aspekt af behandlingspraksis. Dette kan svare til, at L1. med sit umiddelbare engagement i fysisk helbredshåndtering, ”låner følelser” (Hochschild, 2012: 80), som vedkommende forestiller sig, at jeg i interviewsituationen og evt. andre ønsker, at vedkommende føler og mhp at mindske eller undgå at afsløre følelser, der ifølge L1 er uhensigtsmæssige i situationen.

Appliceringen af følelsteorien finder sin legitimitet i det faktum, at jeg ved gennemlæsning af datamaterialet oplever en stemning af frustrationer, som ved nærmere analyse viser sig at være rettet mod enten personalet eller unavngivne personer opadtil i systemet.

Ift. frustrationer rettet mod de ydre krav, følger her et eksempel:

L1: "Det [red. KRAM som et af flere nye tiltag der skal implementeres, og som kommer udefra] kommer som regel aldrig til at køre, det skal hele tiden have en bevågenhed, en opmærksomhed ik', og det skal måles og vejes. Og så er det vi kommer ud i, at der er mange mange skibe i havnen ik', og de alle skal måles og vejes ik'."

Frustrationen bliver fremtrædende, fordi L1 med tidsmæssige termer som "aldrig" og "hele tiden" samt metaforen med "mange mange skibe i havnen" beskriver erfaringer med, at der igangsættes for mange tiltag, som ikke bliver implementeret tilfredsstillende, fordi de såkaldte skibe ikke kommer ud at sejle. Samtidig er frustrationen også rettet mod "bevågenhed" og at "alt skal måles og vejes", hvilket indikerer L1's reaktion på, at fysisk helbredshåndtering som én ud af mange aspekter, der skal implementeres på en gang, identificeres som en kontrolforanstaltning, der lægger pres på L1 og vedkommendes lederskab.

Det følelsesarbejde, som L1 anvender, der er rettet nedadtil i organisationen og mod personalet indeholder også en frustration, men som følelsesmæssigt mere er i retning af ærgrelse eller skuffelse:

L1: "Det er lidt sørgeligt, at det skal komme oppefra, før at man selv synes, at det var et vigtigt område."

At L1 netop ikke taler om "vi", men om "man", vidner om, at skuffelsen alene er rettet mod personalet. Det følgende citat viser hvordan L1's frustration også kan være i retning af irritation, utålmodighed, bebrejdelser og tilnærmelsesvis opgiveness:

L1: "Og jeg kan da også høre, sådan at når man nævner den der overdødelighed der er, at der er nogen der kan blive noget overrasket over de tal, hvor jeg tænker, jamen nu de tal, dem har vi faktisk snakket om nogle år, det er jo ikke nogen nye tal der først er kommet her i 12 og 13, men det er jo et problem der har været i mange år [...] Men igen nogen gange, så tror vi noget ikke kan lade sig gøre, men det er egentlig os, det er det personale, der har gået her i mange år, der ikke flytter sig. [...] Og det er det med at få det kørt ind, som, jamen det hører med når patienten bliver indlagt ik', det er jo et vigtigt fokusområde ik', men jeg tænker bare, at der er en træghed i psykiatrien."

Ifølge Saldana (2013) hører følelser som vrede/ærgelse/bitterhed/surhed til gruppen af "consequential emotions", hvilket betyder, at det er trigger-følelser, der udløser dem (Saldana, 2013: 109). Idet fysisk helbredshåndtering, jfr pkt 1 og 2, marginaliseres som

enten et ydre ansvar eller et fagprofessionelt ansvarsområde, kan L1's negative følelser af ærgelse og tilnærmelsesvis bitterhed, være udløst af bagvedliggende følelser som forlegenhed eller skamfuldhed. Disse følelser behøver nødvendigvis ikke at være følelser, som L1 er bærer af i dagligdagen i relation til fysisk helbredshåndtering, men *kan* være "bygget op" som led i interviewsituationen mhp. at give et positivt indtryk. Dette kan med andre ord svare til, hvad Goffman omtaler som *indtryksstyring*. Ifølge Goffman (1959) efterstræber vi alle i enhver situation at kunne styre og kontrollere det indtryk, som andre får af os, og dermed også måden som andre behandler os på. I måden som andre reagerer på indtryksstyring, indgår der en vurdering af de oftest verbale og viljebestemte udtryk, men også en vurdering af indirekte og mere ukontrollable udtryk. Dette sker samlet set mhp. at vurdere gyldigheden af det indtryk, som personen ønsker at skabe (Goffman, 1959: 18, 203). Intentionen bag indtryksstyring kan fx være ønsket om "et harmonisk konsensusforhold" eller at drille eller føre tilstedeværende bag lyset (Jacobsen & Kristiansen, 2002: 92). At L1 indimellem, som illustreret tidligere i afsnittet, udadtil udtrykker frustration over erfaringer med modarbejdende medarbejdere, kan dermed samtidig være udtryk for en bagvedliggende intention om at undgå at krænke eller fornærme mig, som interviewer og ex-tovholder for fagområdet ved at dække over eller at sløre et reelt fravær af ledelsesmæssigt engagement.

Inddragelse af emotionsteori bidrager samlet set til at understøtte og tydeliggøre, at L1's umiddelbare perspektivering af fysisk helbredshåndtering som et prioriteret og vigtigt aspekt af den psykiatriske behandlingspraksis, i overvejende grad udtrykker en på overfladen foregivelse af, hvordan L1 i dybdeemotionsarbejdet føler sig forpligtiget til at udlægge emnet. Ved nærmere analyse viser det sig, at L1 mere indirekte indikerer, at fysisk helbredshåndtering er et marginaliseret og udlejret aspekt af de problemstillinger, der af L1 identificeres af relevans for vedkommendes lederpraksis trods identifikationen af omfattende og komplekse problemstillinger.

Som det fremgår af ovenstående analyse, er der en dobbelttydighed på spil. Godt nok udviser L1 et umiddelbart engagement i at involvere sig i opgaven "fysisk helbredshåndtering", der jo defineres som en vigtig behandlingsrelateret opgave. Men samtidig understøtter analysen også, at L1's reelle definition af fysisk helbredshåndtering indeholder en tilbageholdende lederstil, hvor fysisk helbredshåndtering enten ansvarsmæssigt udlejres til andre eller marginaliseres som et mindre betydningsfuldt aspekt af den psykiatriske behandlingspraksis.

Denne fortolkning af L1's lederstil og måde at definere fysisk helbredshåndtering på forstærkes yderligere af, at L1's positionering synes at være farvet og under indflydelse af, hvordan psykiatergruppen perspektiverer fysisk helbredshåndtering.

Ligheder og forskelle i de to lederpositioneringer

Ved sammenligning af L1 og L2-lederperspektiverne på fysisk helbredshåndtering er

der overordnet set konsensus om, at fysisk helbredshåndtering er en vigtig psykiatri-faglig opgave, men som endnu ikke er integreret eller løst hensigtsmæssigt i praksis. De løsningsmodeller, de identificerer sig med i deres respektive lederroller, er forskellige. Til forskel fra L1 identificerer L2 fysisk helbredshåndtering som et både integreret aspekt af proaktiv ledelsesudmøntning og proaktiv medarbejderinvolvering, herunder proaktiv patientinvolvering, og som ved undladelse kan forårsage patientstigmatisering. L2 identificerer overordnet set fysisk helbredshåndtering med en relativ, klar, ideologisk rettesnor mod en helhedsorienteret og sammenhængende behandlingspraksis. Til forskel fra L2 identificerer L1 fysisk helbredshåndtering overvejende som et marginaliseret ledelsesmæssigt indsatsområde, der enten udgør et personalemæssigt, selv-initierende, moralsk anliggende eller en udefra-initieret skal-opgave. Med modsatrettede følelsesregler indikerer L1 overordnet set en afventende og tilnærmelsesvis afstandtagende lederpositionering, hvor fysisk helbredshåndtering defineres som en ikke-ledelsesmæssig håndterbar og tilnærmelsesvis fremmed opgave.

Ved sammenligning af hvordan L1 og L2 specifikt identificerer fysisk helbredshåndtering i OP-teamregi, har L1 til forskel fra L2 ikke gjort sig overvejelser over, at personalet kan handle anderledes end i andre ambulante kontekster. Derimod identificerer L2 OP-teams som en særlig vigtig og særlig fordelagtig kontekst for fysisk helbredshåndteringspraksis. Denne forskel vidner også om, at L2 er mere involveret og refleksiv end L1 ift. styring og ledelse af fysisk helbredshåndtering. Til forskel fra L2 der proaktivt definerer fysisk helbredshåndtering som en proces, der svarer til ”institutionel entreprenør”-lederinvolvering, udgør L1-lederstilen overordnet set en mere defensiv positionering. Intentionelt eller ikke-intentionelt kan fysisk helbredshåndtering, ifølge L1-positioneringen, defineres i retning af en ”audit society”-lederstil, hvor styringen af fysisk helbredshåndtering er distanceret og domineret af performancemålinger.

Som aspekter af hvordan fysisk helbredshåndtering defineres af disse to ledere i relation til psykiaterrollen, indgår psykiatergruppen overvejende som ikke-konstruktiv, involverede, implicerede aktører. Men hvordan psykiatere selv identificerer fysisk helbredshåndtering og deres praksis relaterede roller, er omdrejningspunktet for det følgende afsnit.

5.4.2 Psykiaterperspektiver på fysisk helbredshåndtering

Psykiatergruppen, der består af tre personer, indgår som en af flere tværfaglige professioner i OP-teams, men har samtidig behandlingsansvaret og hermed også den faglige lederrolle i relation til det kliniske arbejde. Overvejende identificerer psykiatergruppen i denne case sig i mindre grad med opgaver relateret til fysisk helbredshåndtering, men beskriver dog typiske situationer, hvor det bliver vedrørende: *"vi går ind efter behov og ikke pr. skema", "vi indgår ved medicinoplægning"* og især når *"medicinændring pga. vægtændring er centralt"*. Som et eksempel på hvordan fysisk

helbredshåndtering relateres til medicinomlægning beskriver en psykiater neden for et forløb med en patient med både skizofrenilidelse og KOL:

"Ham har jeg også kun hørt om. Jeg har ikke set ham. Og så – det er igen en telefonkontakt og distriktsygeplejersken. Og den KOL-patient får altså en enorm dosis af psykofarmaka, for han er altså også sindsyg. Og han kan ikke sluge den medicin. Han er dårlig. Og så i et hug så seponerer jeg al hans fem slags antipsykotiske medicin [...] for det havde en negativ indflydelse på lungefunktionen. Så giver jeg ham depotmedicin i stedet for [...] Der kommer en distriktsygeplejerske to gange om ugen og besøger ham, og de har jo også haft en somatisk uddannelse. Og så skriver jeg også naturligvis kopi til egen læge. Og de andre læger de kan jo se det - altså lungemedicinerne, de kan jo se, hvad jeg gør. Så der er ikke noget. Så jeg går altså op i somatik."

Grundlæggende identificeres den del af fysisk helbredshåndtering, der ikke relateres til den medicinske behandling, som værende forskellig fra det, der relateres til den medikamentelle behandling, idet medicin og medicinering identificeres som havende *"direkte betydning for behandling"*. Dette indikerer overordnet set, at psykiatere kategoriserer fysisk helbredshåndtering som et aspekt i deres praksis, der kun har en mindre eller ubetydelig betydning, medmindre den relateres til den psykofarmakologiske behandlingspraksis.

"Blowing in the wind" – meningsløs registreringspraksis

Psykiatergruppen positionerer sig også i overvejende grad væk fra ansvar i relation til fysisk helbredshåndtering. Dette viser sig i form af en kritik, rettet mod at fysisk helbredshåndtering identificeres som del af en mere generel standardiseringsbølge og med manglende sammenhæng mellem ydre krav til praksis og det reelle patientrettede outcome:

SP1: *"Jeg vil problematisere, at det er i orden, hvis der er en interventionskonsekvens, og at det man måler på er, om der er sket noget [...] Men grunden til at metabolisk syndrom, det er jo fornuftigt nok at registrere det, det er jo fornuftigt nok at registrere KRAM-ting, men hvis man ikke i den setting, hvor man registrerer det, handler på det på anden måde end at skrive det til egen læge, så er det "blowing in the wind". Og derfor er den medicinske indikator, selvom den kunne være fornuftig nok, altså så har den ikke den effekt, som der skulle være på outcome, og det er der naturligvis mange og forskellige grunde til, men det har det ikke, og det er også vist i Danmark."*

Citatet viser, at ansvaret og handlepotentialet kanaliseres væk, men uden at det rettes mod nogle eller noget bestemt. I forlængelse af kritikken af manglende sammenhæng mellem registrering og en meningsfuld klinisk praksis og outcome, kunne SP1 qua sin profession, positionere sig som den, der skabte eller forsøgte at skabe den identificerede, manglende sammenhæng. I stedet positionerer vedkommende sig som en form for tilskuer, der er i sin ret til at kritisere, at registreringspraksis ikke afstedfører et hensigtsmæssigt outcome, og som metaforisk beskrives som *"blowing in the wind"*. Denne tilskuerpositionering kunne tolkes som en underdanig positionering, som SP1 er

presset ind i af andre og stærkere aktører i den psykiatriske arena/verden, men kan også tolkes som en ønsket og efterstræbt positionering i relation til fysisk helbredshåndtering, fordi psykiaterrollen trods det formelle kliniske ansvar reelt med tilskuerrollen skaber muligheden for at undgå at skulle involvere sig for meget. Da netop psykiaterpositionen grundlæggende ligger højt i det behandlingsmæssige magthierarki, anses det som mest plausibelt, at tilskuerpositioneringen er udtryk for et strategisk tilvalg, og fordi det skaber manøvrerum. Dette kan også afspejle hvad Byg (2016) beskriver, nemlig at professioner i det danske sundhedsvæsen generelt set, og til forskel fra andre lande, har stor indflydelse på, hvordan politiske intentioner fortolkes lokalt (Byg, 2016: 67).

På trods af at psykiatergruppen formelt set også er første led i den kliniske ansvarskæde i relation til den psykiatriske behandling, der udføres af øvrige ikke-lægefaglige pleje- og behandlingspersonaler, perspektiveres fysisk helbredshåndteringspraksis overvejende som et ikke-psykiaterfagligt ansvarsområde. Dette fremgår nærmere af følgende citat:

SP1: "Det er jo altså ikke mig, der skal gøre det [...] Det er organisationen, der bestemmer, at man skal have det tilbud. Og så de patienter, man kan motivere for det, deltager i det. For eksempel det her med overvåg og psykiske sygdom."

X: "Er det, du siger, er det, at det er organisationen, der bestemmer. Betyder det, at så tænker du, at du er lidt ude af det, det kliniske arbejde, som - som du blandt andet er ansvarlig for?"

SP1: "Job, men jeg kan jo ikke "løpse"⁴¹ [...] men jeg kan ikke bare "løpse" personalerne til at gøre det, og det kan jo heller ikke være sådan, så det kun bliver skrevet til opsøgende psykoseteam. Det skal jo være organisationen - psykiatriorganisationen - som interesserer sig for, at en stor del af patienterne er svært, (ler) kognitivt forstyrrede."

Citatet udtrykker, at psykiatere heller ikke identificerer sig som ansvarlig ift., hvordan de ikke læge-faglige "personaler" forholder sig eller tager ansvar for opgaven. Tværtimod kan der anes en beskyttelse og argumentatorisk værn mod at ansvarspacere fysisk helbredshåndtering hos alt klinisk personale i en "os mod dem"-fremstilling med "organisationen" som dem, der udpeges som ansvarlige. Med omtale af "organisationen" frem for fx ledelsen kan være udtryk for, at SP1 ønsker at sløre eller ikke har taget stilling til, hvor ansvaret mere præcist bør placeres. Dermed synes det plausibelt, at psykiatergruppen gennemgående opfatter fysisk helbredshåndtering som en særdeles vanskelig eller problematisk opgave, for både psykiatere og det ikke-lægefaglige personale, at involvere sig i. Dette understøttes yderligere af, jfr. citatet ovenfor og nedenstående citat, at fysisk helbredshåndtering, ved kategorisering af

⁴¹ Ordet "løpse" er formentlig et selvopfundet ord, men har tilsyneladende en betydning i retning af at presse nogen til noget.

patientgruppen som gennemgående dysfunktionelle, identificeres som en brydsom opgave at løse. SP3 udtaler:

SP3: ”jeg laver ikke alle de der registreringsopgaver, dem lader jeg ligge [...] og de [red. patienterne] har alligevel svært ved at ændre adfærd. De vil ikke stoppe med at ryge eller stoppe med at spise usundt ok, det er det, der sker, ja, så de skal alligevel i behandling med noget somatisk medicin”.

At psykiatergruppen i relation til fysisk helbredshåndtering kun i begrænset omfang involverer sig trods det formelle behandlingsansvar indikerer, at fysisk helbredshåndtering udgør et lavstatus eller ikke-prioriteret fagområde, der også, som citatet oven for vidner om, forsvares ud fra rationaler om manglende nytteværdi.

Psykiatergruppens perspektiver på, hvordan øvrige OP-teamkollegaer nærmere forventes at forholde sig til fysisk helbredshåndtering, fremgår ikke af interviewmaterialet. Men fra min deltagelse som observatør under et OP-teambehandlingsmøde udspiller der sig en situation, hvor psykiaters forventninger til, hvordan casemanagergruppen skal forholde sig, italesættes, hvilket fremgår af følgende feltnote:

Psykiateren henvender sig til alle teammedlemmer omkring bordet og understreger for dem, at ” hvis egen læge er aktiv omkring det somatiske, så skal OP-team og psykiatrien ”blande sig udenom” [...] Lidt senere under samme møde og i sammenhæng med, at teamet taler om en konkret patient, der taber Meget i vægt henvender psykiater sig igen til alle i teamet og siger, ”når egen læge er inde over det fysiske, så skal vi reflektere over, om der er noget psykologisk i det”.

Situationen viser, ud fra en umiddelbar fortolkning, at psykiater udstikker generelle retningslinjer for de øvrige OP-teamkollegaer omkring fysisk helbredshåndtering. Herved indikerer psykiater, at den fysisk helbredsrelaterede opgave kun forventes at blive varetaget, *hvis* praktiserende læge ikke er aktivt involveret, og med primære forventninger til casemanagers om, at fortolke fysiske helbredsproblemer ud fra en psykologisk orienteret referenceramme. Denne begrænsede opmærksomhed på patienters fysiske helbredsproblematikker kan også stemme overens med mulige sammenhænge i, at psykiatergruppen ligesom lægegrupper generelt (jfr. Bobes et al. (2011)) ikke i så høj grad forpligtiger sig til centrale politisk udmeldte krav og retningslinjer, men mere legitimerer og forpligtiger sig til tiltag, der initieres inden for egen professionsverden.

Den måde som psykiatergruppen identificerer fysisk helbredshåndtering på, hvor de positionerer sig som tilskuere eller ikke primært ansvarlige, kan også tolkes i retning af en forsigtighed rettet mod både at værne om et godt samarbejds-klima med øvrige OP-teammedlemmer og/eller andre lægefaglige specialer. Dermed undgår de at overskride eller udfordre eksisterende fagprofessionelle sociale arena-verdens grænser. Endvidere kan den måde som fysisk helbredshåndtering defineres på af psykiatere også, og som

det beskrives af Sowers et al. (2016) jfr. kapitel 2, være udtryk for fx bekymringer omkring i forvejen mangelfulde ressourcer og tidspres eller risici relateret til den terapeutiske relation (Sowers, Arbuckle & Shoyinka, 2016). Tilsvarende kan begrænset involvering eller undgåelse af fysisk helbredshåndtering også anskues som led i effektiviseringsincitamenter. Der foreligger dokumenterede sammenhænge i dansk kontekst i relation til OP-teams, hvor effektiviseringen, forstået som nedbringelse af hospitalsindlæggelser og øget compliance, fremmes ved sikring af den bedst mulige relation til patientgruppen (Aagaard, 2014: 910). Dette svarer ud fra min fortolkning til, at fysisk helbredshåndtering ifølge psykiatergruppen betragtes som en ikke-effektivitetsfremmende behandlingspraksis, men tværtimod som en overvejende relationsnedbrydende og dermed mere effektivitetshæmmende indsats. Denne fortolkning kan også understøttes af den øvrige, men yderst sparsomme forskning på området, der bl.a. viser, at fysisk helbredshåndtering blandt psykiatere ikke vurderes som et vigtigt aspekt i den psykiatriske behandling (Walsh, 2011), og/eller at det indgår som et aspekt af *diagnostic overshadowing*, hvilket fører til, at fysiske helbredsproblemer underbehandles (De Hert et al., 2009) eller negligeres (Ehrlich et al., 2014).

Der eksisterer således flere og forskelligartede fortolkninger af, hvorfor psykiatergruppen, trods omfattende viden om både patientgruppens oversygelighed og overdødelighedsproblematikker samt formelle love og retningslinjer på området, kun i begrænset omfang involverer sig i fysisk helbredshåndtering. Det, som ikke fremgår af den eksisterende forskning på området, som jeg har kunnet tilvejebringe er, at psykiatergruppens tilskyndelser til ansvarsfralæggelse eller nedprioritering af fysisk helbredshåndtering også kan identificeres som et aspekt, der kan ses i sammenhæng med risiko for psykiaterstigmatisering. I den sammenhæng defineres fysisk helbredshåndtering som en risikabel praksis, der kan kompromittere psykiatergruppens domæne og anseelse i form af, at den højt værdisatte udøvelse af relationsarbejde i det psykiatriske arbejde og opbygning af tillid mellem behandler og patienter samt deres pårørende udfordres. Underbyggelse af denne fortolkning og hvordan relationsarbejde i relation til fysisk helbredshåndtering kan anskues som risikabelt for det psykiaterfaglige identifikationsarbejde, udfoldes nærmere i det følgende afsnit.

En sundhedsapostel vil være livsfarlig i psykiatrien

Indledningsvis skal det bemærkes, at dette afsnit har den samme overskrift, som også indgår i afhandlingens titel. Overskriften stammer fra det empiriske materiale, en psykiaters udtalelser i fokusgruppeinterview sammenhæng, hvilket nærmere præsenteres nedenfor. Det betyder, at afsnittet også indeholder analytiske pointer, som samtidig vurderes at være særlig centrale ift., hvordan fysisk helbredshåndtering i casens helhed nærmere defineres.

Som beskrevet ovenfor kategoriseres patientgruppen af psykiatere som generelt dysfunktionelle, og omtales endvidere som fx ”*de svært rykkelige*” eller ”*skerobelige*”

patienter". Derved inddrages patientgruppen som ikke fysisk tilstedeværende implicerede aktører af psykiatergruppen. De inddrages til både at positionere OP-teams som særligt udfordrede af komplekse patienter, men også til, overfor øvrige OP-teammedlemmer, at inducere positive og omsorgsrelaterede følelser i sammenhænge med den kontinuerlige værdisættelse af det patientrettede relationsarbejde. Dette fremgår også af nedenstående feltnoter, der er uddrag fra en behandlingsmødesituation:

Psykiater udtaler: "Sygeplejerskers hovedopgave er at etablere og fastholde den gode relation, og det er en relation, som patienterne også skal opleve er en god relation [...] vores speciale i psykiatrien er, at vi skal kunne rumme det, de [red. patienterne] projicerer over i os, og samtidig skal den enkelte [red. fagprofessionelle] kunne rumme sin egen foragt og modstand imod patienterne."

Denne beskrivelse som psykiater fremlægger omkring casemanagers opgaver mhp. at etablere og fastholde "den gode relation" er tilsvarende Hochschilds (2012) beskrivelse af, hvordan stewardesser forventes at inducere positive følelser som et grundlæggende aspekt af deres virke som stewardesser. Altså ikke-lægefaglige fagprofessionelle ("sygeplejersker") forventes af psykiatergruppen at udøve empati og omsorg samt at skjule evt. negative følelser som foragt og modstand over for patientgruppen. Når casemanagers dermed forventes at kunne skjule negative følelser, indeholder dette også forventninger til, at de skal kunne håndtere kunstige og fremmedgørende følelser (Hochschild, 2012: 7). Relationsarbejdet, som udgør en meget central del af det psykiatriske behandlingsarbejde generelt, beskrives nærmere i afsnit 5.5.3. Det følelsesarbejde, som psykiater forventer at casemanagergruppen udøver, kan forstås med det Hochschild (2012) omtaler som *institutionel emotionshåndtering*, hvilket betyder, at frontstage "arrangeres" således, at der etableres forestillinger blandt medarbejderne, der fremelsker ønskede følelser (Hochschild, 2012: 48-49). I relation til fysisk helbredshåndtering kan der ifølge min fortolkning, ud fra psykiaterpositioneringen, være andet og mere på spil end blot, at OP-teams kontinuerligt forventes at efterstræbe den bedst mulige relation til patientgruppen. Dette understøttes af samtalesekvensen nedenfor fra et fokusgruppeinterview, hvor psykiater deltager:

SP2: "Man skal egentlig have en god relation, inden man kan gå ordentlig ind i det her. Også hvis man ikke har den relations-alliance-faktor med, så kan det meget let komme til at virke som sådan noget paternalistisk - måske lidt etisk overtræden i forhold til de her skrøbelige patienter - og en form for mistænkeliggørelse. Altså "du lever dit liv forkert, du gør sådan og sådan", og hvor den der grundlæggende respekt, der er grundlaget for alt, hvad vi gør, kommer lidt under pres. Så det er med at være meget opmærksom på relationen og alliancen i forhold til det her, det synes jeg er en vigtig faktor samtidig med, at det selvfølgelig er vigtigt at have fokus på KR-AM-faktorerne. Ja altså det jeg tænker er, at en sundhedsapostel vil være livsfarlig i psykiatrien, hvis man kommer med de løftede pegefingre og den moraliserede holdning i forhold til, hvordan man skal gøre tingene."

Flere: "ja, så vil man miste kontakten, ja helt sikkert [...]"

X: "Så får jeg lyst til at spørge dig, altså har du konkrete erfaringer med den der grundlæggende respekt, du snakker om, og det der med, at relationen kommer, altså bliver udfordret. Hvornår er det at, at du har erfaringer med, at det er gået galt?"

SP2: "Jeg har nogle erfaringer med det - eller rettere, jeg har historier om, hvordan det er gået galt. Ikke sådan noget, jeg lige kan finde frem nu og her."

Psykiater SP2's måde at definere fysisk helbredshåndtering på i samtalesekvensen kan umiddelbart fortolkes som en bekymring og ambivalens. På den ene side identificeres fysisk helbredshåndtering (i form af KRAM) som "noget vigtigt", men på den anden side, og i overvejende grad, beskrives fysisk helbredshåndtering i relativt stærke og negative termer ift., hvordan det i værste tilfælde influerer negativt på relationen mellem patient og personale. Med bl.a. beskrivelser af fysisk helbredshåndtering som "paternalistisk", "etisk overtræden", "løftede pegefingre", og at "en sundhedsapostel vil være livsfarlig i psykiatrien", medierer og perspektiverer psykiateren fysisk helbredshåndtering over for de øvrige OP-teamkollegaer som en alvorlig trussel og risiko ift., at de grundlæggende intentioner om at opbygge og bevare "den gode relation" til patientgruppen forhindres eller ødelægges. Dette svarer til, at psykiateren frembringer det som Hochschild (2012) omtaler som "rule reminders" (Hochschild, 2012: 57-58), altså at casemanagers påmindes om, at fysisk helbredshåndteringspraksis enten begrænses eller foretages med varsomhed, og at denne praksis potentielt også kan indholde omfattende sanktioner. Dermed indtager psykiateren en styring, hvor casemanagers coaches af psykiateren i dybdeemotionsarbejde mhp. at sikre forudsætningerne for den rette "kliniske attitude" (Hochschild, 2012: 52), hvor de konkret skal forestille sig de negative konsekvenser af fysisk helbredshåndtering. Bemærkelsesværdigt er det, at SP2's udtalelser fremkommer i fokusgruppeinterviewet med OP-team B, og hvor SP2 umiddelbart forinden har "lagt øre til", hvordan de øvrige OP-teammedlemmer i overvejende grad har præsenteret flere positive perspektiver på fysisk helbredshåndtering (præsenteres nærmere i afsnit 5.5.5). Dermed kan SP2's perspektiver også identificeres som en modreaktion på nogle for psykiateren måske nye værdier og praksisser, der ifølge SP2 er illegitime inden for den psykiatريفaglige arena. Psykiateren betragter dermed også implicit "den gode relation" som et primært aspekt, der skal prioriteres i den psykiatريفaglige behandling og fysisk helbredshåndtering som noget sekundært, der evt. kan udelades, fordi det i overvejende grad identificeres som "den gode relations" modsætning. At fare frem med fysisk helbredshåndtering indeholder således ifølge SP2 en risiko for, at fagprofessionelle af patientgruppen identificeres som forkyndere, som "apostle", der formynderisk og/eller paternalistisk overskrider patienters integritetsgrænser og dermed risikerer at ødelægge patient-fagprofessionel relationen. Umiddelbart er det paradoksalt, hvis man tager de valgte ord for pålydende, at et tiltag fra en såkaldt "sundhedsapostel", der potentielt ville kunne forventes at bidrage til en sygdomsreducerende, livskvalitetsfremmende og livsforlængende behandling af psykiatريفaglige patienter, i stedet for italesættes af en

psykiater til at have den stik modsatte effekt jfr. udtalelsen om, at denne indsats kunne være "livsfarlig".

Psykiaterens udtalelser kan fortolkes som et betydningsfuldt emotionsarbejde, hvor tvivl/bekymringer/ængstelse indprentes hos casemanagers, hvormed positive følelser hos dem omkring fordelene ved involvering i fysisk helbredshåndtering nedjusteres. Men hvorfor er det så magtpålgende for psykiaterne at sikre, at casemangeres fastholder en linje med fokus på den gode relation over for en patientgruppe, der kategoriseres som dysfunktionelle og skrøbelige? Hvorfor synes psykiaterne ikke at være interesseret i, hvordan fysisk helbredshåndtering kan integreres som et aspekt i opbygning og bevarelse af den gode relation? Psykiatergruppen er næppe grundlæggende ude på at begrænse eller ødelægge patientgruppens muligheder for forbedring af deres fysiske helbredstilstand, så hvad kan så bidrage til forståelsen af, hvorfor arbejdet med fysisk helbredshåndtering tilsyneladende er dem så magtpålgende at identificere som negativ og riskofyldt?

Den stærke måde at argumentere på, som psykiateren bruger til at positionere sig med over for det øvrige OP-team og mig som interviewer, kan fortolkes på følgende måde. Det er muligt at anskue, at der i argumentationen forefindes et beskyttelsesincitament ift. fortrinsvis casemanagergruppens relationsarbejde. Men det kan også fortolkes som et beskyttelsesincitament rettet mod psykiatergruppen selv. Dermed har det argumentatoriske arbejde, der fremkalder negative og ængstelseemotioner inden for den psykiatriske social arena/verden en værdi, som også rækker ud over ønsket om at beskytte patientgruppen og deres behandlingsmæssige outcome. Psykiaterens argumentation er med til at udløse de øvrige teammedlemmers emotioner mhp. indirekte at regulere deres emotionsarbejde og handlinger. Supplerende hertil omtaler Hochschild (2012) begrebet "emotion memories", der henviser til, at selvet fungerer som en magnet ift. følelser, der genvækkes via hukommelsen. Derved bliver "genbrugsfølelser", som fx følelser, der aktiveres ved omtale af metaforene "sundhedsapostel" og "løftet pegefingre", værdifulde objekter, som effektivt guider fremadrettede handlinger, når og hvis den forestilling, som følelserne vækker, også opfattes som reelle og realistiske (Hochschild, 2012: 41-42). Denne tolkning understøttes bla. af, som samtalesekvensen også viser, at de øvrige OP-teammedlemmer samtykker og erklærer sig enige i psykiaterens udtalelser. Psykiateren der i forvejen repræsenterer en magtfuld faktor i OP-teams sociale verdener, synes dermed at forstærke sin markante autoritet. Psykiateren stadfæster, hvordan fysisk helbredshåndtering defineres. Denne samtalesekvens kan dermed betragtes som et eksempel på sofistikeret institutionel dybdeemotionsarbejde, der lærer medarbejderne, hvordan de skal føle (Hochschild, 2012: 49). Hochschild skriver:

" Authorities on how a situation ought to be viewed are also authorities on how we should feel" [...]"Authority carries with it a certain mandate over feeling rules" (Hochschild, 2012: 75).

Med de metaforer psykiateren anvender til at identificere fysisk helbredshåndtering som negativt og "livsfarligt", applicerer tilsyneladende nogle følelsesregler, der guider i, hvordan fysisk helbredshåndtering undgås, så patientgruppen ikke lider "overlast", og "den gode relation" opretholdes. Situationen udgør dermed en koordinering af følelser (Hochschild, 2012:7), der bærer moralske overtoner med sig. Dette forstået således, at udøvere af fysisk helbredshåndtering i stedet for at betragte det som konstruktivt, ifølge psykiateren *bør* betragte det som moraliserende og/eller som et overgreb på patientgruppen. Dette institutionelle og psykiaterinitierede følelsesarbejde udgør dermed en form for social kontrol fra en autoritet, der er indehaver af implicitte følelsesregler (Hochschild, 2012: 75, 264), hvor fysisk helbredshåndtering defineres som et modsætningsforhold til "den gode relation".

Men er denne sociale kontrol udelukkende et udtryk for et beskyttelseshensyn rettet mod patientgruppen eller kan det også være rettet mod psykiatergruppen selv? Jeg mener, at man også kan diskutere, hvorvidt denne sociale kontrol også kunne omhandle det forhold, at psykiatergruppen forsøger at værne sig selv mod at blive krænkede, herunder at forebygge risici for miskreditering og psykiaterstigmatisering. En krænkelse og/eller stigmatisering, der potentielt kunne udspringe fra fx utilfredse patienter, pårørende, andre lægefaglige kollegaer og/eller samfundet i det hele taget. Når psykiatergruppen også formodes at undgå fysisk helbredshåndtering, med udgangspunkt i at fysisk helbredshåndtering kan være risikabelt ift. psykiaterrollens anseelse, kan det tolkes som efterstræbelser af, at undgå negativ stemping. Med afsæt i Goffmanns stigmatteori (2009) kan man sige, at psykiatere, i deres måde at identificere fysisk helbredshåndtering på, udøver informationskontrol mhp. at håndtere en positionering som *potentielt miskrediteret* (Goffmann, 2009: 46). Denne tolkning understøttes af, at psykiatergruppen bringer den stærke og umiskendelige argumentation i spil over for de øvrige OP-teammedlemmer. Qua dette argumentations- og emotionsarbejde styres, at casemanagers begrænser deres involvering i fysisk helbredshåndtering, hvormed psykiatergruppen ikke, eller i mindre omfang, udsættes for at blive miskrediteret for, at de eller øvrige behandlere giver "løftede pegefingre" eller positioneres som "sundhedsapostle". Dermed efterstræbes det, at miskreditering undgås, hvilket kan sidestilles med fænomenet "*at passere*". Ifølge Goffman (2009) betyder det, at individet, i denne situationen psykiateren, kontinuerligt både forsøger at fremstå som værdig til omgivelsernes og samfundets respekt generelt (Goffman, 2009: 113) og specifikt ift. også at være medlem af lægestanden som en samfundsmæssig dominerende gruppe (Goffman, 2009: 198 note 48). Goffman (2009) beskriver videre, at en strategisk måde at håndtere det "*at passere*" på er, at den stigmatiserende defekt placeres på en artefakt i konteksten, som er mindre stigmatiserende (Goffman, 2009: 135). Når psykiateren objektiverer fysisk helbredshåndtering som et tilnærmelsesvis farligt emne for patient-fagprofessionelrelationen - og dermed definerer fysisk helbredshåndtering som et stigma, der implicit pådrages patienterne, så placeres den stigmatiserende defekt på patientgruppen.

Samtidig fjernes fokus fra den potentielle risiko for, at den ømtåelige psykiaterstigmatiserings-risiko bliver synlig for OP-teamkollegaer, hvilket dermed bliver et led i ”at passere”. Fysisk helbredshåndtering kan således betragtes, også siges at indgå i et mønster, hvor psykiatergruppen har (mindst) én dobbeltudfordring ved sideløbende både at skulle forhandle fastholdelse af sin høje autonomistatus inden for den psykiatriske arena, og at skulle håndtere truslen mod psykiaterstigma og samtidig undgå, at denne potentielle stigmatisering bliver synlig for omgivelserne.

At marginalisering af fysisk helbredshåndtering kan relateres til forebyggelse af psykiaterstigmatisering understøttes af, at psykiaterrollen kan indeholde frygt for miskreditering og statusstab. Dette problematiseres også i artiklen ”*EPA guidance on how to improve the image of psychiatry and of the psychiatrist*” fra European Psychiatry Association (EPA), hvor psykiaterstigmatisering identificeres som et omfattende problem på europæisk niveau (Bhugra et al., 2015). Ud fra et systematisk litteraturstudie formidler artiklen anbefalinger til psykiatere om, hvordan stigmatiseringstendenser mindskes, herunder hvordan psykiater-image forbedres. Fra artiklen fremgår der mange eksempler på stigma, heriblandt at psykiatere kan blive kategoriseret som arrogante, undertrykkende og kontrollerende. Psykiatere oplever ifølge Bhugra et al. (2015) endvidere at blive miskrediteret for at psykiatrisk behandling er uvidenskabeligt, at der er manglende effekt af den terapeutiske intervention, og at faget forbindes med lav prestige og også udgør et lavstatus område sammenlignet med øvrige lægefaglige specialer. Endelig risikerer psykiatere, ifølge Bhugra et al. (2015), at udsættes for negative forventninger til behandlingen blandt både patienter, pårørende og andre sundhedsfaglige kollegaer inklusiv øvrige psykiaterkollegaer (Bhugra et al., 2015: 426).

Selvom der i dansk kontekst har været et relativt omfattende fokus på stigmatisering i relation til psykiske sygdomme, bl.a. med den landsdækkende kampagne ”En af os” www.en-af-os.dk, indgår der hverken i denne kampagne eller i en nyere rapport om stigma i relation til psykiske lidelser omtale af psykiaterstigmatisering (Christensen & Bengtsson, 2010: 29). Dette indikerer i sig selv, at psykiaterstigmatiseringsproblematikker i dansk kontekst udgør en meget lidt diskuteret problemstilling, hvilket denne analyse også kunne være et eksempel på.

Med denne analyse afgøres det ikke, hvorfor psykiatergruppen i overvejende grad (ligesom L1) marginaliserer fysisk helbredshåndtering. Er det fordi ”den gode relation” skal beskyttes, eller fordi psykiaterrenomeet skal tages vare på? Noget entydigt svar herpå kan ikke gives. Sikkert er det imidlertid, at analysen af psykiaterperspektiveringer og deres forskellige forståelses- og forklaringspotentialer kan bidrage som inspiration og baggrundsviden ift. de følgende analyser af, hvordan fysisk helbredshåndtering identificeres blandt casemanagers.

5.4.3 Opsummering på ledelses- og psykiaterperspektiver

Både psykiatere og ledere indgår i nogle sociale verdener, hvor de repræsenterer dominerende magtpositioner øverst i psykiatriens interne magthierarki. Til forskel fra lederes definitioner af fysisk helbredshåndtering identificerer psykiatere sig kun i begrænset omfang med at være forpligtiget ift. patienters fysiske helbredsproblematikker. Der er sammenfald i, at både psykiatere og ledere placerer ansvaret hos den anden part, dog undtaget L2, som gør det til et fælles ansvar. Der synes at være et mønster i, at jo mere meningsfuld en leder definerer opgaven, som L2 er et eksempel på, desto mere aktivt involverer denne leder sig blandt medarbejdere som institutionel entreprenør, og jo mere erfarer denne involvering at kunne skabe konstruktive ændringer. Jo mindre meningsfuld opgaven identificeres af leder, som ved leder L1, desto mere bliver denne leder repræsentant for "audit society", herunder at fysisk helbredshåndtering reduceres til dokumentationskrav, overvågning og performancemåling. Disse sidstnævnte aspekter fremkommer også ved at ansvaret for fysisk helbredshåndtering ansvarsmæssigt placeres hos enten den ydre styring eller hos medarbejderne. Der er relativ stor uoverensstemmelse mellem L1 og L2's definitioner af fysisk helbredshåndtering. Dette kunne vidne om, at emnet enten er uden betydning for opretholdelse af de ledelsesmæssige sociale verdener grænser, eller at det udtrykker nogle sociale bevægelser mellem subverdener af forskellige ledelsesidentifikationer, herunder potentiel uenighed om udmøntningen af opgaven.

Selvom psykiatergruppen implicit har professionsmonopol og integritet, og dermed har handlerum til (trods evt. lederuenigheder), at kunne imødekomme og integrere fysisk helbredshåndtering, kanaliseres det i overvejende grad væk fra den psykiater-faglige sociale verden. I stedet defineres fysisk helbredshåndtering, som del af en generel kritik rettet mod standardiseringsbølgen, eller specifikt ved identificering af patientgruppen, som dysfunktionelle og/eller skrøbelige. Desuden sendes der indirekte advarselstegn til de ikke-lægefaglige kollegaer ved retorisk at advare mod at blive identificeret med "løftede pegefingre" og som "sundhedsapostel" og ved at fokusere på bevarelse af "alliance" og "den gode relation" til patienterne som en værdi i sig selv. Bag modstillingen af fysisk helbredshåndtering, som en trussel til opbygning og bevarelse af en god relation til patientgruppen, kan en ikke-involverende tilgang til fysisk helbredshåndtering også tolkes på en anden måde. En tilgang hvor psykiatergruppen slører en dobbelt udfordring i både at efterstræbe fastholdelse af en høj autonomistatus og samtidig forsøger at undgå miskreditering fra patienter, kollegaer, pårørende eller samfundet generelt.

Det er gennemgående for både ledere og psykiatere (undtagen L2), at de ikke eksplicit identificerer værdier og normer for, hvordan fysisk helbredshåndtering kan være til fordel for patienters psykiatriske behandling og generelle helbred. Hvorvidt og i hvilket omfang disse måder, som ledelse og psykiatere perspektiverer fysisk helbredshåndtering

på, også har en afsmittende indflydelse på, hvordan fysisk helbredshåndtering defineres af casemanagers i OP-teamregi, vil blive omdrejningspunktet i det følgende afsnit.

5.5 Casemanagerperspektiveringer

Nedenstående analyse omhandler, hvordan casemanagers i de to undersøgte OP-teams interagerer med hinanden i deres respektive sociale verdener, og hvordan deres øvrige sociale verdener og arenaer også influerer på deres interaktioner og perspektiver på den daglige praksis i mødet med patientgruppen omkring fysisk helbredshåndtering.

Til forskel fra de foregående analyser af leder- og psykiaterperspektiver, som overvejende var baseret på interviewmateriale, er analysen af casemanagerperspektiveringerne baseret på interaktioner i fokusgruppeinterviewsammenhænge. Derfor vil det følgende afsnit præsentere udvalgte tematiseringer af definitioner og definitionstilblivelser omkring fysisk helbredshåndtering, der produceres *blandt* OP-teamfagprofessionelle og fra situationer, hvor de aktivt interagerer med hinanden.

Ikke alle fremanalyserede tematiseringer er vurderet lige relevante. Af hensyn til gennemsigtighed præsenteres fravalgte tematiseringer⁴² i oversigtstabelen nedenfor.

Fravalgte tematiseringer	Uddybende beskrivelse
Medicincompliance vs. fysisk helbredshåndtering	Dilemmaer mellem fx at sikre medicincompliance hos patienter trods bivirkninger med vægtøgning
Formelle vs uformelle/private perspektivers indflydelse på hvordan fysisk helbredshåndtering defineres	Dilemmaer mellem at definere fysisk helbredshåndtering ud fra uformelle/formelle normer/værdier, ift. fagidentitet og tilhørsforhold.
KRAM som luksusarbejde vs. ”obligatoriske” kerneydelser	Dilemmaer mellem formelle og kulturelt initierede ”kan- og skal”-opgaver
Fysisk helbred defineret som psykisk sygdomsrelaterede symptomer	Dilemmaer ift. at fysiske helbredssymptomer overses som fysisk helbredsrelateret
Kollektive konformitetsprocesforhandlinger (forhandlinger ml. ”nye-gamle” kollegaer).	Delegitimering af fysisk helbredshåndtering.
Fysisk helbredshåndtering som objekt for grænsedragning mellem kommunale og regionale domæner	Indgår i forhandlinger på tværs af region/kommune ift. hvornår interventioner kan defineres som ”behandling” og ikke alene ”social støtte”.

Tabel 14 Fravalgte tematiseringer om casemanager perspektiveringer

⁴² Tematiseringer er fravalgt ud fra kriterier relateret til kvaliteten af det empiriske materiale eller tematiseringernes centralitet inden for casens psykiatrinstitutionelle ramme.

At disse tematiseringer er blevet valgt fra viser noget om det empiriske materiales righoldighed, og det vidner om den kompleksitet materialet byder på. Indbygget i de udvalgte tematiseringer, som nedenstående analyse trækker frem, findes også elementer af de fravalgte tematiseringer. Altså de for mig at se mest dominerende tematiseringer af, hvordan fysisk helbredshåndtering interaktionelt og situationelt fremtræder, har dele af de fravalgte tematiseringer i sig.

Analyseafsnittet er inddelt i flere underafsnit. Underafsnit 5.5.1-5.5.3 indeholder overordnet set tematiseringer, hvor fysisk helbredshåndtering betragtes som *begrænsende* aspekter af casemanagers behandlingsarbejde. I indledningen til afsnit 5.4.3 uddybes hvordan fokus på den gode relation generelt set er centralt i den psykiariske behandlingspraksis og specifikt i OP-teamregi. Dette fokus på den gode relation danner også baggrund for den efterfølgende analyse, der omhandler hvordan casemanagers, og tilsvarende psykiatergruppen, identificerer fysisk helbredshåndtering, som en modstilling til relationsarbejdet. Endelig udgør underafsnit 5.5.4 analysen af et samspilsmønster, hvor fysisk helbredshåndtering identificeres som meningsfuldt og også kan være *fremmede* for relationsarbejdet i OP-teambehandlingspraksis. Endelig indeholder underafsnit 5.5.5 en opsummering på de fremanalyserede casemanagerperspektiver.

5.5.1 ”Alt skal måles og vejes”

Arbejdsopgaven der relaterer sig til håndtering af patienters fysiske helbredsproblematikker identificeres i overvejende grad af casemanagers, som en udefrakommende skal-opgave, der udover at opleves som påtvungen også identificeres som en mistænkeliggørelse af den eksisterende behandlingspraksis:

P7: ”at blive banket oveni hovedet, det får som regel ikke nogen til at gøre noget, og heller ikke os (flere ler), ingen pegfinger hjælper ret tit.”

P2: ”ja, det gælder jo det samme ude ved patienterne, det er jo modtryk, der avler modtryk [det var det, jeg mente], hvis vi kommer brusende med noget, de ikke sådan føler ejerskab af, så er det jo heller ikke godt, sådan hænger det jo sammen.”

P7: ”og det er jo tit sådan, at den måde, som vi bliver ”punket” på, det er også det, som vi kommer til at give videre [jaja], for hvis vi bliver punket med, at det skal I, så ved vi, at vi skal, og så kommer vi også nemt til at servere det på den måde, når vi kommer ud [ja]altså”

P3: ”alt skal måles og vejes.”

Kritikken der implicit fremkommer i samtalesekvensen fra fokusgruppe A, adresserer de fagprofessionelles oplevelse af, at fysisk helbredshåndtering ikke defineres som meningsfuldt i patientarbejdet, men i stedet identificeres som meningsløse normer og

værdier, der er initieret oppefra, som forgæves forsøges implementeret i praksis. Tillige præsenteres fysisk helbredshåndtering som meningsløst i patientarbejdet, fordi måden som det er blevet introduceret på, opleves som indskrænkelse af autonomi og devaluering af ekspertise. I den sammenhæng inddrages patienterne også som ikke-fysisk, tilstedeværende, implicerede aktører. De identificeres som medkonstruerende i at have modstand på, at fysisk helbredshåndtering indgår i deres behandling, og at de ”ikke gider at deltage”, eller at de ”går kold i skemaerne” og således, ligesom fagprofessionelle, diskursivt konstrueres som modstanderaktører. Også de omtalte skemaer som anvendes til at registrere KRAM-risikofaktorerne, konstrueres som forstyrrende. Skemaerne er til stede som ”implicerede aktanter” (Clarke, 2005: 47), og konstrueres som en risiko i forhold til at skabe modstand hos personalet, som igen medieres videre til modstand hos patienterne. Patientkategoriseringerne som modstandere forstærker og retfærdiggør de fagprofessionelles modstand.

Ud over frustrationer over at skulle udfylde skemaer identificeres fysisk helbredshåndtering også negativt i form af, at det ”stjæler fokus fra psykiske problemstillinger.” Som en samlende metaforisk beskrivelse af fysisk helbredshåndtering identificeres det som del af en ”dokumentations-sygge”. I stedet for at bibringe positive, patientrelaterede outcomes, giver fysisk helbredshåndtering mening i form af, at det i overvejende grad pådrager både fagprofessionelle og patienterne skade.

Selvom foregående samtalefrekvens ikke udtrykker, hvilke instanser med oppefrainitierede krav de fagprofessionelle nærmere peger på som indflydelsesrige på deres praksis, så indgår nærmeste ledelse i en eller anden form. Nærmeste ledelse omtales dog kun ved direkte forespørgsel fra min side, hvilket kan hænge sammen med, at casemanagers kun i begrænset omfang oplever, at fysisk helbredshåndtering er et emne der sættes på dagsordenen ved direkte interaktioner med ledelsen. Denne drøftelse opsummeres af P13:

P13: (suk) ”det er nok mest, hvis der skal følges op på en eller anden monitorering (ler) -(flere taler i munden på hinanden). Det kommer jo ud gang imellem, at vi ikke opfylder det vi skal og [...] det er sådan mere med spredebagl, det bliver meldt ud, at nu skal vi sørge for at gøre det, vi skal gøre [...] De kigger jo mest på, om det er dokumenteret, eller om vi har gjort det, vi skulle, og så går de ud fra, at hvis vi får gjort det, vi skal, så vil det have en effekt, det er det, de siger, altså vi får dem jo ikke til at stå frem og sige, og det tror jeg heller ikke, de mener, at vi skal gøre det her bare for at gøre det, men fordi de tror på, det har en sundhedsmæssig, god effekt.” Fokusgruppe C.

OP-teamet indikerer, hvad der i øvrigt også stemmer overens med L1-lederstilen; at de identificerer fysisk helbredshåndtering som en oppefrainitieret skal-opgave, en kontrolforanstaltning, hvor den dybere og bagvedliggende mening fremtræder mindre klart. De beskriver, at de er usikre på, hvad der forventes af dem, og indikerer også en vis tvivl på hvorvidt det, de forestiller sig at skulle leve op til også har en patientrettet, gavnlig effekt. Samtidig viser det sig også at være en opgave, som de tilsyneladende ikke

reflekterer så meget over, hverken selv eller sammen med ledelsen, hvilket fremgår af følgende citat:

P6: "det kunne man måske godt mangle lidt [red. at tale med ledelsen], sådan noget som et eller andet sted, som nu hvor vi sidder og drøfter det lidt, hvad er det egentlig, vi har ud af det ikke også og hvad, altså de gode historier og sådan noget, det kan man da egentlig godt mangle sådan lidt. Altså hvad er resultatet, og hvad får vi egentlig (ler) ud af det her [flere ja'er]." Fokusgruppe A.

Refleksioner opstår tilsyneladende først, når der som her stilles "forstyrrende spørgsmål" til samarbejdet med ledelsen i relation til opgaveløsningen. Overvejende medieres der modstand og meningsløshed frem for den bagvedliggende intention om, at systematiseringen af fysisk helbredshåndtering ved hjælp af retningslinjer, registreringsark mv. potentielt kunne afstedføre en mere hensigtsmæssig og overskuelig interventionspraksis i relation til fysisk helbredshåndtering.

Hvorfor har OP-teamene hidtil ikke valgt at gå i dialog med ledelsen, og hvad opnår de ved at undgå det? Hvorfor vælger fagprofessionelle at fastholde disse sociale verdensgrænser frem for fx at kritisere ledelsen og/eller psykiatere for ikke at bidrage til, at opgaven i højere grad integreres som meningsfuld? Disse spørgsmål og flere forfølges i det kommende afsnit, herunder hvad der nærmere indgår i de kollektive handlingsmønstre i OP-teamene i relation til håndtering af patienters fysiske helbredsproblematikker.

5.5.2 "De allerdårligste patienter"

Når OP-teamene beskriver og kategoriserer deres patientmålgruppe i relation til de oppefrainitierede krav, der stilles omkring fysisk helbredspraksis, domineres billedet af, at de ikke mener, at kravene kan honoreres. Dette fordi kravene mangler at være differentieret i forhold til forskellige patientmålgrupper og dermed at være tilpasset og nedjusteret ift. netop den målgruppe, der behandles i OP-teamregi:

P6: "Det er jo også de allerdårligste psykiatriske patienter, det er jo dem, hvor det måske er sværest at kunne arbejde med omkring lige præcis sundhedsfremme."

P5: "Den patientgruppe der er i distriktspsykiatrien, og som er knap så dårlig som vores, vores tilbud ville være et fint match i forhold til KRAM [mange ja'er]."

P1: "Ja hvis de havde de ressourcer, og de blev fulgt op så tæt [ja], så kunne man virkelig skabe nogle ændringer [flere ja'er]." Fokusgruppe A.

Som det antydes i uddraget ovenfor, defineres patientkategoriseringen i OP-teamregi A og C ud fra en forestilling om, hvilken patientgruppe som er vanskeligst at arbejde med og ud fra hvilket regi, de behandles inden for i psykiatriarenaen. Til forskel fra

Vanderlip et al. (2014) og Shattell et al. (2011)-studierne, der omtales i afsnit 2.3.1, som fremhæver ACT-konceptets kontekstuelle fordele i at kunne intervenere ift. både patienternes fysiske og psykiske helbred, så identificeres patienter i denne case overvejende som værende blandt de vanskeligste patienter at involvere i fysisk helbredshåndtering. Disse begrænsninger relateres også til, at fysisk helbredstilstand defineres som en form for manglende motivation, en tilstand eller egenskab, der ikke kan udøves indflydelse på, og derfor identificeres som værende uden for de fagprofessionelles handlerum:

P5: "Men patienternes motivation, den kan godt nok ligge på et lille sted ift. at gøre noget ved tingene altså. Det er godt nok op ad bakke, specielt også ift., at de er så dårlige, at det sommetider er sådan, at så slukker vi ildebrande, og så er det altså ikke KRAM, der kommer først [...] Så det bliver måske hvert 10. besøg eller sådan noget, hvor man får lejlighed til at sparke noget ind om "hva, skal vi gå en tur", fordi nu er der ikke noget ild, der skal slukkes." Fokusgruppe A.

Opfattelsen af at fagprofessionelles indflydelse på patienternes motivation ikke er mulig, er fremtrædende og beskrives formodentlig ud fra en institutionaliseret diskurs om, at motivation er noget der enten findes eller ikke findes i patientens indre. Patientgruppen identificeres dermed ikke med gensidigt at kunne indgå i og reflektere og adaptere handlinger, der medieres gennem interaktioner med fagprofessionelle. Denne overvejende negative kollektive patientkategorisering stadfæstes også ved anvendelse af humor i form af sarkasme og ironi, hvilket illustreres ved følgende samtalesekvens:

P2: "Jeg har haft en, som var med på sådan et rygestopkursus, det var en bostøtte, som bankede op i to af de dårligste patienter (ler). Så kom de sammen på sådan et rygestopkursus, [det var før min tid i hvert fald], men det var ikke sådan, at målet var, at de sådan skulle stoppe helt med at ryge, for det vidste hun godt [red. bostøtte personalet], at det ville (ler) være fuldstændig urealistisk. Men så lige for en kort periode da reducerede de deres røg, det gik så op igen [...] Jeg tror dengang, at der skete det der, det var sådan lidt, jamen så kunne de være sociale, og de kunne være to om det, og de var bedste venner, og på godt og ondt (ler), og så kunne de lige være sammen om det, [ja] og det skadesreducerede så for en stund."

P5: "Og så bagefter, så kunne de være sammen om at ryge igen (flere ler)."

P2: "Ja indtil Gorm så døde af det."

P?: "Ja det handler jo om, som du siger, at skadesreducere, ikke også?"

P2: "Ja og i hans tilfælde [red. Gorm], da var der sådan noget med, at hvis nu du ryger cigaretter i stedet for cigarer, så er det knap så (ler) slemt. [det stinker i hvert fald ikke så meget]."

Fokusgruppe A.

Ifølge Hochschild (2012) anvendes emotioner, når der mangler eksterne guidelines, og her kan anvendelsen af humor være et eksempel på, hvordan casemanagers med emotionsarbejde afprøver de andres reaktioner mhp. at forberede videre handlinger (Hochschild, 2012: 238). Ud over den delte forståelse af patienter som dysfunktionelle, så illustrerer uddraget også en konsensus om, der stadfæstes gennem gensidig humor, at det er tilnærmelsesvist nytteløst som fagprofessionelle at involvere sig i problematikken. Den i samtalen legaliserede ironisering over de ikke-tilstedeværende, implicerede patientaktører legitimerer også, at fagprofessionelle kollektivt reducerer deres organisatoriske forpligtelse i relation til fysisk helbredshåndteringspraksis. Ironiseringen anvendes også til at facilitere en kategorisering af teammedlemsskabet som forskelligt og som distanceret fra patienternes "minoritetsmedlemsskab". Derved styrkes også den OP-teamrelaterede sociale verdens indre afgrænsning og interesser.

Idet fysisk helbredshåndtering er en opgave, som OP-teamene til et vist omfang forpligtiger sig til, bidrager diskurser om "de dårlige patienter" til både at legitimere og stadfæste psykiatriens eksistensberettigelse og at legitimere OP-teamenes begrænsede involvering. Ligesom psykiatere positionerer sig væk fra at identificere sig med fysisk helbredshåndtering som en behandlingsopgave, afspejler dette sig også i, hvordan casemanagers legitimerer afstandstagen til fysisk helbredshåndtering.

Ligesom leder L1 i overvejende grad identificerer fysisk helbredshåndtering, som enten et intra- eller ekstrapersonelt anliggende, så definerer OP-teamene A og C det tilsvarende, som et fænomen, primært placeret uden for fagprofessionelles handlerum. Samtidig udgør de dynamikker, der forsøger at begrænse, at fysisk helbredshåndtering indgår i OP-teamenes opgaveportefølje, en større udfordring hos casemanagers end psykiatergruppen. Fordi fysisk helbredshåndtering på den ene side forsøges marginaliseret ift. den kliniske praksis, og på den anden side er del af formelle regler og rammer, der udstikkes af ledelsen, stiller det større krav til gensidig forpligtigende handlinger i det kollektive fællesskab i casemanagergruppens sociale verden end blandt psykiatergruppen. Dels pga. casemanagergruppens generelle lavere magtpositionering og dels pga. deres tættere relation til patientgruppen.

Til opnåelse af en dybere forståelse for hvorfor casemanagers har denne modstand mod fysisk helbredshåndtering, og hvordan denne modstand håndteres indenfor casemanagergruppens sociale verden, rettes opmærksomheden i det følgende på, hvad der i øvrigt er af høj værdi inden for OP-teams og deres sociale arenaer og verdener. I den sammenhæng fremgår det på forskellig vis fra det empiriske datamateriale og herunder de foregående psykiaterperspektiveringer, at især relationen mellem, hvordan fysisk helbredshåndtering defineres og selve det psykiatriske relationsarbejde mellem patienter og fagprofessionelle, har nogle sammenstød. Ved at sammenstille fysisk helbredshåndtering med "den gode relation" tydeliggøres, hvordan fysisk helbredshåndtering i dominerende grad defineres som modstilling til "den gode relation".

5.5.3 ”Den gode relation”

Dette afsnit indledes med at kaste lys over, hvad den gode relation i den psykiatriske behandlingskontekst nærmere er, og hvilken betydning fænomenet har ifølge litteratur på området. Dernæst følger analysen af, hvordan ”den gode relation”-fænomenet spiller sammen med fysisk helbredshåndtering blandt casemanagers i OP-teamregi.

Litteratur om den gode relation

Som det også fremgår i analysen af psykiaterperspektiver i afsnit 5.3.2, så værdisættes ”den gode relation” højt, hvilket grundlæggende indbefatter en kontinuerlig stræben efter, at patienter oplever en tillidsfuld relation til casemanagers. Heri indgår også værdisættelsen af, at det er ”*relation for metode*”, hvilket var titlen på en temadag for OP-teammedarbejdere, som jeg deltog i under feltstudiet, hvilket også stemmer overens med, når der i psykiaterperspektiverne tales om ”timing”. Dette er således en gældende guideline for de ikke-lægefaglige casemanagers i OP-teamene, som de forventes at følge. Denne relationelle guideline skal således forvaltes sideløbende med formelle og eksternt, udstukne rammer og guidelines for praksis som fx fysisk helbredshåndtering.

Relationen mellem fagprofessionelle og patienter har grundlæggende en særlig faglig betydning i det psykiatrifaglige felt, hvilket også beskrives i flere lærebøger om psykiatri. Ifølge Møhl & Simonsen er forudsætningen for det kliniske arbejde, at der er en relation mellem patient og behandler. Relationen er asymmetrisk, fordi behandler forventes til forskel fra patienten at have kontrol over behandlingssituationen (Møhl & Simonsen, 2017: 135). Møhl & Simonsen (2017) beskriver nærmere, at ”*det psykiatriske interview er det vigtigste arbejdsredskab i psykiatrien*” (Møhl & Simonsen, 2017: 151), og som forventes at bygge på principper om empati, observationer samt at undgå argumentering. Endvidere betegnes det relationelle arbejde som en ”kunststart”, der efterstræber, at forholdet er ”*et møde mellem to mennesker, der søger en god oplevelse*”, og at patienten vil opfatte det ”*som en slags behandling*” (Møhl & Simonsen, 2017: 163). Tilsvarende beskriver Vendsborg (1998), at samtalen er ”*grundlag for al psykiatriske virksomhed [...] og samtalen kan i sig selv være helbredende*”, men ”*må kombineres med andre metoder*” (Vendsborg, 1998: 40). Terapeutiske samtaler udøves i forskellige former, såsom miljøterapi, psykodynamisk psykoterapi, kognitiv- og adfærdsterapi samt psykoeducation (Vendsborg, 1998: 40-42). Ifølge Hougaard (2013) omtales den særlige relation ofte som ”den terapeutiske alliance”, som der dog ikke findes nogen entydig definition af. Den terapeutiske alliance kan fremtræde forskelligt ift. forskellige terapiretninger såsom et ”læge-patientforhold” som i klassisk psykoanalyse, som et ”lærer-elev forhold” i adfærdsterapeutiske sammenhænge eller som et ”konsulentforhold” som i systemisk terapi (Hougaard, 2013: 35). Med udgangspunkt i en såkaldt allianceskala, et spørgeskema, som anvendes til at opnå patienters eller fagpersoners vurdering af det terapeutiske forhold og ”alliancen”, kan man udlede overskrifter for, hvad der vægtlægges relationelt, hvilket fx kan være: ”det emotionelle bånd”, enighed om målsætning og enighed om arbejdsmåde (Hougaard, 2013: 38-39).

Der er således entydig konsensus om, at relationen i det psykiatriske arbejde er essentiel, og at relationen udover at være et middel til et bedre outcome også i sig selv kan være et mål og dermed indeholde et positivt outcome. I min søgning i undervisningslitteraturen om, *hvordan* relationen mellem den psykiatriske patient og fagprofessionelle betragtes eller identificeres som et mål eller outcome, finder jeg, at det ifølge Rosenberg (2013) hænger sammen med, at den terapeutiske kontakt i form af ”ubetinget anerkendelse” forstås som en forudsætning for forandring hos patienterne (Rosenberg, 2008: 28). Tilsvarende beskriver Jacobsen & Kjølbye (2009) med eksplicit udgangspunkt i en udviklingspsykologisk forståelsesramme, at ”*vores personlighed udvikles og fastholdes i et relationelt samspil*” (Jacobsen & Kjølbye, 2009: 37). Dermed betragtes relationsarbejde både som et bidrag til at udvikle, fastholde og vedligeholde personlighed, og at ”*terapeuten kan bryde et destruktivt relationsmønster*” (Kjølbye & Jacobsen, 2009: 82). Selvom der generelt i den litteratur på området som jeg her har fundet frem, ikke stilles spørgsmålstegn ved, hvorvidt relationen *altid* er et godt middel og/eller *altid* er et meningsfuldt mål, problematiserer Rosenberg (2013) det forsigtigt. Han udtrykker, at det kunne være ønskeligt, at det relationelle arbejde baseres på evidens og/eller er teoribaseret, men at det i praksis indimellem erstattes af ”*en mere privat, personlig kontaktf orm med patienten*” (Rosenberg, 2013: 22).

Fra relaterede forskningsartikler betones også den terapeutiske relations betydning ift., hvorvidt patienter følger den psykiatriske behandling (compliance). I forbindelse med beslutningstagning er der ifølge Mahone (2004) udviklet en ”Interaction model of client behavior” (IMCHB), som bl.a. illustrerer, hvordan psykiatriske patienters valg og fravalg påvirkes af interaktionen mellem patient og fagprofessionel - ”*professionals are maximally important in the health behavior decisions of clients and can make a difference*” (Mahone, 2004: 127-129). Mahone (2004) problematiserer samtidig, at der i praksis, trods intentioner om, at interaktionerne tager udgangspunkt i en patientcenteret tilgang, hvor patient og fagprofessionel ligestilles mht. ekspertise og magt, kan være udfordringer med både at adaptere faglige regimer og inddrage patienters ønsker og behov. Desuden kan der være specifikke udfordringer i arbejdet med kroniske lidelser, ift. hvorvidt de kvalitative mål, der stiles efter, enten er at patienten lever med sin lidelse eller bliver kureret (Mahone, 2004). Specifikt i forhold til terapeutiske interaktioner ved fysisk helbredshåndtering, pointerer Carless (2012), at den terapeutiske relation, ligesom i relation til outcome af psykoterapi, formodentlig også er det vigtigste aspekt og middel til at forbedre psykiatriske patienters fysiske helbred (Carless & Douglas, 2012).

Opsummerende fremstår det entydigt, at relationen er væsentlig som middel i det psykiatriske arbejde. Lidt mindre klart formuleret indikeres relationen også at være et mål i sig selv og forstået således, at relationen og samtalen i sig selv kan være helbredende, herunder at samtalen kan tydeliggøre/forstærke patientens personlighed og forbedre patientens ”relationsmønster”.

Den gode relation i OP-teamregi

Konkret i denne case blandt casemanagers identificeres ”den gode relation” også ubetinget i positive termer og med oplevelser af, at det er ”*der hvor det rykker*”, og hvor der opbygges så meget tillid, at patienterne ”*følger*” de fagprofessionelle og glemmer, at

de fagprofessionelle ”er betalt selskab”. Ydermere relateres ”den gode relation” også til, at casemanagers indimellem kan betragte sig som værende en ”del af familien” og måske ”den datter, som de aldrig fik”. Desuden nævnes også, at ”den gode relation” er til stede i den sammenhæng, hvor casemanager kunne ”have lyst til at sende et postkort, når man er på ferie”. Samtalesekvensen nedenfor vidner også om, at opbygning og bevarelse af ”den gode relation” er højt estimeret i den kollektive identitetsdannelse i OP-teamverdener:

P2: ”Det er der, hvor man virkelig kan få tingene til at ske og forandringen til at ske[...] det er jo der, hvor at der er en relation mellem behandler og patient, som gør, at patienten har så meget tillid, at de sådan kan komme til tro på sig selv og udtrykker ”det her det kan jeg godt”, og der sker et eller andet magisk der. Så de kan meget mere, end både behandler og patient selv troede var muligt.”

P3: ”Jeg tror også det der med, at de går fra at være patienter til også at være et menneske, man godt kan lide. [ja] Altså, det er egentlig en sjov ting, for der findes selvfølgelig nogen, man egentlig aldrig kommer til at kunne lide. Men der når man aldrig helt den der relation, som man kan få med nogen, som man faktisk også kommer til at holde af og finde den balance der, hvor det ikke bliver for privat, men samtidig hvor de kan mærke, at man faktisk holder rigtig meget af dem [hm]. Man kan jo ikke bare komme hen til alle mennesker og sige jeg, ”holder meget af dig” vel, det starter vi ikke lige med her, men der er nogen, man kommer til sådan mere end andre.”

P5: ”Sådan er det jo, nogen af dem, som sådan, ligesom går lidt mere ind end nogle andre.”

P3: ”Og det tror jeg, de kan mærke, det er tit der, det rykker, ikke også.” (Fokusgruppe A)

Fra deltagelse som observatør i hverdagssituationer, hvor casemanagers mødes med patienter, får jeg yderligere indblik i, hvordan opnåelse og udøvelse af ”den gode relation” skaber meningsfuldhed blandt casemanagers. Fra en situation hvor jeg følger en casemanager på besøg hos fire forskellige patienter, fortæller hun med glæde i stemmen om især den sidste patient, hun skal besøge denne dag. Til forskel fra mange andre medarbejdere i psykiatrien oplever hun at have formået at få etableret en god relation med denne patient - en patient som ellers var ”kendt for” at være afvisende over for de fleste. Her følger en feltnote fra hjemturen med casemanager:

Mens vi kører hjemad mod kontoret og taler om sidste besøg, udbryder hun ”det er så dejligt at besøge xx - jeg er helt vild med ham”. Jeg fornemmer hendes begejstring i alt, hvad hun fortæller, og at det både handler om, at hun holder af hans ”personlighed”, men også glædes ved, at netop hun til forskel fra andre fagprofessionelle evner at få den gode kontakt. På et tidspunkt udbryder hun endvidere: ”at skabe relationer, det er en af mine spidskompetencer”.

En anden casemanager, jeg også følger en hel dag, fortæller under bilkørslen fra et besøg til et andet om en særlig strategi hun benytter i sit relationsarbejde til den patient vi nu skal besøge. Selvom hun har kendt patienten i 6 år, så satser hun fortsat på, hver gang hun besøger ham, at have forberedt en god historie eller vits hjemmefra mhp. at

sikre, at han får lyst til at få besøg af hende igen. Denne strategi beskriver hun som værende gældende for alle de patienter, hun er ”kontaktperson” for. Fra mine feltnoter denne dag skriver jeg følgende refleksioner over dagens oplevelser:

Begrebet gaveudveksling dukker op hos mig som en strategi, der ber er i anvendelse - at når fagprofessionel gerne vil have patientens accept af, at hun kommer igen, så vil hun gerne til gengæld ”betale” patienten tilbage med en symbolsk gave, en gave bestående af fx at give patienten nogle sjove oplevelser under besøget.

En udveksling af gaver kan være et centralt fænomen og indgå som en færdighed og et middel til at opnå og fastholde ”den gode relation” til patientgruppen, og udtrykker også vigtigheden i som casemanager at kunne opleve at være dygtig til kontinuerligt at opnå patienters engagement i at tilslutte sig værdier om opretholdelse af ”den gode relation”. Casemanagerfunktionen defineres således som en form for ”relationsentreprenør”, der både formår at skaffe sig adgang til at udføre patientarbejdet, og som bidrager til at højne egen positionering blandt kollegaer inklusiv psykiatere gennem det relationsopbyggende arbejde, hvilket også forudsætter opnåelse af en reciprocitet med patienterne. Hochschild (2012) taler i den sammenhæng om ”emotional gift exchange” (Hochschild, 2012: 84), men som problematiseres ift., at gaveudvekslingen ikke altid er til lige meget gavn eller belønning for involverede parter. Reciprociteten kan ifølge Hochschild (2012) generelt fastholdes ved mennesker med lige status, men ved ulige status er det den lavest rangerende, som skal bidrage med mest, og den øverst rangerende der kan forlange emotionelle belønninger. Når som før beskrevet ”den gode relation”-situation opstår med elementer af magi, kan det handle om, at fagprofessionelle oplever gensidighed og stor grad af emotionelle belønninger, men som ikke nødvendigvis ifølge Hochschild (2012) opleves tilsvarende af patientgruppen.

De standardiserede og subjektiverede følelsesregler, der relateres til ”den gode relation”, kan også have negative konsekvenser for casemanageridentifikationen som relationsentreprenør, hvis de relaterede sociale regler ikke efterleves. Det betyder, at egne private følelser, som fx negative emotioner, der relaterer sig til fx ”foragt og modstand imod patienterne”, som det i afsnit 5.3.2 blev omtalt af en psykiater, ikke er legitime at udvise i det offentlige rum. Derudover udgør især psykiatere og også ledelsen en hierarkisk kontrol, men som ikke omtales eksplicit. Fx kan ”den gode relation”, selvom patientarbejdet oftest foregår ”under fire øjne” i patienternes hjem, alligevel indirekte observeres af mange aktører såsom kollegaer, psykiatere og ledere ift., hvorvidt fagprofessionelle formår at etablere og fastholde kontakter med tildelte patienter, hvor ofte de mødes eller ikke mødes, hvis patienter aflyser aftaler osv. Denne kontrol finder indirekte sted både ved behandlingsmøder, hvor casemanagergruppen fortæller øvrige kollegaer inkl. psykiater om deres patienter og behandlingsarbejdet generelt, og også gennem hvad der registreres og optælles via journalsystemet o.lign. Emotionsarbejdet relateret til ”den gode relation” har således en central brugsværdi. Incitamentet er på den ene side at opnå en reciprocitet med patientgruppen, der

omhandler ”*der hvor forandringen kan ske*”, eller at patientgruppen kan mærke, at casemanagers ”*faktisk holder rigtig meget af dem*” og på den anden side, at efterleve de sociale regler i de kollegiale sociale verdener, herunder at undgå afvigelse der kan identificeres som relationsnedbrydende praksis mhp. at opnå sikkerhed og at blive passet på af de øvrige i de OP-team relaterede kollektive fællesskaber.

Der er hermed kastet lys på ”den gode relation” og dens centralitet i det psykiatriske arbejde. I de følgende to analyser i henholdsvis afsnit 5.5.3 og 5.5.4 præsenteres analyser af, hvordan casemanagers interaktionelt kan identificere og definere fysisk helbredshåndtering både som henholdsvis relationsnedbrydende og relationsopbyggende samt hvilke aspekter, der kan influere på disse forskellige perspektiveringer.

5.5.4 Relationsnedbrydende fysisk helbredshåndtering

Emotioner der reflekterer individers oplevelser af selv-relevans i givne situationer, har som beskrevet ovenfor og i afsnit 5.3 en funktion i kollektive meningsdannelser. Emotioner bliver oftest ikke italesat som emotioner, men udtrykkes ved ”ydre”, fiktive handlinger til at beskrive den kontrasterende indre tilstand. Analysen nedenfor er et eksempel på, hvordan fysisk helbredshåndtering defineres som relationsnedbrydende, og hvor anvendelse af følelsesarbejde der udløser negative emotioner, inddrages i interaktioner mellem casemanagers. Mere konkret fremanalyserer jeg, at frygt eller frygtbeslægtede tilstande induceres og adapteres i casemanagergruppens dybde- og overfladeemotionsarbejde, når de interagerer med hinanden om erfaringer og perspektiver på patientrettet, fysisk helbredshåndtering. I den sammenhæng er det centralt at skelne Hochschilds forståelse af emotionsarbejde fra den måde, som emotionsarbejde i andre sammenhænge ofte forstås. Til tydeliggørelse skelner Hochschild mellem to emotionsmodeller; den ”organistiske” og den ”interaktionistiske” model. Den organistiske model udspringer fra bl.a. Darwin og Freud, og definerer følelser som ”passive” og ”lukkede” biologiske processer af libidinale eller instinktive afløb (Hochschild, 2012: 214-217). I den interaktionistiske model forstås emotionsarbejde som ”open-ended”, aktivt arbejde med indhold af biologiske komponenter, men hvor ”*social factors enter into the very formulation of emotions, through codification, management, and expression.*” (Hochschild, 2012: 217). Med andre ord skal frygt i denne sammenhæng ikke forstås som individuelle biologiske reaktioner, men som reaktioner der kollektivt adapteres mhp. at bearbejde og organisere, hvordan konkrete situationer bliver forståelige, genkendelige og giver mening. Frygt kan dermed både opleves kropsligt og som noget, vi omtaler som en negativ emotionstilstand, der ”får hold på os” i form af, at det sviger, lurer, skjuler, sniger, dukker op eller angriber (Hochschild, 2012: 212-213). Når frygtemotionensarbejde omtales nedenfor, skal det ikke forstås i bogstavelig forstand som en overvældende frygt for noget, der fysisk angriber og er truende for egen eller andres eksistens som sådan. I stedet for dækker min anvendelse af begrebet over en *relationel risiko* for noget, der opleves at have eller at

kunne få en negativ konsekvens, hvis det relateres til, fysisk helbredshåndtering, ikke forhindres eller holdes nede.

Det følgende uddrag fra fokusgruppeinterviews med casemanagers omhandler forholdet mellem ”den gode relation” og fysisk helbredshåndtering. Der indgår flere aspekter af, hvordan KRAM-varetagelsen som aspekt af fysisk helbredshåndtering identificeres ved frygtinducerende emotionsarbejde som en trussel mod ”den gode relation”. Det empiriske uddrag er relativt langt, men præsenteres i sin samlede længde, fordi det vurderes at være eksemplarisk, idet det afdækker omfattende og komplekse aspekter af temaet. Efter uddraget udfoldes de analytiske pointer.

X: *”Men er der noget særligt ved det at skulle arbejde med KRAM i forhold til den gode relation, eller er KRAM et risikoemne ligesom andre emner, der kan være risikable, og som I skal ind på i forhold til at bevare den gode relation, er I med på, hvad jeg mener?”*

P15: *”Ja, jeg synes faktisk, at det er en risikofaktor, fordi vi kommer jo - eller det er i hvert fald svært, hvis folk ikke selv kan se, selv bringer tingene på banen eller har lyst til at snakke om det, så er det selvfølgelig ingen problem. Men der hvor det er et problem, det er jo ved dem, som ikke synes at, og de kommer jo til at synes, at vi vil noget med dem, eller at vi ikke ønsker en forandring, og at vi ikke synes, det er godt nok, det de gør eller - og altså, selvom man prøver at lægge det ud og spørge ind uden at have løftet pegefinger og sådan noget ikke, så bare det at man nærmer sig de emner, er tit nok til, at folk de har paraderne oppe.”*

X: *”Men kunne der ikke være andre emner, hvor paraderne også er oppe, eller synes du, at her der er der særlig meget omkring det her med KRAM?”*

P15: *”Jo jo, altså hvis de er meget paranoide og sådan noget, kan de selvfølgelig godt have paraderne oppe, ligeså snart de har en oplevelse af - jo men, men - jeg tror måske, at jeg oplever, der må I supplere, at KRAM-faktorerne nemt kan frembringe noget mere end andre, og måske er det også fordi, de også i sundhedssystemet generelt jo sådan, altså man ved det jo godt et eller andet sted, de fleste mennesker og så bliver man lidt irriteret over at.”*

P12: *”Jeg oplever i hvert fald, at det, der i forhold til det, du siger, det er at, de har ikke ønsket, at vi skal komme, de er blevet påduttet, at vi skal komme der. Og så føler de også, at vi kommer og vil bestemme i forhold til, hvad er det, de skal med deres liv, det er i hvert fald noget af det, som jeg oplever, at det [men] det er også andre emner.”*

X: *”Men det er vel bare det, at du skal komme der, er det ikke?”*

P12: *”Jo, det er det. Altså medicinen kan også være et problem og skal snakke om, eller bare det at skal snakke omkring de symptomer, de har, det kan også være et svært dilemma.”*

P13: "Men jeg tænker i forhold til medicinen, den skal de have, fordi de har en sygdom, og det kan så godt være, de er uenige i, at de har en sygdom. Men det er ligesom, der har de nu en gang fået en diagnose, og det er jo ud fra det, at vi snakker medicin, og så kan de være enige eller ej. Hvor jeg tænker, at KRAM-faktorerne, det bliver sådan mere personligt. Der er noget forkert ved mig og ikke noget forkert ved min sygdom, men der er noget forkert ved mig, hvis det er, at jeg er for tyk, og jeg ryger for meget. Altså [ja, det er nemlig rigtig] oh, der er jo rigtig meget fokus på mode og - altså hvordan man nu er et godt sundt menneske, og hvordan man skal se ud og sådan noget, og når vi kommer og påpeger, at nu ryger du vist lidt for meget, eller du er vist lidt for tyk, eller du motionerer ikke nok, jamen så er det også normen - generelt for alle mennesker, hvor vi, altså hvor vi stiller spørgsmålstegn ved, om de er rigtige, eller vi siger faktisk, at de er lidt forkerte (flere ja'er)."

X: "Så kommer I sådan og bringer normerne ind udefra?"

P13: "Ja, jeg mener bare, man kan godt, selvom vi prøver at undgå de løftede pegefingre, men jeg tror godt, det kan komme til at blive opfattet sådan som en indirekte kritik. Jeg tror, det er mere legalt at snakke om sygdom alligevel, end det er at snakke om de der ting, som de nok mere opfatter, er en del af deres person [ja]."

X: "Det kommer tættere på, når det er KRAM?"

P13: "Ja - det tror jeg altså. Jeg tror også selv, jeg vil synes, at det var mere træls (nogen i gruppen ler), hvis nogen sagde til mig, at jeg var tyk, fremfor at jeg havde en sygdom, der skulle arbejdes med. Det går jo ind og rammer ens selvfølelse [ja, jo ens integritet] integritet."

P16: "Ja det er faktisk ens allervigtigste, fordi det er det, man er og det, man viser og det man, ja sådan er jeg."

P14: "Altså jeg lurer lidt på, om det handler om - jeg er ikke uenig i det, I siger - men jeg lurer på, om det handler om, at det bliver så konkret? Når nu vi snakker om - om andre ting, der kan være på dagsordenen, så kan vi ligesom mingelerer os, og ligesom når vi mærker, uha, her er lidt modstand, vi prøver lige at gå en anden vej og alt det der ikke? Men når vi kommer til det med KRAM, så er det simpelthen sort på hvidt [flere ja'er]. Du skal være inden for det her eller inden for det her område, og hvis du ikke er det. Så det bliver simpelthen så konkret, at man ikke kan løbe fra det på en måde. Men i det andet, der kan vi mærke meget mere på hvor, jamen hvor kan vi snakke om tingene henne, kan man sige. Og det er jo egentlig det, du startede med at sige, at du har gjort i forhold til at få det introduceret, sådan hørte jeg dig i hvert fald [ja], at du har mærket efter - hvad gjorde du, og hvor du kunne det - og det er det, jeg tænker, at vi gør. Men når vi så kommer med det ark, så bliver det bare så tydeligt."

P16: "Det er svært at lukke øjnene for det."

P14: "Ja ja."

P15: ”Og så tænker jeg, at i forhold til sygdommen, der kan man måske bedre sige, der kan de måske bedre sige, jamen jeg er syg, hvis de overhovedet har en erkendelse (ler). Men dem der har en erkendelse, kan så sige, jeg er blevet syg, og det kan jeg faktisk ikke gøre for, det kan man godt sådan sige til sig selv. Men det med hvordan man lever, det er jo ens eget ansvar, og det kan man godt gøre for ikke? Så der kommer man måske nemmere til at få den skyldfølelse og fornemmelse af, at jeg er forkert, og jeg er en idiot, fordi at jeg ikke kan finde ud af at lave om på det her.”

P16: ”Ja, det tror jeg, du har meget ret i”

P15: ”At det gør ondt, fordi man så bliver ramt på at”

P16: ”Det er jeg nødt til at tage ansvar for selv [ja], jeg ligger, som jeg har redt ikke?”
(Fokusgruppe C)

Som indledning til og som grundlæggende ramme for analysen udgør tabellen nedenfor en oversigt over, hvordan uddraget ifølge min fortolkning udkrystalliserer, hvordan fysisk helbredshåndtering (her konkretiseret som ”KRAM”) adskiller sig fra det behandlingsrelaterede relationsarbejde og ”den gode relation”.

Sammenligningskategorier	Den gode relation	KRAM
Patientidentifikation	<i>Sygdom –diagnose</i>	<i>Personlighed</i> <i>Hvordan jeg lever</i>
Fagprofessionel samtalestrategi	<i>Medicinen skal de have</i> <i>Vi snakker medicin, fordi de har en diagnose</i> <i>Føle sig frem</i> <i>Minglerer i samtalen for at undgå modstand</i>	<i>Repræsenterer sundbedssystemet</i> <i>Løftet pegefinger</i> <i>Styrer hvad de skal med deres liv</i> <i>Påduftet vi skal komme i hjemmet</i> <i>Sort på hvidt</i> <i>Ark gør det tydeligt</i> <i>Kan ikke løbe fra det</i> <i>Svært at lukke øjnene for det</i>

Patientreaktioner ifølge casemanagers	<i>Legalt at snakke om sygdom</i>	<i>Illegalt samtaleemne</i> <i>Noget forkert ved mig</i> <i>Om jeg er et godt menneske</i> <i>Indirekte kritik</i> <i>Et mødefænomen</i> <i>Konfronteres med samfundsnormer</i> <i>Rammer selvfølelse og integritet</i>
Ansvar	<i>Ansvar placeret uden for patienten:</i> <i>Jeg er blevet syg, og det kan jeg ikke gøre for</i>	<i>Ansaret placeret inden i patienten:</i> <i>Hvordan man lever, det er ens eget ansvar</i> <i>Skyldefølelse</i> <i>Jeg ligger, som jeg har redt</i>

Tabel 15 Sammenstilling af ”den gode relation” og KRAM kategoriseringer

Det gennemgående for, hvordan fysisk helbredshåndtering defineres i samtalesekvensen ovenfor er, at der fastholdes konsensus om, at fysisk helbredshåndtering betragtes som problematisk i relationsarbejdet. Ved gensidige interaktioner fremkaldes erfaringer eller forestillinger om, hvordan involvering i patientgruppens fysiske helbredsproblemer indeholder frustrationer, bekymringer og/eller fremkalder frygt for at mediere relationsnedbrydende processer og/eller forværre patientgruppens mentale tilstand.

Disse frygtbeslægtede tilstande, der finder sted i interaktionerne blandt casemanagers, svarer til det Hochschild (2012) identificerer som dybdeemotionshandling og ”method acting”. Dette identificeres ved, at der gensidigt iblandt casemanagers akkumuleres et relativt rigt depot af emotions-hukommelsespåmindelser, som genkalder følelser og værdifulde efterstræbelser (Hochschild, 2012: 40-41), der opretholder sociale regler, som beskytter konsensus om opretholdelse af ”den gode relation”- handlinger. Som allerede beskrevet i afsnit 5.5.3 stemmer dette også overens med, at relationsarbejdet *er* grundlæggende og *er* af afgørende betydning i den psykiatriske behandlingspraksis, men at det samtidig kan problematiseres, når og hvis det alene udøves som mål for interventionerne og ikke strategisk anvendes som middel mhp. at opnå løsning af andre relevante behandlingsbehov. Derfor er nedenstående analyse ikke udtryk for at relationsarbejdet ikke anerkendes, men i stedet udtryk for, at det empiriske

materiale af mig fortolkes i en retning, hvor netop fysisk helbredshåndtering overvejende identificeres som en trussel mod relationsarbejdet.

Nedenfor præsenteres de analytiske tematiseringer, jeg udleder af de sammenstød eller modstillinger jeg identificerer mellem ”den gode relation” og fysisk helbredshåndtering i uddraget ovenfor. Jeg præsenterer tematiseringerne i en rækkefølge hvor det, der relaterer sig direkte til ansigt til ansigt interaktioner med patientgruppen kommer først. Dernæst følger de tematiseringer, der mere relaterer sig til OP-teams interaktioner på de indre organisatoriske linjer i OP-teamverdenen og/eller til psykiater- og ledelses relaterede socialverdener.

”Påduftet” hjemmebehandling

Grundlæggende betragtes det som noget særligt relationelt, at patient-fagprofessionelinteraktionerne foregår i patienternes eget hjem. I sammenhæng med hvad der er særligt ved KRAM-interaktioner frem for øvrige interaktioner, beskrives hjemmebesøget i denne sammenhæng som noget, patienterne oplever er ”påduftet” og dermed ikke har ønsket sig. Denne påduftethed relaterer sig nærmere til, at casemanagers identificerer fysisk helbredshåndtering med patientoplevelser af, at casemanagers ”vil bestemme over deres liv”. Fysisk helbredshåndtering repræsenterer således et sæt af meninger omkring tvangspræget hjemmebehandling. Dette betragtes, ifølge min fortolkning, samtidig som mere indgribende i patientgruppens hverdagslivsaspekter end andre behandlingstiltag, fordi samfundets normer om sund og usund levevis og helbred bringes hjem i patienternes stuer. Der eksisterer således en kollektiv forestilling om, at fysisk helbredshåndtering sniger sig ind som noget risikabelt arbejde, der øger risikoen for at ”paraderne er oppe” og mindsker chancerne for at besøgene af patientgruppen associeres med gensidighed og ”den gode relation”. I sammenhæng med at interaktioner om KRAM-risikofaktorer i uddraget sammenlignes med interaktioner om patienternes psykiske sygdom og medicinering, defineres KRAM-interaktioner også indirekte som ikke-obligatoriske, idet sygdommen og medicineringen i modsætning dertil defineres som selvfølgeligt og obligatorisk. Derved spores en bagvedliggende, kollektiv konsensus om, at interaktioner der har islet af pres og tvang, i større grad identificeres som legale under hjemmebesøg, hvis det omhandler medicinering og psykisk sygdom, men som illegitimeres i relation til fysisk helbredshåndtering.

Hjemmet som fænomen indeholder mange facetter, og kan ifølge Winther (2012) opdeles i fire kategorier: 1) ”hjemmet” som lokaliteten, det sanselige og stedslige, som både er forankret og foranderligt 2) ”hjem som ide”, en kulturel forestilling om selvfølgeligheder, der udviser tegn på ”autonomi, ansvarlighed og voksendom” og med en ”vis vedblivende træghed” 3) ”at føle sig hjemme”, en stemning, hvor der er overensstemmelse mellem det fremmede og det kendte, som kan etableres i andre rum og steder end i hjemmet, og hvor der etableres en ”passenhed” i at forhold til fx det at

være hjemme i en arbejdsopgave eller i kroppen mv. 4) ”at hjemme den”, en mobil følelse, der kan opstå forskellige steder som måder at fylde og eksistere på og ”gøre rummet til vores”(Winther, 2012:89-93). Selvom Winthers (2012) konceptualisering af hjemmet er udviklet i relation til kommunal ældrepleje, anses disse kategoriseringer også at være relevante ift. OP-teams. Når fagprofessionelle skal opnå tillid og troværdighed, der får borgere, eller som her patienter, til mere eller mindre frivilligt at åbne deres hjem op mhp. at få støtte, pleje og behandling, så bliver det fysiske hjem forvandlet fra et frirum til et afhængighedsrum - et reguleret sted, hvor magtbalancen i hjemmet rykkes, og den sociale kontrol kommer tættere på og ind til privathedens sted. Hjemmet bliver et ”semi-offentligt”, fælles område (Winther, 2012: 97-98), hvor hjemmet reduceres til kontinuerlig forhandling af uskrevne regler og koder for, hvordan begge parter kan være i dette hjem og tilstræbe en indlæring af ”passenhed”. Fagprofessionelle i OP-teams er ligesom sundhedspersonale i hjemmeplejeregi placeret i et limbo ved besøg i patienters hjem, idet de hverken entydigt er gæst, familiemedlem eller tjenestefolk. Når fysisk helbredshåndtering omtales som ”påduddet”, indeholder det således kollektive erfaringer eller forestillinger om, at casemanager-patientinteraktionerne påkaldes vanskeligere vilkår i forhold til at forhandle ”en passenhed”. Den accepterede og internaliserede fagprofessionel-magtbeføjelse og/eller sociale kontrol opleves i casemanager social verdenen i større omfang at blive overskredet ved fysisk helbredshåndteringsinteraktioner end øvrige behandlingsopgaver i patienternes hjemmemiljø. Ifølge Hochschild (2012) udgør socialt arbejde i en hjemmekontekst ”a third sector” og et tredje domæne ift. hvordan følelsesregler almindeligvis udspiller sig i private eller arbejdsrelaterede sammenhænge (Hochschild, 2012: 203-204). At fysisk helbredshåndtering i højere grad end andet behandling i hjemmet opleves at udløse følelser af tvang og reduceret integritet i patientgruppen, udløser samtidig casemanagers følelsesregler om at udøve varsomhed eller modstand mod fysisk helbredshåndtering, fordi det implicit betragtes som en reduktion af ligeværdighed i mødet.

”Løftet pegefinger”

At fysisk helbredshåndtering relateres til frygtinducerende arbejde, fremgår som indledningsvis nævnt ikke eksplicit af citatet, men omtales indirekte og metaforisk med udtrykkene om ”paraderne oppe” og at undgå ”løftet pegefinger”. Metaforen ”løftet pegefinger”, som i øvrigt også anvendes af psykiatergruppen jfr. afsnit 5.4.2, indeholder i sig selv ideen om, at et menneske forsøger at trække nogle normer og regler ned over hovedet på et andet menneske og samtidig fordømmer dette menneske, hvis disse normer og regler ikke efterleves. Anvendelse af disse metaforer kan ifølge Hochschild (2012) betragtes som rekvisitter til at ”røre en følelse op” eller at udløse andre følelser. Dermed sikres det, at følelser styres i en bestemt retning ift. hvad der kollektivt føles af rettigheder og forpligtigelser (Hochschild, 2012: 44). Selvom metaforene er fiktive, kan de følelser de frembringer være ægte og kan dermed medvirke til at undertrykke andre udgaver af, hvad der i virkeligheden tolkes som sandhed (Hochschild, 2012: 47-48). Casemanagers identificerer sig således med, at fysisk helbredshåndtering påtvinger

patienter nogle normer og adfærd, de ikke i forvejen identificerer sig med, efterlever eller ønsker at efterleve. Dermed tages patientgruppen til indtægt for, at de enten ikke abonnerer på eller identificerer sig med at blive påvirket af eller ønsker at efterleve samfundets normer omkring sundhed o.lign. Dette fremkalder tillige tidligere erfaringer med eller forestillinger om at kunne udløse vrede eller afvisning hos patienterne, hvilket beskrives metaforisk ved, at patienterne "har paraderne oppe". I fokusgruppeuddraget præsenteres endvidere en modstilling mellem patientoplevelser i relation til psykisk sygdom og fysisk helbredsrelateret "diagnosticering"/identificering. Når patienter tilegnes en etikette med en diagnose/sygdom/symptomer, identificerer de sig ifølge samtalesekvensen med at være uden ansvar for sygdommen og fritages fra skyld og skam, hvilket medfører, at patienten har en god selvfølelse og integritet. Til forskel fra identifikationen af sygdom som et ansvarsfrit fænomen, defineres fysisk helbredshåndtering modsætningsvis inden for en selv-ansvarlighedsdiskurs. Selv-ansvarlighedsdiskursen omhandler bl.a. forestillingerne om eller erfaringerne med, at casemanagers fremkalder "skyldfølelse", pådrager patienterne dårlig selvfølelse og integritet, og at patienterne konfronteres med manglende selvkontrol. Yderligere identificeres miskreditering som en uundgåelig konsekvens, hvilket udtrykkes med, at "*man ligger som man har redt*". Det fremgår ikke af samtalesekvensen, hvorvidt denne selvansvarliggørende og nærmest dømmende udtalelse udgør en social spilleregulering, casemanagergruppen selv identificerer sig med og/eller om den tillægges patientnormer eller samfundsnormer generelt. Uanset hvad den reelt er rettet mod, fremgår det ikke af datamaterialet, at casemanagergruppen umiddelbart udviser intentioner om aktivt at mindske eller nuancere denne selvansvarliggørende indflydelse på patientgruppen.

Totaliserende indgreb i negativ patientidentificering

Fysiske helbredsaspekter defineres ydermere af, og via sammenligning med, hvordan diagnose og sygdom identificeres, ikke kun som afgrænset til det fysiske helbred og den helbredsrelaterede livsstil, men omtales som et mere totaliserende og generaliseret indgreb i den sociale identitet – "*der er noget forkert ved mig*", og "*hvordan jeg nu er et godt menneske*". Dette fremgår i sammenhæng med at fysisk helbred også relateres til for patientgruppen at være mere "*personlig*" end sygdommen og omsiggribende ift. hvad "*de skal med deres liv*", og som "*er svært at lukke øjnene for*". Dette repræsenterer således et kollektivt emotionsarbejde, hvor fysisk helbredshåndtering ved implicit sammenligning med hvad der ellers identificeres som psykiatrisk arbejde transformeres til, når og hvis det sættes på dagsordenen i interaktioner med patientgruppen at omhandle et tilnærmelsesvis totaliserende indgreb i patientgruppens identitet, hverdagsliv og eksistensgrundlag. Dette understreges yderligere ved, at interaktioner om KRAM relateres til at "ramme" patienternes "*selvfølelse og integritet*". Når fysisk helbredshåndtering defineres som et potentielt meget omfattende og uhensigtsmæssigt indgreb i patientgruppens liv, er det naturligt, at det tilknyttede sæt af følelsesregler for dybde- og overfladeemotionsarbejde formidler frygt eller frygtlignende følelser og mhp. undgåelse eller marginalisering.

Øget risiko for patienters negative følelsesudbrud

Til forskel fra andre interaktionsemner identificeres KRAM-arbejdet i samtalesekvensen også som et fænomen, der ikke kan ”mingelers”, og som yderligere objektiveres som ”noget konkret”, der konkretiseres og synliggøres i form af et ”ark”, som gør KRAM til noget ”sort på hvidt”, som ”man ikke kan løbe fra”. Dermed identificeres fysisk helbredshåndtering som en trussel mod, at det kan udløse negative følelsesudbrud ved patientgruppen, og at det netop er sværere at undgå, fordi fysisk helbredshåndtering identificeres som noget meget konkret til forskel fra andre interventionsområder. Dermed kan de relaterede frygtemotioner både være tilknyttet forestillinger og/eller erfaringer med, at fysisk helbredshåndtering nemmere end andre aspekter af behandlingen kan udløse negative emotioner hos patienten som fx vrede. Dette kan være en bekymring, frustration eller frygt ift.:

- 1) patientgruppens mentale tilstand og udvikling
- 2) personalets sikkerhed ift. at samarbejde med patientgruppen
- 3) hvad negative emotioner kan have af konsekvenser for relationen og det fremtidige samarbejde med patienten og
- 4) hvad det kan betyde for fagidentiteten ift. ikke at kunne høste kollegial anerkendelse for tilfredsstillende ”relationsentreprenørarbejde”.

Alle fire aspekter bidrager til fastholdelse af delte normer, værdier og fælles mål relateret til ”den gode relation”, hvori frygtmotionsarbejde således er en form for teknologi til at beskytte ”relationsentreprenør”-arbejdet af forskellige årsager. Dette udtrykker samtidig et sæt af meninger med kollegial nedprioritering af fysisk helbredshåndtering og med en bagvedliggende forpligtigelse til at beskytte en social orden, hvor fagprofessionelle i mindst muligt omfang udsættes for kompromitterende interaktioner.

Beskyttelse af patienter fra fysisk helbredsrelaterede normer

Endnu et aspekt der reflekterer frygtmotionsarbejde, er fagprofessionelles forestillinger eller erfaringer med, at fysisk helbredshåndtering forhindrer dem i at kunne beskytte patientgruppen mod det omgivende samfunds krav og pres i relation til fysisk helbredshåndtering som et ”mode”-fænomen og den ”den loftede pegefinger”, der potentielt set får patientgruppens ”parader op”. Når fysisk helbredshåndtering defineres som et modefænomen, kan det være udtryk for en normativitet, hvor fysiske helbredsproblematikker ikke eller i mindre omfang - tilsvarende psykiaterperspektiveringerne i afsnit 5.4.2 - defineres som relevante behandlingsrelaterede problemstillinger inden for det psykiatrifaglige domæne. Derved fremstilles casemanageridentificeringen som en beskytterrolle, der fungerer som vikarierende beskytter for de samfundsnormer, som patientgruppen identificeres med ikke selv at være i besiddelse af at kunne håndtere i form af at leve med, efterleve eller trodse.

Ifølge de fagprofessionelles forestillinger er det således meningsfuldt, at de efterstræber at influere på patientgruppen, så de oplever at blive ”frisat” fra at skulle forholde sig til

sit fysiske helbred og hvilke normer og anbefalinger, samfundet og sundhedsvæsenet kommunikerer ud iøvrigt. Selvom casemanagers, som repræsentanter for sundhedsvæsenet, formelt set forventes at mediere normer og værdier, der fremmer forebyggelse og udvikling af sygdom, legitimeres fravær af disse samfundsnormer. Dette til fordel for situationel tabuisering eller nedtoning af formelle sociale regler omkring fysisk helbredshåndtering.

Undgåelse af fysisk helbredshåndtering som statusforbedrende teknologi

Det er gennemgående for måden, som fysisk helbredshåndtering defineres på i OP-teamkontekst, at det ikke identificeres som en ”kerneopgave” eller en højstatusindsats i den psykiatriske pleje og behandling. Det engelske begreb ”care” som på dansk kan oversættes til både pleje og behandling, indeholder ifølge Kleinman & Geest (2009) en central værdi, der strukturerer hverdagslivet som moralske mennesker både inden for og uden for den medicinske verden (Kleinman & Geest, 2009: 165). Udfordringer ved som sundhedsprofessionelle at udøve ”kunsten” at give ”care” omhandler bl.a. lægers konflikterende interesse i dette, idet deres interesse fortrinsvis ligger i at forstå sygdomsprocesser og højteknologisk behandling. Dette efterlader således ”caregiving” til sygeplejersker, og denne overdragelse associeres blandt ikke-lægefaglige med lav- eller lavere statusprofessioner, der også kan identificeres som en stigmatiseret status. Udover profession associeres dette også til en kønsbias, hvor sygeplejersker oftest er kvinder. (Kleinman & Geest, 2009: 162). Med inspiration fra denne artikel kan fysisk helbredshåndtering også betragtes som del af en positioneringsforhandling mellem psykiatere og casemanagers. Med bestræbelser på at forebygge eller mindske identifikationer med lavstatus fagprofessionel-positioneringer, kan det frygtinducerende arbejde anvendes som teknologi til at legalisere casemanagers unddragelse fra at efterleve formelle forpligtigelser i relation til fysisk helbredshåndtering. På den måde opnår casemanagergruppen styrkelse af deres indre positioneringsstruktur, der imødekommer forestillede eller reelle psykiaterinteresser i at udøve regulerede undgåelseshandlinger.

At fysisk helbredshåndteringsinteraktioner defineres som risikabelt og indgår i regulerede undgåelseshandlinger, understøttes også af andre danske studier om den psykiatriske behandlingspraksis. Involveringsundladelse ift. fysisk helbredshåndtering forklares ud fra forestillinger om, at det ikke forventes at ”kompromittere brugernes behandling” (Petersen, 2013: 309), og/eller at det er en beskyttelse af ”den skrøbelige relation”, når personalet vælger at ”bryde reglerne” ved ikke at efterleve formelle krav i relation til fysisk helbredshåndteringspraksis (Lerbæk et al., 2015).

Kollektiv korrigerende af casemanager med afvigende perspektiveringer

Der er få eksempler fra det empiriske materiale, hvor aktører i OP-team A og C forsøger at bryde med den dominerende forestilling om, at fysisk helbredshåndtering udgør en trussel overfor relationsarbejdet. Til illustration af de kollektive kræfter der kommer til syne, når en aktør forsøger at bryde disse sociale regler, præsenteres

nedenfor et empirisk eksempel på, hvordan P16 under fokusgruppeinterviewet kommer på arbejde med at genvinde anerkendelse hos de andre, fordi vedkommende udtrykker meningsfuldhed, gode erfaringer og resultater med KRAM-arbejdet. P16 kommer til at udfordre de eksisterende sociale regler i OP-team social verdenen. Efterfølgende reagerer hun mhp. at genvinde en mere anerkendt positionering i gruppetilhørsforholdet ved at nedjustere de føromtalt positive erfaringer og perspektiveringer. Her følger først et citat, hvor P16 fortæller om sine erfaringer med patientrettet fysisk helbredshåndtering:

P16: ”Jeg har også fundet en måde at gøre det på og med nansomhed for netop ikke at blæse til den dårlige samvittighed og skyldfølelse, de har, og lavere selvhævd, så - Men når det så er sagt, så synes jeg også, det er godt fordi alene det, at man sætter fokus på noget, gør, at det kan være en bevidstgørelse hos mennesker, og det gør vi jo også, ik? Og det er helt sikkert, at det sår nogle frø, når vi snakker om vægt, og så gør man det nansomt, og sådan når de er parate og har overskud. Så synes jeg faktisk, at jeg har haft nogle forløb, hvor det har gået rigtig godt. Og hos nogen er der begyndt at ske lidt forbedringer af deres sundhed og livsstil, ik’, og hvor det har været nogle arbejds punkter ik’, hvor de begynder bare at få øje på det, bliver bevidste om det og finder ud af, at jeg har et valg, jeg kan træffe et valg, og jeg kan gøre noget andet og måske bare flytte nogle små brikker, og det synes jeg har været godt. Men jeg er meget varsom, og timingen er vigtig for mig, hvornår jeg går i gang med sådan noget, men så bliver det altså også sådan rimelig godt, så jeg synes det er godt, at vi har fået KRAM.”

(Fokusgruppe C)

Efterfølgende kommer der forskellige reaktioner fra de øvrige casemanagers, såsom at patienterne er ”forstyrrede” og har ”svært ved at forstå, hvad der er sundt og usundt”, og at arbejdet derfor ”er op ad bakke”. P16 vender tilbage i diskussionen og nedjusterer sine tidligere udtalelser:

P16: ”Jeg vil også sige, at det er nogle få, man kan arbejde med seriøst, som dem jeg nævnte der først ikke, det er 2 ud af 14, ikke. Og jeg har også rigtig mange eksempler, som nu I andre har givet, og hvor jeg også netop må sige, ok der må vi lade være, ikke. Altså hvis de vil være med til interviewet engang om året, så er det nogen gange et højt mål at nå ikke’, at man får lov til lige at stille spørgsmålene ikke? og sådan en, som du nævner, P12, jamen han vil se rodt, hvis man begynder [ja, fuldstændig] det gør man bare ikke, der er man ikke i tvivl om at lade være vel?” (Fokusgruppe C).

Idet P16 vender tilbage med væsentligt flere kritiske perspektiver og erfaringer med fysisk helbredshåndtering, som hun retorisk også præsenterer som spørgsmål mhp. at opnå de andres anerkendelse, vidner det om, at første udtalelse bidrog med en social bevægelse inden for teamets sociale verdens grænser, som ikke blev tilstrækkelig værdisat af det øvrige team. Det fik efterfølgende P16 til at ”rette ind” mhp. ikke at virke for truende og dermed forebygges også statustab inden for den kollektive meningsdannelse. Ifølge Hochschild (2012), og som dette eksempel også illustrerer, er der mange individuelle handle måder, som fjernes og afløses af institutionelle mekanismer, hvad hun kalder ”institutionel emotion management”. Derved dirigeres

rigtigt og forkert følelsesarbejde ned gennem det organisatoriske magthieraki, hvor institutionen fremelsker ønskede følelser i medarbejderne (Hoschschild, 2012: 49). Denne dynamik hvor fysisk helbredshåndtering objektiviseres som overvejende et forstyrrende og frygtinducerende objekt, der tilstræbes marginaliseret, kan også sidestilles med, at der ifølge Link og Phelan (2001) er en øget risiko for, at fagprofessionelle kan risikere devaluering og statustab i de interne hierarkiforhandlinger i relation til arbejdet med patienters fysiske helbred til forskel fra medicinerings- og terapeutiske aspekter (Link & Phelan, 2001).

Frygtmotionsarbejdet bliver opsummerende en teknik, der især bidrager til varetagelsen af at beskytte den ”den gode relation”-arbejdet mod fysisk helbredshåndtering, fordi fysisk helbredshåndtering overvejende identificeret som en modstilling til relationsarbejdet og dermed som relationsnedbrydende. Dette medieres gennem frygtinducerende følelsesregler og som samlet set udgør en teknologi til at skabe og sikre regulerede undladelsehandlinger. Teknologien indeholder legalisering af negligering eller nedprioritering af ”care” i relation til patienternes fysiske helbredsproblematikker.

Marginalisering af fysisk helbredshåndtering indgår også som redskab i positioneringsforhandlinger i og på tværs af sociale verdener inden for den psykiatriske arena. Dermed bliver fysisk helbredshåndtering et positionerings- og forhandlingsobjekt, der indgår som en stigmatiseringsreducerende teknik mellem mand-kvinde og lægefaglige/ikke-lægefaglige grupperinger. Fysisk helbredshåndtering objektiviseres dermed også som et indre grænseobjekt i OP-team social verdener, som ikke kan fjernes, men minimeres.

Dog findes der undtagelser fra disse samspilsmønstre, der hidtil er præsenteret. Som illustreret ovenfor bliver en casemanager korrigeret i sit forsøg på at bryde det fælles engagement i at definere fysisk helbredshåndtering som et gennemgående negativt aspekt af den psykiatriske pleje og behandling. I det følgende afsnit præsenteres, hvordan fysisk helbredshåndtering defineres i OP-team B-verdenen, hvilket viser et eksempel på, at fysisk helbredshåndtering kollektivt kan defineres som relationsopbyggende.

5.5.5 Relationsopbyggende fysisk helbredshåndtering

Ligesom de øvrige OP-teams identificerer også OP-team B negative fysiske helbredshåndteringsaspekter, som fx at fysisk helbredshåndtering er en form for procedurestyring, der får casemanagers til at opleve sig som ”kontorfunktionærer”, eller at det kan være skadeligt ift. relationsopbygning, hvis ikke indsatsen times, og hvis ”*det bare smides i hovedet på patienterne*”. Forklaringen på hvorfor fysisk helbredshåndtering defineres forskelligt i forskellige lokale OP-teams, kan der pga. de få inkluderede teams kun gisnes om. Fra litteraturstudiet fremgår det, at en manglende ledelsesmæssig indsats

med adækvat støtte og undervisning kan bidrage til, at fagprofessionelles negative holdninger til opgaven ikke justeres, og at der praktiseres en ”psykiatrikulturrolle”, som får en negativ konsekvens for udøvelsen og outcome af fysisk helbredshåndtering (Blythe & White, 2012; Hultsjö & Hjelm, 2012; Robson et al., 2013). Samspilsmønstret i OP-team B kan være et eksempel på, hvor meget ledelse har betydning, idet den førortalte leder L2 tidligere har været leder for netop dette team (og ikke de øvrige teams). Med L2’s perspektiver på fysisk helbredshåndtering (afsnit 5.4.1), hvor fysisk helbredshåndtering defineres som meningsfuldt, indgår samtidig betydningen af en proaktiv lederstil. Dette stemmer også overens med (Hultsjö & Hjelm, 2012)’s opmærksomhed på, at vænændringer hos både individer og grupper adapteres fra interaktioner med betydningsfulde andre. Dermed kan der tilsvarende være en sammenhæng i, at ledelse og medarbejdere i OP-teamregi også gensidigt farver hvordan fysisk helbredshåndtering perspektiveres.

OP-team B casemanagergruppen identificerer KRAM-arbejdet som en del af det daglige arbejde, og understreger også, at det havde været sat på dagsordenen før indførelsen af akkrediteringskravene, jfr. Den Danske Kvalitetsmodel (også omtalt i afsnit 1.4.1). Registreringsdelen af opgaven opleves dog som ny, og hvor oplevelsen både er, at det er ”dokumentation af noget vi gør i forvejen”, og at det samtidig kan betragtes meningsfuldt som ”en slags opsamling” på daglig praksis. KRAM-opgaven beskrives og omtales som en ”naturlig del af hverdagen”, og som foregår i dialog med patienterne mhp. at vurdere og justere på deres ”habituelle tilstand”. Fagprofessionelle understreger i følgende samtalesekvens mange af de fordele, de ser ved, at fysisk helbredshåndtering er en integreret del af deres daglige arbejde:

P9: ”Det er hele tiden, vi har fokus på det [red.:patienternes helbred] og også i dagligdagen.”

P10: ”Det er også fordi, vi har mulighed for det [ja], og fordi vi kommer i deres hjem, og det er så naturligt, altså hvis vi ser, der står 3 bøtter Nutella, jamen hvad kunne man erstatte det med, hvis [ja nemlig ja] det var det, ikke?”

P9: ”Altså det ved jeg ikke, men vi ser jo, hvad det er, der står i deres hjem ikke også, eller hvordan det er, de lever [flasker, cola] eller ja [...]”

P8: ”Jamen det er jo det der med at møde dem [red. patienterne], lige hvornår det er, og hvad ser de det fornuftige i. Fordi her er der jo nogen, der kan se det fornuftige i økonomien, nogen kan se det fornuftige i det sundhedsmæssige ikke også, så det er lige med at møde dem, jamen lige, jamen gribe dem der, hvor det så er. Men det er også stadigvæk en proces, altså det er jo ikke sådan, at når vi snakker om, at det er en god ide at holde op med at ryge. Det kan være, at de først holder op med at ryge 9 måneder senere ikke også altså, men men, du føder tanken ved dem, at der måske kunne være lidt fornuftigt i det.”

Styret af mulighedsbetingelser indikerer OP-team B, at de blander de udstukne rammer med deres viden og erfaringer i samarbejdet med hinanden og patientgruppen om, hvordan de får fysisk helbredshåndtering til at give mening. Mere konkret omtales et redskab ”*Små skridt*”, som de anvender, og som ”*er et godt arbejdsredskab til at få øje på, hvad der faktisk sker og dermed opnå små ændringer, der faktisk lykkes*”. Derudover beskriver de, at det at deltage i aktiviteter sammen med patienterne samt at inddrage pårørende, væresteder, egen læge og indimellem også psykiateren er betydningsfuldt i forhold til at igangsætte eller fastholde ønskede forandringsprocesser.

Yderligere forstærkes det meningsfulde i opgaven for dem, idet de sammenligner sig med de anderledes arbejdsbetingelser, som de oplever deres kollegaer har i distriktspsykiatrien. Distriktspsykiatrien beskrives som værende ”*procedurestyret*”, at de kun har kort tid sammen med patienterne, lav mødefrekvens (månedligt), og at de ikke har mulighed for at mødes med patienterne i deres eget hjem. OP-team B identificerer egne rammer for fysisk helbredshåndtering som fordelagtige, fordi ”*vi kan kigge på helhed*” og gå ”*ind på alle fronter*”, og når vi møder patienterne i eget hjem, kan vi ”*se det hele menneske*” og have ”*kontakt til netværket*”. P10 opsummerer diskussionen på følgende måde:

P10: ”*Vores fordel er også, at vi har dem i et langt forløb, hvor vi kan sige; ”kan du buske dengang”, og vi kan se den sammenhæng. Altså det er virkelig vores fordel, at vi kender dem så godt, som vi gør [ja og det er også dem[red.os], som de hader (flere ler)]ja ja og så er der jo også dem, som kommer og har sandheden på en eller anden måde, men de kan også bruge os.*”

P9: ”*Jamen de respekterer jo os på en anden måde, altså, det er jo ikke den der løftede pegefinger (flere taler i munden på hinanden)*”

P8: ”*De kender os jo og ved at vi gør det af omsorg for dem [ja lige præcis], og det er en stor forskel [flere ja'er]*”

Som endnu et centralt aspekt af hvordan fysisk helbredshåndtering bliver meningsfuldt for OP-team B, omtales flere gange *timing*. Timing indgår både i den processuelle forståelse af ”*først relation, dernæst metode*”. Derudover omtales timing i forståelsen at undlade at sætte fysisk helbredsmæssige forhold på dagsordenen, hvis patientens dagsform vurderes til ikke at kunne rumme det, fordi indsatsen skal tilpasses patientens aktuelle situation, og ”*hvad er det vi kan lige nu*” samt grundlæggende opmærksom på ”*timing og tålmodighed*”.

Undervejs i fokusgruppinterviewet pågår der en diskussion om timing ift., hvorvidt og hvornår fysisk helbredshåndtering også kan være relationsopbyggende ud fra forståelsen ”*først metode, dernæst relation*”. Team B når frem til, at fysisk helbredshåndtering i sig selv kan være relationsopbyggende, idet det også kan tages i anvendelse mhp. at

opbygge tillid og ”den gode relation” til patienterne. Dette fremgår af følgende samtalesekvens:

P10: ”Men der er forskel på fiske, altså man kan ikke sige enten/eller til alle patienter, man er nødt til at tage den faglige vurdering med hele tiden, ligegyldig om det er den ene eller anden vej altså. Der er nogle patienter, som også vil føle sig imodekommet på, ”nå, du tager også min fysiske sundhed alvorligt” og rent faktisk føler sig modt på det også, samtidig med at man bliver modt på den psykiske side.”

P11: ”Men det der er vigtigt der, det er, at der er fleksibilitet.”

P10: ”Lige præcis og den faglige vurdering (flere sige noget).”

OP-team B demonstrerer således et samspil, hvor fysisk helbredshåndtering indgår i gensidige refleksioner over hvad, hvordan og hvornår i patientarbejdet fysisk helbredshåndtering er anvendeligt og relevant. Ligesom L2 udtrykker OP-team B, at fysisk helbredshåndtering identificeres som meningsfuldt og et helhedsorienteret og integreret aspekt af deres behandlingspraksis i øvrigt. At der kan være en overensstemmelse mellem, hvordan leder identificerer fysisk helbredshåndtering, og hvordan det fortolkes blandt OP-teams, understøttes også af følgende svar på hvordan de selv oplever samarbejdet med ledelsen:

X: ”Når I sidder sammen med ledelsen, så er det her ikke et emne, der bliver berørt?”

P10: ”Altså det var det jo, da L2 var i stillingen, synes jeg, jeg synes L2 satte det meget på dagsordenen i forhold til projektet, og hvordan vi arbejdede med det, det synes jeg faktisk at L2 gjorde, men nu er der ikke nogen, der nævner ordet KRAM, oplever I det? [nej]”

Leder L2 fremhæves trods det, at OP-team B aktuelt ikke har vedkommende som leder mere. Som ikke tilstedeværende, men impliceret lederaktør, kan det indikere, at L2 fortsat, som Hochschild (2012) omtaler ledere, udgør en autoritet og dermed er repræsentativ for implicite følelsesregler i relation til fysisk helbredshåndtering (Hochschild, 2012: 75, 264). Teamet betragter ligesom L2 fysisk helbredshåndtering som del af en helhedsorienteret praksis, men skelner refleksivt mellem passende og upassende fysisk helbredshåndtering. Ligesom omtalt i afsnit 5.5.4 identificeres ”løftet pegefinger” netop som upassende, men fysisk helbredshåndtering defineres fortrinsvist som en praksis, der er passende. Dette underbygger OP-team B med, at de inddrager strategier som timing, tålmodighed og fleksibilitet, der samlet set i deres perspektivering bliver til ”omsorg”. Derved identificeres fysisk helbredshåndtering overordnet set med bagvedliggende positive følelsesregler såsom optimisme og entusiasme, idet fysisk helbredshåndtering både identificeres som en naturlig integreret del af praksis, der ovenikøbet kan være relationsopbyggende. At OP-team B konteksten kan indeholde proaktiv involvering og perspektiveringer af fysisk helbredshåndtering, stemmer også

overens med fund i Shattel et al. (2011)-studiet. Fysisk helbredshåndtering kan give mening, når personalet erfarer, hvor meget fysiske helbredsproblematikker har negative konsekvenser for patienternes psykiske helbred. Tilsvarende fremhæver Castillo et al. (2015)-studiet, den positive betydning af tydelig ledelse og herunder entydige udmeldinger om, at fysisk helbredshåndtering indgår i det der hører til OP-teams og deres ansvarsområde.

Opsummerende er fysisk helbredshåndtering i OP-team B regi i overvejende grad identisk med meningsfuldt patientarbejde baseret på strategier som timing, tålmodighed og tilpasning. Ovenikøbet betragtes fysisk helbredshåndtering som et potentielt middel, der kan tages i anvendelse mhp. at opbygge en god relation til patientgruppen, hvilket dermed står i en kontrast til den i øvrigt dominerende sociale regel om ”relation før metode”. Grundlæggende indgår der en reflektorisk tilgang til kontinuerligt i praksis at vurdere, hvornår fysisk helbredshåndtering er passende eller upassende i relation til patientgruppens aktuelle situation.

5.5.6 Opsummering på casemanagerperspektiveringer

Analysen ovenfor præsenterer både, hvordan fysisk helbredshåndtering i forskellige sammenhænge identificeres som enten relationsopbyggende eller relationsnedbrydende. Begge er legitime positioner, der i praksis tilsyneladende eksisterer uproblematisk ved siden af hinanden. Det er i analysen, at de træder frem som modsætningsfyldte.

Nedenfor præsenteres i punktform først de fremanalyserede, legitimerende perspektiver, der gør fysisk helbredshåndtering til risikabelt og identificeres som relationsnedbrydende og dernæst de legitimerende perspektiver, der gør fysisk helbredshåndtering til relationsopbyggende.

Relationsnedbrydende perspektiveringer:

- Fagprofessionelle inddrager frygtmotionsarbejde mhp. at etablere følelsesregler, der håndterer krydspresset mellem de oplevede modsatrettede værdier om både at tage vare om ”den gode relation” og håndtere formelle krav i relation til fysisk helbredshåndtering.
- At patienter pålægges skyldfølelse over at ”være forkerte”. Dette bygger på forestillingen om, at patienterne ikke føler sig forkerte i relation til deres psykiske sygdom, fordi de har en diagnose, som beskytter og fritstiller patienterne fra ansvar og implicite skyld- og skamfølelser. Derimod betragtes samfundets normer i relation til sundhed og helbred at kunne være et negativt, totaliserende indgreb i patienters generelle sociale identitet.
- Som fagprofessionel at påtage sig rollen som ”løftet pegefinger” i forståelsen at det pr. definition afstedfører negative følelseudbrud og dermed indebærer risiko for patientafvisninger, patientgruppens mentale tilstand eller fagprofessionelles sikkerhed.

- Involvering i fysisk helbredshåndtering øger risiko for statusstab i positioneringsforhandlinger med både andre OP-teamkollegaer, psykiatere og patienter. Adaptation af L1 og psykiatergruppens marginalisering af opgaven, herunder opprioritering af ”den gode relation” kan være udtryk for ønsker om at mindske positioneringsforskellene mellem casemanager- og psykiaterpositioneringerne og/eller at efterleve den ledelsesmæssige guiding af, hvordan fysisk helbredshåndtering defineres.

Relationsopbyggende perspektiver:

- Fysisk helbredshåndtering defineres med afsæt i ledelsesmæssige konventioner, der guider opgaven som en konstruktiv og integreret del af en helhedsorienteret praksis.
- Der eksisterer en kollektiv indforståethed omkring, at patienternes fysiske helbred og fysiske helbredsforandringer er under indflydelse af fagprofessionel-patient-interaktioner.
- Interaktioner skal times, og herunder at fagprofessionelle er åbne og fleksible ift., hvornår og hvordan det giver mening for den enkelte patient, skelner mellem passende og upassende involvering
- Fælles forståelse af at OP-teammodellen er fordelagtig, herunder de kontekstuelle forhold ved hjemmebehandling og det langvarige forløb med hyppige møder med patientgruppen.
- Fysisk helbredspraksis identificeres som aspekt af den professionelle identitet som helhedsorienteret praktiker.
- Oplevelser af at have virksomme handleredskaber både i interaktioner med patienter og kollegialt.

5.6 Delkonklusion ledelse-fagprofessionel-perspektiver

Analysen af Subcase I udgør samlet set besvarelsen af det første forskningsspørgsmål der omhandler, hvordan fysisk helbredshåndtering defineres ud fra henholdsvis ledelse-, psykiater- og casemanagerperspektiver. Som beskrevet tidligere betyder den symbolske, interaktionistiske tilgang, at de fremanalyserede definitioner og perspektiveringer på fysisk helbredshåndtering både er situerede og resultater af horisontale og vertikale definitions- og meningstilblivelsesprocesser.

Ledelsesmæssigt blandt L1 og L2 er der konsensus om, at fysisk helbredshåndtering er en vigtig psykiatrifaglig opgave, men som fortsat indeholder udfordringer ift. integrering i den kliniske praksis. L2 beskriver, at undladelse af fysisk helbredshåndtering kan indeholde aspekter af manglende helhedsorienteret praksis og patien-stigmatisering, og at løsninger på aktuelle udfordringer er, at der både er en proaktiv leder-, medarbejder og patientinvolvering. Til forskel fra L2 indikerer L1 en mindre klar ideologisk rettesnor for hvordan de relaterede problemstillinger skal håndteres. På den ene side understreges fysisk helbredshåndtering som en

betydningsfuld behandlingsopgave, men på den anden side udlejrer L1 det ledelsesmæssige ansvar ved at ansvarliggøre enten personalegruppen eller eksterne aktører for utilfredsstillende praksis. Derudover indikerer L1 også en defensiv, ledelsesmæssig positionering enten som beskytter af personalet mod ydre pres og krav om involvering i fysisk helbredshåndtering eller en afventende lederrolle med negative følelser som frustrationer og opgiveness.

Disse forskelligartede lederpositioneringer viser sig også ift., hvordan de identificerer fysisk helbredshåndtering specifikt i OP-teamregi. L2 har med sin ”institutionelle entreprenør”-lederstil og til forskel fra den mere afventende L1 ”audit society” lederstil, reflekteret over og ser gunstige muligheder i OP-teamregi.

Selvom der eksisterer en ledelsesmæssig, positiv involvering og en identifikation af fysisk helbredshåndtering som en meningsfuld praksis blandt ikke psykiaterfaglige medarbejdere (OP-team B og L2), identificeres fysisk helbredshåndtering overvejende negativt af både leder L1 (delvist), psykiatergruppen og de øvrige to OP-teams. Ved sammenligning af psykiater- og lederperspektiver er der overordnet set modsatrettede definitioner. Lederne betragter fysisk helbredshåndtering som en vigtig problemstilling og et klinisk ansvar, og psykiaterne identificerer det som et udefra-initieret krav og/eller som et ledelsesmæssigt ansvar og uden for deres handlingshorisont. Dette viser, at fysisk helbredshåndtering indgår i nogle stridigheder og kontroverser mellem henholdsvis de ledelsesmæssige og psykiaterfaglige sociale verdener. Dette fremgår også fra L1's perspektivering, der fremhæver det lægefaglige personale som obstruerende. Denne problematik genfindes også i et andet studie (Barnes et al., 2007). Det er således uklart i denne case, hvem der formelt har ansvar for hvad mellem leder- og psykiaterpositioneringer. Men uformelt synes psykiatergruppen at have mere magt end ledergruppen til både at undgå at tage ansvar og herunder også at begrænse, at fysisk helbredshåndtering medieres ind i den kliniske praksis.

Dette betyder, at fysisk helbredshåndtering fortrinsvis defineres ud fra psykiaterinitierede værdier og normer. Dette kan enten forklares med en stærkere psykiaterpositionering over for ledergruppen og/eller de ikke-lægefaglige kollegaer, eller at fysisk helbredshåndtering i ledergruppen ikke identificeres entydigt. Interne uenigheder i ledergruppen kan dermed også være medforklarende ift. både begrænset ledelsesmæssig involvering i praksis og uklare fagprofessionelrettede ”spilleregler”. At fysisk helbredshåndteringspraksis vanskeliggøres, når og hvis der i en organisation er begrænset lederinvolvering eller prioritering, er også en problemstilling, der omtales i andre studier (Castillo et al. 2015, Hulstjög 2013, Roberts & Bailey 2011, Robson et al. 2013). Når ledelsen, måske upåagtet, udlejrer fysisk helbredshåndtering kan det ifølge Blythe & White (2012) og Bergqvist et al. (2013) have nogle negative følger. Fravær af lederinvolvering kan forårsage uklar ansvarsplacering, manglende kompetenceløft, at værdier om holistisk behandling overses, at negative holdninger ikke stoppes, at personalet bliver udøvere af diagnostic overshadowing og/eller socialiseres ind i en

forventet psykiatrikulturrolle, der negligerer fysisk helbredshåndtering (Blythe & White, 2012; Bergqvist et al. 2013). Disse konsekvenser er tilsvarende genkendelige i dette studie. Dog bortset fra at der ikke eksplicit omtales hverken uklare ansvarsplaceringer eller manglende kompetenceløft, men som i sig selv også kan være et udtryk for, at fysisk helbredshåndtering institutionelt set udgør et mindre prioriteret eller umodent praksisområde.

Psykiatergruppen indtager overordnet set en tilskuerposition over for fænomenet fysisk helbredshåndtering. Trods den formelle intention identificeres fysisk helbredshåndtering dels som et ikke-psykiaterfagligt ansvarsområde og dels som meningsløs registreringspraksis. Dette kan formodes at være et strategisk valg og som bl.a. skaber manøvrerum for i stedet og ud fra et beskyttelsesincitament at kunne definere fysisk helbredshåndtering som en uhensigtsmæssig psykiaterfaglig praksis. Beskyttelsesincitamentet rettes umiddelbart mod beskyttelse af både patienter og fagprofessionelle. Fysisk helbredshåndtering identificeres som risikobaseret praksis ift. beskyttelse af den gode relation. Med afsæt i brug af metaforerne ”en sundhedsapostel” og ”løftet pegefinger”, fremkaldes negative følelser som fx ængstelse. Dette applicerer fremadrettede handlinger, med gensidig og kollektiv korrektion. Både mhp. beskyttelse mod, at fagprofessionelle kommer til at overskride patientgruppens integritetsgrænser og beskyttelse mod herskende normer og værdier, der knytter sig til ”den gode relation”- udøvelse. Yderligere identificeres endnu et potentielt beskyttelsesincitament, der omhandler en bagvedliggende intention om at beskytte psykiatergruppen mod potentiel miskreditering og stigmatisering. Selvom fysisk helbredshåndtering implicit tilnærmelsesvis af psykiatere identificeres som patientrettet stigmatisering, kan dette også betragtes som en strategi til at fjerne fokus fra, at den stigmatiserende defekt de facto og potentielt set kan identificeres som den psykiaterfaglige praksis. En problemstilling der ikke i offentlige danske dokumenter omtales, men som problematiseres af den europæiske psykiater organisation EPA som et omfattende problem, der bør tages hånd om Bhugra et al. (2015).

Ved sammenligning af casens psykiaterperspektiver med resultater fra litteraturstudiet, så er der ligesom i De Hert et al. (2009)-artiklen indikationer på, at fysisk helbredshåndteringsopgaven i overvejende grad nedprioriteres eller negligeres. Desuden beskriver De Hert et al. (2009) i samme artikel, at konkrete guidelines tolkes som trussel mod autonomi, hvilket også i denne case spores i sammenhæng med, at fysisk helbredshåndtering samtidig beskrives som meningsløs registreringspraksis og med psykiaterpositionering som tilskuere. Frygten for at den terapeutiske relation bliver udfordret i negativ forstand ved involvering i fysisk helbredshåndtering, fremgår også i artiklen fra Walsh (2011) og Sowers et al. (2016), der bl.a. beskriver, at det kan få negative konsekvenser for relationen, hvis fagprofessionelle får kropslig/berøringmæssig eller mental tættere kontakt til patienternes krop og fysiske helbredsforhold. Det som denne analyse supplerer med, og som ikke fremkommer af de få studier der omhandler psykiater-perspektiver i kapitel 2, er at psykiatergruppen,

udover selv at nedprioritere eller negligere fysisk helbredshåndtering, også blandt øvrige kollegaer medierer nedprioritering af opgaven.

Der skal her indskydes den bemærkning, at når fysisk helbredshåndtering tilsidesættes til fordel for prioritering af den terapeutiske relation, skal det ikke entydigt opfattes som negativt eller problematisk. At fokus kontinuerligt er rettet mod etablering og fastholdelse af en relation mellem fagprofessionelle og patienter, *er* en grundlæggende forudsætning for, at behandling kan finde sted. Det særlige fokus på relationen *kan* dog blive problematisk, når og hvis der ikke indholdsmæssigt i relationen over tid skabes rum for kontinuerlige gensidige refleksioner ift. prioritering af patientrettede udviklingstiltag, som også tager afsæt i patientgruppens behov i bred forstand og som med fordel kan prioriteres i interaktionerne. Pointen er, at den psykiatriorganisatoriske værdi om ”relation før metode” *kan*, trods intentioner om det modsatte, være udtryk for paternalisme, *hvis* der ikke eksisterer en institutionel følsomhed for (uden for akutte og ustabile perioder), at fx fysisk helbredshåndtering kan udgøre et vigtigt aspekt af, hvordan den enkelte patient behandles bedst muligt mhp. at blive rask eller opnå mest mulig mental, social og fysisk helbredsrelateret livskvalitet.

I nærværende studie fremkommer desuden resultater, der også indikerer, at psykiatergruppens manglende involvering også kan omhandle uklar ansvarsplacering mellem psykiatergruppen og ledelsen og/eller mellem psykiatergruppen og casemanagergruppen. Trods formelle regler om integrering af fysisk helbredshåndtering i den kliniske praksis, indikerer analysen, at samspilspraksis i overvejende grad styres af, hvordan psykiatergruppen definerer fysisk helbredshåndtering. Dette stemmer også overens med, jfr. Scheid & Greenberg (2007), der beskriver en potentielt tilstedeværende bureaukratisk ethos, hvor professionelle imperativer, som her repræsenteret af psykiaterpositioneringerne, viser sig at være mere magtfulde end organisatoriske regler.

Ved sammenstilling af psykiater- og casemanagerpositioneringerne er casemanagerpositioneringen pga. deres lavere hierakiske positionering dermed i højere grad underlagt styring, der udspringer fra eksterne guidelines, ledere og psykiatergruppen. Selvom fysisk helbredshåndtering blandt ledelses- og psykiatrerrepræsentanter, bortset fra L2, overvejende subjektiveres som marginaliserede behandlingsopgaver, indikeres en mulig sammenhæng i, at en proaktiv lederstil, trods fravær det seneste års tid, kan have større indflydelse på praksis i OP-teams end en reaktiv psykiaterstil. Dette udledes af, at team B til forskel fra Team A og C tilsyneladende eksekverer en mere klar lederinitieret normsætning og handlingsanvisning i forhold til, hvordan håndtering af patienters fysiske helbredsproblemer konstruktivt kan indgå i den psykiatriske behandlingspraksis.

Hvor psykiatergruppen ikke definerer fysisk helbredshåndtering som deres ansvarsområde og samtidig efterstræber, at casemanagers begrænser deres involvering,

er casemanagerperspektiveringerne mindre entydige og i højere grad præget af et krydspres, hvilket bl.a. afspejler sig i deres anvendelse af frygtinducerende emotionsarbejde. Casemanagergruppen skal håndtere både at være loyale over for psykiater- og ledelsesperspektivet, herunder de formelle regler. Fysisk helbredshåndtering identificeres blandt OP-team A og C, tilsvarende psykiatergruppen, som enten meningsløs registreringspraksis, meningsløs indsats over for en dysfunktionel og skrøbelig patientgruppe, som relationsnedbrydende og/eller et lavstatus behandlingsområde.

Når nogle casemanagers adapterer fysisk helbredshåndtering som lav-status interventionsemne, giver de køb på deres fagprofessionsidentifikation med det behandlingsrelaterede helhedssyn, som bl.a. L2 fremhæver. Dette stemmer også overens med Lambert & Newcomer (2009), der pointerer, at fagprofessionelle i relation til fysisk helbredshåndtering ikke identificerer det af relevans for deres fagidentitet, og at de derimod kan frygte at miste autenticitet. I sammenhæng med at efterlevelse af normer og regler relateret til ”den gode relation” og udøvelse af relationsentreprenørrollen er højt værdisat, objektiviseres fysisk helbredshåndtering med implicite modsatrettede truende egenskaber. Der anvendes i den sammenhæng i især OP-team A og C emotionshukommelsepåmindelser, der bidrager til, at fysisk helbredshåndtering forbindes med frustrationer og frygt og indeholder risici for relationsnedbrydende konsekvenser. Team A og C skal dermed og i højere grad end OP-team B håndtere slørede normer i kraft af uklare eller svært håndterbare ledelsesmæssige udmeldinger i relation til, at fysisk helbredshåndteringsopgaven bliver til andet og mere end registrering og kontrol. På den ene side forventer L1 ifølge analysen, at personalet er selv-initierende i relation til at løse opgaver omkring fysisk helbredshåndtering begrundet i deres sundhedsfaglige uddannelse, og på den anden side fralægger psykiatere sig ansvaret og begrundet det i, at det er et ledelsesansvar. Leder- og psykiatergruppen som de to mest magtfulde positioner, som forventeligt skulle være centrale og samarbejdende aktører i at udstikke rammer for, hvordan opgaven løses, synes i flere tilfælde i stedet at være modarbejdende eller ikke-samarbejdende aktører både over for hinanden og over for det ikke-lægefaglige kliniske personale i øvrigt. Disse sammenhænge understøttes også med omvendt fortegn af studiet af Castillo et al. (2015). De beskriver hvad der har givet dem succes med, at integrere arbejdet med patienternes fysiske helbredsproblematikker i ACT-regi. Især tilskrives succesens dels klar ledelsesmæssige holdning om, at opgaven ikke kan uddelegeres pga. dens kompleksitet, og dels at psykiatere og sygeplejersker eksplicit udpeges som det primært ansvarlige personale (Castillo et al., 2015).

OP-team B er som før nævnt, eksempel på, at der inden for rammerne af den undersøgte case eksisterer en praksis, hvor fysisk helbredshåndtering defineres positivt. Dermed indikeres der også en sammenhæng i, at ledelse som autoritet og repræsentant for positive følelsesmæssige konventioner, kan ”overleve” aktuelle afventende eller ikke-involverende lederstile og evt. kritiske psykiaterpositioneringer. OP-team B er et

eksempel på, hvordan fysisk helbredshåndtering, ifølge teamets perspektiveringer, kan skabe positive forandringer, og hvor lokale normer, der potentielt tilstræber at eliminere eller udgrænse fysisk helbredshåndtering, udgrænses eller afmonteres. Dette synes dog at blive vanskeligt, hvis der hverken er ledelsesmæssig eller psykiaterfaglig støtte. Dette eksemplificeres i form af, at P16 i OP-team C regi forsigtigt eller uforvarent forsøger ”at bryde den sociale orden” blandt kollegaer. Teamet reagerer negativt på hendes umiddelbare positive perspektiveringer på, hvordan fysisk helbredshåndtering er muligt og meningsfuldt, hvorved hun efterfølgende justerer sine udtalelser og i stedet udtrykker skepsis og pessimisme. Denne reaktion formodentlig mhp. at forebygge at blive stemplet som afviger i sit kollektive, kollegiale fælleskab. Dette er et eksempel på, at de overvejende, reaktive, kollektive normer og værdier i relation til fysisk helbredshåndteringspraksis kan være vanskelige at ændre på. Dette selvom medlemmet her både har konstruktive erfaringer og de formelle regler at støtte sig til. I stedet for en potentiel medieringsmulighed for, at fysisk helbredshåndtering i det OP-team kollektive fælleskab kunne være en integreret del af praksis, genetableres opfattelsen af det, som en trussel, der skal udgrænses. Dermed kan der spores et mønster i psykiatriarenaen, hvor ledelses- og psykiaterhandlinger, trods L1’s forestilling om, at sundhedsprofessionelle selvstændigt og uden ledelsesmæssig indblanding kan udføre fysisk helbredshåndtering, reelt udgør betydningsfulde, magtfulde positioner. Leder- og psykiaterpositioner medierer meningsstrukturer af enten modstand og undgåelsesmønstre eller meningsfuldhed og proaktiv involvering i casemanagerpositioneringerne i relation til fysisk helbredshåndterings udøvelse. Dette tydeliggøres tillige ved den tilsyneladende sammenhæng, at Team B, som tidligere har haft L2 som leder, i højere grad end øvrige OP-teams, der aldrig har haft L2 som leder (men andre ledere end L1), identificerer fysisk helbredshåndtering som en integreret del af meningsfuld psykiatrisk behandlingspraksis.

Som led i positioneringskampe imellem psykiatere og casemanagers kan fysisk helbredshåndtering også identificeres som et grænseobjekt, der indgår som en symbolsk objektivering af en ekstern autonomitrussel, der kontinuerligt skal forsøges udgrænset eller elimineret. For psykiatere afspejler fysisk helbredshåndtering en af flere mulige autonomitruende tiltag, der kan forrykke deres handlingsarena med kontinuitet og stabilitet, og som modarbejdes mhp. at fastholde den ”organiserede autonomi”. For casemanagers, herunder sygeplejersker og andre paraprofessionelle, kan fysisk helbredshåndtering objektiveres som en trussel i deres bestræbelser på at tilkæmpe sig og fastholde en forandret og mere anerkendt professionsrolle som supervisorende og relationsorienteret type professionelrolle end tidligere (Freidson, 1988: 66).

Casemanagers kunne potentielt reagere opadtil mhp. at få løst dette krydspres, så der kunne findes løsninger, hvor der både kunne tages hånd om varetagelsen af ”den gode relation”, deres kollegiale berettigelse over for psykiaterprofessionen og fysisk helbredshåndteringsopgaven. I analysen stiller jeg spørgsmålet om, hvad OP-teams opnår ved at undgå at gå i dialog med ledelsen om deres oplevelse af, at fysisk

helbredshåndtering virker meningsløst. Måske har de forsøgt sig, og ift. L1 vil de muligvis få svaret om, at det er et uløseligt problem, fordi de lægefaglige medarbejdere modarbejder opgaven, eller at de selvstændigt forventes at kunne løse problematikken qua deres sundhedsfaglige professionsuddannelse. Måske forsøger de sig ikke, og af den grund at fysisk helbredshåndtering identificeres som et lavstatus område, fordi relationsentreprenøridentifikationen vægter højere end identification med udøvelse af helhedsorienteret praksis.

I overvejende grad kunne måden som fysisk helbredshåndtering perspektiveres på også være udtryk for, at der kun i begrænset omfang foregår interaktioner og gensidige refleksioner mellem ledelse, psykiatere og OP-teams om, hvordan opgaven håndteres. Fordi der blandt ledelsen tilsyneladende eksisterer en vis grad af tilbageholdenhed, resulterer det i, at psykiatergruppen kan fastholde deres distancerede tilskuerpositionering uden at tage medansvar, og at fysisk helbredshåndtering i overvejende grad bliver del af et selv-fortolkende⁴³ ansvarsområde, der kun i form af registreringer og kontrol indgår i interaktioner på tværs af ledelse og medarbejdere.

I denne delanalyse var omdrejningspunktet identificering af mønstre i fagpersoners interaktioner med øvrige kollegaer i OP-teams og med psykiatere og ledelse omkring fysisk helbredshåndtering. I det følgende kapitel 6 vil analysen af Subcase II zoome yderligere ind på, hvilke perspektiver og erfaringer, der konkret tages i anvendelse, når casemanagers mødes i ansigt til ansigt-situationer med patientgruppen. Da OP-team B, som tidligere nævnt, ikke deltager i Subcase II undersøgelsen, baseres denne alene på praksis i OP-team A og C. Disse kollektive meningsdannelser, som i overvejende grad definerer fysisk helbredshåndtering som meningsløst, bliver dermed udgangspunktet for, hvordan fysisk helbredshåndtering forvaltes nedadtil i hierakiet og konkret indgår i interaktioner mellem casemanagers og patientgruppen. Nedenstående analyse udgør ikke resultater af, hvordan fysisk helbredshåndtering foregår i et OP-team, men hvordan fysisk helbredshåndtering *kan* foregå i et OP-team. I det omfang man er interesseret i, hvorfor nogle undersøgelser finder, at psykiatrisk personale ikke arbejder med fysisk helbred, kan analysen give nogle bud på, hvorfor det kan være.

⁴³ Selvom der, som beskrevet i afsnit 3.6.4, er tilgængelige retningsgivende dokumenter, der muligvis kunne understøtte casemanagers rolle i relation til fysisk helbredshåndtering, bliver disse dokumenter under feltarbejdet aldrig omtalt eller anvendt.

Kapitel 6. Patient-fagprofessionel-samspil

6.1 Indledning

Fysisk helbredshåndterings-samspil er et relativt snævert aspekt af den omfattende opgaveportefølje i OP-team-regi, men ikke desto mindre kan det betragtes som et af flere delmål bag ACT-modellens idegrundlag. Ideelt set er fysisk helbredshåndtering ifølge Vanderlip et al. (2014) et aspekt i både at udøve en helhedsorienteret pleje og behandling og at tage hånd om det fysiske helbred, fordi det også bidrager til bedring af det mentale helbred (Vanderlip et al., 2014). Dette stemmer også overens med de tidligere omtalte formelle krav om, at fysisk helbredshåndtering forventes at indgå i den psykiatriske behandlingspraksis. At der her er fokus på interaktioner mellem patienter og fagprofessionelle kan relateres til den dokumenterede og dominerende logik inden for det psykiatريفaglige felt om, at ligesom der er evidens for, at den terapeutiske relation har betydning for et positivt outcome i relation til den psykiatriske behandling i det hele taget, så har den terapeutiske relation mellem patient og fagprofessionel også stor betydning i relation til fysisk helbredshåndtering (Aschbrenner et al., 2012). Derfor tager analysen afsæt i at undersøge, hvordan fysisk helbredshåndtering indgår og defineres i samspilssituationer mellem de seks dyader og i relation til, hvilken indflydelse det har på fremadrettede fysisk helbredshåndterings-handlemuligheder. Analysens formål er således at afdække, hvad der interaktionelt foregår af betydning i konkrete situationer omkring fysisk helbredshåndtering, herunder hvilke elementer, der gør en forskel og/eller er nedtonede eller usynlige i situationen (Clarke, 2005: 268). Dette stemmer også overens med intentionen om at besvare afhandlingens andet og tredje forskningsspørgsmål, som lyder: *Hvordan indgår fysisk helbredshåndtering i patient-fagprofessionel-samspilssituationer, og hvordan reflekterer samspillet fremadrettede fysisk helbredsrelaterede handlerum?*

Som undersøgelsen af Subcase II også vil afspejle i analyserne nedenfor, indgår fysisk helbredshåndtering i samspilssituationerne i større eller mindre omfang. Som tidligere beskrevet, udgør regler og retningslinjer omkring fysisk helbredshåndtering den formelle referenceramme for, hvordan fysisk helbredshåndtering reelt udspiller sig i patient-fagprofessionel-samspilssituationer. De fagprofessionelle skal have deres hverdag til at fungere, og analysen i kapitel 5 illustrerer, at de institutionelle vilkår for udøvelse af konstruktiv fysisk helbredshåndteringspraksis overordnet set ikke er gunstige. I den sammenhæng skal det også understreges, at analysen ikke udtrykker et generelt billede af den psykiatriske behandlingspraksis, men alene det afgrænsede og specifikke fokus på, hvordan fysisk helbredshåndtering interaktionelt og situationelt identificeres og defineres inden for dele af casens ramme. Som det også fremgår af kapitel 4.3.2 er datamaterialet kun fra OP-team A og C og ikke B, idet OP-team B ikke havde ressourcer til videre deltagelse i undersøgelsen. Derfor afspejler denne analyse også, hvordan ansigt til ansigt samspil omkring fysisk helbredshåndtering foregår blandt

de OP-teams, der jfr. kapitel 5 indgår i en social arena og sociale verdener, der perspektiverer fysisk helbredshåndtering som problematisk og i overvejende grad som et marginaliseret aspekt af den psykiatriske behandlingspraksis.

Kapitlet indledes med en kort og tekstnær deskriptiv analyse af de respektive seks dyadesamspilssituationer, afsnit 6.2, som også indeholder et patientrettet historisk perspektiv, der introducerer, hvad der er gået forud for de samspilssituationer, som analysen omhandler. Dernæst følger afsnit 6.3, der med afsæt i den symbolske interaktionistiske forståelse af sociale forandring-fastholdelses-dynamikker analyserer, hvorvidt og hvordan patient-fagprofessionel-samspil initierer fysisk helbredsrelaterede forandrings- og/eller fastholdelsesmønstre. Afsnit 6.4 dykker yderligere ned i at beskrive og forklare, hvordan der, som udledt af afsnit 6.3, ikke overvejende sker nogle konstruktive transformationer eller forandringer i relation til fysiske helbredshåndteringer trods situationelle involveringer i patienternes fysiske helbred. I den sammenhæng inddrages i afsnit 6.4 afvigelse- og stigmatiseringsteori mhp. at forstå og nærmere forklare, hvordan afvigelses- og stigmatiseringsdynamikker opstår og bidrager til at fastholde en ikke-forandrende social orden. Tilsvarende anvendes der også tidsforskrydnings-dynamikker, som bidrager til at fastholde en ikke-forandrende social orden, hvilket fremgår af underafsnit 6.4.3. Analysen afsluttes i afsnit 6.5 med en delkonklusion på analysen af Subcase II.

6.2. Deskriptiv analyse af de seks dyader

Dette afsnit indeholder en kortfattet deskriptiv analyse af de respektive seks dyadesamspilssituationer. Først præsenteres de seks dyaders overordnede situationelle forhold i afsnit 6.2.1-6.2.7, og dernæst følger afsnit 6.2.8, som opsummerer og sammenligner på tværs af henholdsvis fagprofessionel- og patientgrupperingerne.

6.2.1 Indledning

I afsnit 3.6.4 blev de respektive seks patient- og fagprofessionel-aktører præsenteret med sociodemografiske data i skemaform. Dette afsnit indeholder en kortfattet biografisk fremstilling af de seks forskellige dyade-samspilssituationer med fokus på, hvordan fysisk helbred indgår i de respektive patientrettede livsforløb samt i de konkrete samspilssituationer, hvor patientgruppen i deres hjemmemiljø mødes med deres respektive casemanagers. Til at forstå, hvordan nutidige ansigt til ansigt-interaktionssituationer udspiller sig, er det centralt også at have baggrundsviden om, hvilke sæt af meningsdannelser, perspektiveringer og definitioner, der bringes med fra fortiden og ind i nutidige samspilssituationer. Dette stemmer også overens med den symbolske interaktionistiske baggrundsforståelse, at nutidige situationer ifølge Blumer (1986) baseres på forudgående og fortidige fortolkningssystemer (Blumer, 1986: 20), hvilket Clarke (2005) tilsvarende omtaler som historiske ressourcer, der udgør viden om fortidige forudsætninger for nutidige muligheder (Clarke, 2005: 264). Denne indledende

analyse har således til formål at introducere en baggrundsforståelse om fortidige og nutidige aspekter, der relaterer sig til fysisk helbredshåndterings samspilssituationer blandt de seks deltagende dyader. De seks dyader præsenteres nedenfor i seks adskilte underafsnit i tilfældig rækkefølge og indeholder i overskrifter følgende emner:

- 1) Kortfattet patientbiografi med fokus på fysisk helbred og relationelle forhold
- 2) Fysisk helbredshåndterings-temaer i ansigt til ansigt-samspilssituationer
- 3) Patientgruppens perspektivering på fysisk helbredshåndteringssamspil
- 4) Fagprofessionelles involvering i fysisk helbredsrelaterede-problematikker både ved direkte interaktioner med patientgruppen og indirekte i form af beskrivelser i behandlingsplaner og journalnotater.

6.2.2 Ann-Else-dyaden

Ann er en kvinde i starten af 40'erne, der, siden hun var ca. 20 år gammel, har været psykisk syg. Efter folkeskolen har Ann kortvarigt arbejdet på en fiskefabrik og har været i lære som køkkenassistentelev, men uden at færdiggøre uddannelsen. Ann har kortvarigt boet i et psykiatrisk botilbud for nogle år tilbage, men i forlængelse af, at hun mødte sin nuværende mand Jens, flyttede de sammen og bor nu i et lejet hus i en mindre by. De har ingen børn, men en hund. Jens er specialarbejder på fuldtid.

Af formelle relationer har Ann ud over det ugentlige besøg af casemanager Else også et ugentligt besøg af en kommunal bostøttemedarbejder samt besøg hver 14. dag af en hjemmesygeplejerske i relation til medicin-dosering. Ann besøger ind imellem et psykiatrisk støttecenter, hvor hun for tiden følger et IT-kursus. To til tre gange ugentligt motionerer hun i det lokale ældrecenters motionsrum. Anns uformelle netværk beskriver hun som utilfredsstillende småt, og hun føler sig indimellem ensom. Hun har bl.a. inden for de sidste par år mistet to veninder, der er døde, men har dog en del bekendtskaber. Ann ser jævnligt sin svigermor, der bor i nabolaget, og engang imellem ses hun med begge sine forældre og to søstre, der geografisk bor længere væk. Indimellem ses Ann og hendes mand med to bekendte fra henholdsvis støttecentret og tidligere botilbud, og Ann møder også bekendte i lokalmiljøet, fx når hun følger med sin mand på fodboldstadion o.l.

Fra den aktuelle behandlingsplan skriver casemanager Else, at Ann har følgende somatiske diagnoser: diabetes II, forhøjet blodtryk, forhøjet kolesteroltal og astma bronchiale. Derudover er Ann ifølge KRAM-data i behandlingsplanen ”*overvægtig, men arbejder for at gå ned i vægt*”, og Ann ”*går i motionscenter ugentlig og har daglige gåture med hunden*”. Else har tillige i behandlingsplanen angivet både et kortsigtet mål om ”*vægttab*” og et langsigtet mål om ”*at bibeholde det høje fysiske aktivitetsniveau samt det opnåede vægttab*”. Herudover har hun angivet, at ”*den somatiske behandling*” består af ”*ugentlige støttende samtaler [...] vejledning og opfølgning i forhold til diæt og motion*”.

Anns fysiske helbredsproblematikker er relativt omfattende og har fyldt meget de seneste fem år. Ud over den psykiatriske patientrolle er hun ofte i patientrollen hos enten praktiserende læge eller på nyremedicinsk ambulatorium. Ved det ugentlige besøg af Else, som er af ca. en times varighed, indgår der et indledningsritual, hvor de gennemfører en vægtkontrol med Elses medbragte medicinske vægt. Den efterfølgende samtale under mødet omhandler i relativt omfattende grad vejningsresultatet og Anns aktuelle madindkøbs- og spisevaner.

Ann er stoppet med at ryge cigaretter for nogle år tilbage og stoppede på samme tidspunkt med et omfattende cola-forbrug. For et par år siden havde hun et relativt stort vægttab på ca. 20 kg, hvilket hun opnåede i forbindelse med, at hendes tidligere bostøtte havde initieret et diabetesrelateret patientskoleforløb over flere måneder, hvilket Ann fulgte og oplevede som lærerigt. Trods mange gentagne vejningsritualer og samtaler mellem Ann og Else er der ikke klare tegn på, at vejningsritualet bidrager positivt til vægttab.

Ann identificerer fysisk helbredshåndtering, som et centralt aspekt af hendes samspil med Else. Samtidig er hun konstant opmærksom på, hvorvidt disse relativt omfattende problemstillinger belaster hendes forhold til Else, hvilket kommer til udtryk i form af, at hun dels ønsker at glæde Else ved at kunne fortælle/vise positive livsstilsforandringer og ønsker at undgå at skuffe/frustrere Else, når og hvis hun må fortælle om ”forkerte handlinger”, ift hvordan hun den seneste uge har motioneret og især ift, hvad hun har spist.

6.2.3 Tim-Rita-dyaden

Tim er i midten af 40'erne og har fået stillet diagnosen paranoid skizofreni, da han var i begyndelsen af 30'erne. På tragisk vis mistede han begge forældre, da han var henholdsvis 6 og 13 år, og han tilbragte størstedelen af sin opvækst på en kostskole, hvor han tog både folkeskolens afgangsprøve og studentereksamen. Tim har to halvbrødre. Han bor nu alene i en toværelses lejlighed i en større provinsby, men har indtil for 1½ år siden tidligere boet 9 år i et psykiatrisk botilbud. Som ung var han i lære som kok. Dengang havde han en kæreste gennem 7 år, men det gik i stykker pga. Tims daværende omfattende alkoholmisbrug. Tim har i en periode boet på Blå Kors-hjem og har også i en kortere periode været hjemløs. Han har flere gange forsøgt at begå selvmord, men forsøgte det sidste gang for 4 år siden. Tim beskriver en generel stor tillid til psykiatrien og har i de seneste år oplevet en bedring, der betyder, at han de sidste par år ikke har oplevet at være psykotisk.

Tims fysiske helbredsrelaterede problematikker er omfattende. Ifølge Tims behandlingsplan har Tim ”*lungefibrose, tarmdivertikler og knæproblem*” samt ”*vandcyster på begge nyrer*”, og ift. KRAM-risikofaktorer er der identificeret ”*daglig rygning, mangel på fysisk aktivitet*”. I relation til kost er det tvetydigt beskrevet, idet der angives både ”*ingen*

problemer” og efterfølgende, at Tim ”har taget på i vægt grundet medicin vedr. lungelidelse” og ”har ambitioner om at øge motionsdelen, men pga. dårlig lungefunktion og dårligt knæ er dette pt. svært”. Vedrørende rygning beskriver Rita, at han ”arbejder på at ophøre med rygning”. Der beskrives tillige et somatisk behandlingsmål om ”at håndtere sin livssituation nu også i relation til lungefibrose med forværring”, og at behandlingen består i, at Rita ”udover jeg-styrkende psykoterapi ved Tim med fokus på at sætte ord på følelser og etablere en sund levestil”.

Trods det ikke omtales i behandlingsplanen, er rygning og rygevaner en central problematik i Tims aktuelle situation, fordi han har fået stillet i udsigt, at han kan blive indstillet til en helbredende lungetransplantation i relation til lungefibrom-lidelsen, hvis han stopper med at ryge og kan holde det i et halvt år. Tims hverdagsliv er præget af somatiske symptomer fra lungesygdommen, som kontinuerligt tager til i løbet af feltstudieperioden. Han generes af hoste, smerter, træthed, appetitløshed og indskrænket gåafstand, tillige er han relativt hyppigt indlagt på enten somatisk sygehus eller psykiatrisk afdeling.

Ud fra Tims perspektiv er fysisk helbredshåndterings-samspil med Rita et betydningsfuldt aspekt, ift at han føler sig ”psykisk rustet” til at klare de fysiske helbredsrelaterede problemer. Han siger:

Tim: ”jamen du har en sindslidelse, men du er også alvorligt fysisk syg og det ved vi, at det bliver taget alvorligt på en anden måde end det har gjort før i tiden inden for psykiatrien. Og det vil jeg sige, det betyder meget for mig, det gør det - jeg synes det kan være rigtig rigtig svært engang imellem at råbe nogle op og prøve at sige hør her, det er sådan det er og jo, jeg kan godt blive fysisk syg. Men det oplever jeg ikke så meget mere, det gør jeg ikke [...] Hun [red. Rita] lytter og siger nogle ting, som jeg måske selv kan gøre - og nu med hensyn til mad og sådan noget der, at jeg får noget mere at spise og sådan og det vil jeg selvfølgelig også prøve på, det er ikke det?”

Af formelt netværk har Tim ud over sin tætte tilknytning til casemanager Rita to kommunale bostøtte-medarbejdere, der hver især besøger ham to forskellige dage i løbet af ugen. Derudover er Tim tildelt kommunal rengøringshjælp hver 14. dag. Tim er fortsat ansat i et skånejob i et bageri, men han overvejer at måtte opgive det i nærmeste fremtid pga. sine omfattende somatiske problematikker. Tims uformelle netværk består af hans kontakt til sin storebror, svigerinde og nevø, der bor langt væk, samt en ven, der også bor langt væk (kontakt foregår overvejende via telefon/internet). Derudover har han to venner, der bor i nærmiljøet, hvoraf den ene pludseligt dør i feltstudie-perioden. Derudover besøger han engang imellem en lokal singleklub.

Rita besøger Tim 1-2 gange ugentlig af en lille times varighed, og typisk taler de løbende om, hvordan han mentalt kan håndtere de fysiske helbredsrelaterede udfordringer, der hele tiden forandrer sig i feltstudieperioden. Ift. hans problematikker omkring rygning og motion bliver disse emner kun berørt sporadisk.

6.2.4 Dicte-Anni-dyaden

Dicte er midt i 30'erne og bor alene i en lejet lejlighed i en større provinsby. Hun har en søn på 5 år, som blev tvangsfjernet for to år siden, og som hun kontinuerligt kæmper for at få tilbage. Dicte er den ældste datter ud af en søskende flok på tre og er den eneste i familien med en psykisk lidelse. I folkeskoleperioden udvikler hun anoreksi, og i begyndelsen af 20'erne bliver Dicte første gang indlagt på et psykiatrisk sygehus og får diagnosen uspecificeret skizofreni. Dicte har en butiksuddannelse og en næsten færdig HF, men stoppede før tid og har sidenhen fået tilkendt førtidspension. Dicte oplever, at hun, indtil hun var midt i 30'erne, var meget præget af sin psykiske sygdom, men at "det vendte bøtten", da hun fødte sin søn og siden da har oplevet bedring. For et halvt år siden stoppede Dicte med at tage antipsykotisk medicin, selvom casemanager Anni og psykiater i stedet havde ønsket medicinskifte. Siden da har Dicte oplevet yderligere bedring og er nu indimellem også optaget af at få et job, hvilket Anni synes skal udsættes noget tid endnu.

Ud over det ugentlige formelle besøg af Anni af ca. en til halvanden times varighed har Dicte telefonisk kontakt med en bostøttemedarbejder hver 14. dag og har løbende kontakt med sagsbehandlere ift. tvangsfjernelsessagen og hendes pensionssag. Næsten dagligt besøger Dicte et lokalt socialpsykiatrisk støttecenter. Dictes uformelle netværk består dels af tæt kontakt til både forældre, søskende og deres familier samt et par meget tætte veninder. Dicte har mange bekendtskaber i lokalmiljøet og bruger tillige en del tid på at date mænd i håb om snart at finde sig en fast kæreste. For tiden har hun sin søn hjemme i 2 -3 dage af gangen pr. måned.

Af fysiske helbredsrelaterede problematikker har Dicte, ud over lidt overvægt og vand i kroppen, de sundhedsmæssige risikofaktorer rygning og fysisk inaktivitet. Dicte har overvejende lave forventninger til, at samspillet med Anni omhandler hendes fysiske helbredsforhold:

X: Dine forventninger til hvordan FH indgår i dit samarbejde med Anni?

Dicte: Det ved jeg ikke, fordi hun har ikke mulighed for at sige, jamen nu tager vi lige et par timer i Fitness dk eller et eller andet. Altså det der er i det er, at vi kan sidde og snakke om det.

I stedet forventer Dicte, at de taler om medicin og hendes psykiske situation, og at Anni også er den, der tager kontakt til psykiater efter behov. Når der er problemer med det fysiske helbred, er Dicte indstillet på selv at kontakte sin egen læge.

Fysisk helbred fylder lidt i behandlingsplanen. I den seneste behandlingsplan står der intet om, hverken somatiske diagnoser eller KRAM, men der henvises til en ældre behandlingsplan, hvori der er angivet følgende ift. KRAM: "K: Patient er meget opmærksom på sin vægt, da hun tidligere har oplevet vægtøgning i forhold til den antipsykotiske behandling, R: Pt

ryger cigaretter dagligt, A: Moderat indtag af alkohol og M: Pt er opmærksom på at få motion.... Deltager i xx kommunes idrætsforening for sindslidende 2-3 gange ugentlig”.

Anni indtager fortrinsvis en defensiv fagprofessionel rolle i relation til fysisk helbredsbehandling. Det eneste i relation til fysisk helbred, der bliver dagsordensat under feltarbejdet, er Dices oplevelser af ”vand i kroppen” og en kort samtale om Dices overvægtsproblematik.

6.2.5 Jeppe-Jette-dyaden

Jeppe er en ung mand midt i 20’erne. Han bor i en toværelseslejlighed i en mellemstor provinsby og har en kæreste, Stine, som opholder sig en del hos ham. Jeppe har tillige en søn på 3 år fra et tidligere forhold, der bor hos moderen, og som han højest ser en gang om måneden. Jeppe er den yngste af to søskende, og hans forældre blev skilt, da han var lille. Som ca. 20-årig bliver han indlagt på psykiatrisk sygehus og tildeles diagnosen paranoid skizofreni. Jeppe har en dom til behandling (straffeloven §16 stk.1). Indtil for 1½ år siden havde han et omfattende misbrug af flere forskellige rusmidler, herunder især hash og amfetamin. I forbindelse med en psykiatrisk indlæggelse lykkedes det Jeppe at blive afruset, og han har siden været stoffri.

Ifølge Jeppe’s behandlingsplan, som Jette har udarbejdet, har han ingen registrerede somatiske diagnoser, og der er ikke dokumenteret nogle KRAM-screeningsresultater. Men som intervention beskriver Jette, at ”KRAM-faktorerne drøftes løbende med patienten. Patienten KRAM-screens og der interverneres i forhold dertil”. Selvom det ikke er konkretiseret i behandlingsplanen, har Jeppe de fysiske helbredsrelaterede KRAM-risikofaktorer rygning, fysisk inaktivitet samt en tiltagende overvægtsproblematik. Fra et enkelt journalnotat omhandlende de konkrete situationer, hvor jeg har deltaget, skriver Jette, at ”under samtalen drøftes [...] kost og motion”. Fra journalnotatet vedrørende en konkret situation under feltarbejdet, hvor psykiateren deltager og bruger meget af mødet på at tale med Jeppe om KRAM-faktorerne, er dette ikke beskrevet i hverken psykiaterens eller Jettes journalnotater. Fysisk helbredsrelateret samspil er i Jeppe-Jette-dyade-samspillet meget begrænset.

Jeppe er alligevel optaget af at forbedre sit fysiske helbred. Det fremgår af hans udtalelser i de postsituationelle interviews. Ud over ønsket om at stoppe med at ryge, så ønsker han også at opnå et vægttab ved både ændring af spisevaner og motion. Han har, siden han blev stoffri, øget sin vægt med 20-30 kilo. Selvom Jeppe ønsker at ændre sin helbredsrelaterede livsstil, forventer han ikke og ønsker heller ikke, at Jette eller psykiater i udtalt grad skal involveres i dette, hvilket også fremgår af følgende udtalelser fra et postsituationelt interview:

Jeppe: Jamen jeg forstår bare ikke hvorfor folk de snakker om fysisk helbred, jeg kan godt selv finde ud af det (ler)

X: og så det synes du ikke andre skal blande sig i?

Jeppé: Nej [...] jamen altså, Jette og psykiateren, de er her jo primært for at hjælpe mig med de psykiske problemer og, det og sådan at jeg kan finde ud af at holde en hverdag og sådan, og det er jo det, de skal hjælpe mig med. Altså sundhed og det i mig selv, det skal jeg sku nok selv sørge for at holde og så komme op og træne og alt det der

X: -og det skal de ikke blande sig i?

Jeppé: nej for det hjælper ikke, at de blander sig, det kommer jeg sku ikke op og træner mere af

X:(ler) det kunne du ikke finde på at sige til psykiateren en dag, det hjælper ikke det, du siger til mig der?

Jeppé: Jo, men det har jeg vist også sagt, men sådan gør han hver gang

Ud over de formelle relationer Jeppé har til casemanager Jette og psykiater, møder Jeppé kortvarigt op tre gange om ugen på det kommunale misbrugscenter for at hente nedtrappingsmedicin som en forebyggende misbrugsbehandling. Jeppes uformelle netværk består fortrinsvis af relationen til Stine, som til dagligt læser HF. Derudover har han en god ven igennem mange år, som han periodevis ser meget til. Jeppé har yderligere fået en god relation til både Stines søskende og øvrige familie, og indimellem besøger han også både sin mor og stedfar (der ikke længere bor sammen). Jette besøger som udgangspunkt Jeppé ca. en gang ugentlig med en skiftende varighed fra 10 minutter til maks. 45 minutter. Det er ikke usædvanligt, at der kan gå nogle uger imellem, at de ses, idet møderne måske aflyses, fordi Jeppé glemmer aftalerne og ikke er hjemme eller vågen, når Jette kommer. Ca. hver anden gang deltager Jeppes kæreste Stine. Som følge af Jeppes dom til behandling besøger psykiateren fra OP-teamet ham ca. hver anden til tredje måned.

6.2.6 Isak-Gunvor-dyaden

Isak er først i 20'erne og er af anden etnisk herkomst end dansk. Han kom til Danmark som 9-årig sammen med sine forældre og 6 søskende. Isak flyttede hjemmefra som 18-årig og bor nu i et lille klubværelse i kælderen i et etagebyggeri i en større by. Kort tid efter flytningen bliver Isak psykisk syg, indlægges og tildeles diagnosen paranoid skizofreni. Sidenhen har han været indlagt et par gange på psykiatrisk sygehus og har i den sammenhæng også forsøgt at begå selvmord to gange. Disse selvmordsforsøg relaterer Isak til, at han tog meget på i vægt (25 kg) og som følge deraf stoppede med den medicinske behandling og fik det meget dårligt psykisk. Isak beskriver, at hans krop og det at være normalvægtig har stor betydning for ham. Han tilstræber kontinuerligt at dyrke motion, hvilket ud over velvære og forebyggelse af smerter i kroppen også af ham opleves forebyggende ift. vægt-problematikken. Tidligere kunne Isak løbe i 20-25

minutter af gangen, men nu kun i 5 minutter, og denne tilbagegang skyldes smerter fra lungerne, hvilket han relaterer til rygning.

Ud over relationen til casemanager Gunvor, som han får besøg af 1-2 gange ugentlig i en halv til en hel time af gangen, består Isaks formelle netværk af to kommunale bostøtted medarbejdere. Disse besøger ham sammen to gange ugentlig, og derudover får Isak daglige besøg morgen og aften af en hjemmesygeplejerske mhp. medicintagning. Indimellem besøger han den lokale ”varmestue” og engang imellem et aftencafé-tilbud for unge med psykiske vanskeligheder. Isaks uformelle netværk består af hans familie, der bor i nabolaget, men han oplever generelt ensomhed og har et stærkt ønske om i højere grad at blive integreret i det danske samfund. Ud over familien består Isaks uformelle netværk af kontakt med to unge mænd, ”mormonerne”. De besøger ham ca. en gang ugentlig, og han mødes indimellem med dem i kirkelige sammenhænge. Isak har et brændende ønske om snarest at kunne komme i gang med en uddannelse, hvilket Gunvor mener er for tidligt ift. hans psykiske tilstand.

Ifølge behandlingsplanen har Isak ikke nogle somatiske diagnoser. Ift. KRAM skriver Gunvor: ”K: *overvægtig, patient spiser, når han er sulten –hos sin mor, i varmestue eller hos venner. Det er en ambition, at en del af kosten kan indtages regelmæssigt. R: Ryger ca. 20 cigaretter dgl. og er ikke motiveret for at ændre på dette, A: Intet overforbrug, M: Pt. er opbort med en del aktiviteter og dyrker nu sparsom motion. Bostøtter forsøger at motivere til at få daglig motion. Har planer om at løbe lidt dagligt mhp. at træne sig op. Kommer kun afsted x 1 ugentlig*”.

Selvom denne beskrivelse i behandlingsplanen indikerer, at Isak har tre ud af de fire mulige KRAM-risikofaktorer, indgår der ikke noget i journalnotater i øvrigt, der omhandler de fysiske helbredsrelaterede problematikker. I de konkrete samspilssituationer indgår emner i relation til Isaks fysiske helbred kun i begrænset omfang og omhandler overvejende kost- og motionsproblematikker. Dette kan også stemme overens med, at Isak indikerer et begrænset samspil med Gunvor på området, idet han fx på direkte forespørgsel om hvordan KRAM-faktorerne indgår i samspillet med Gunvor først spørger ”KRAM er det der kost og alt det der? Efter han har fået uddybet, hvad KRAM betyder, får han følgende spørgsmål fra mig: ”har I lavet sådan en KRAM-screening?”, og han svarer:

”nej nej ikke rigtig, men jeg er ret sikker på, at jeg ikke er ustabil, og jeg er ved at forbedre mig, sådan er jeg bare”.

Besvarelsen, som kan tolkes på flere måder, kan både indikere, at Isak i begrænset omfang interagerer med Gunvor om fysisk helbredsrelaterede problemstillinger trods hans egen opmærksomhed på især mad, motion og vægt. Det kan også indikere nogle sproglige barrierer, og/eller at Isak, pga. hans mentale tilstand i den periode, jeg deltager i hans hverdagsliv, ikke altid formår at være 100% nærværende i samvær, og hvad han drøfter med andre. Grundlæggende synes det mest sandsynligt, at Isak ikke

har store forventninger til, at Gunvor skal støtte eller have indflydelse på hans fysiske helbredsproblemer, idet han også udtaler: *sundhed det er, at jeg har det godt og passer godt på mig selv, ringer til lægen når der dukker noget op.*

6.2.7 Hjalte-Sanne-dyaden

Hjalte er midt i 30'erne og bor alene i en treværelseslejlighed i en større provinsby sammen med sin kat. Han har en lillebror og seks yngre halvsøskende. Hjaltes fortid er præget af en svær barndom og ungdom. Han flytter hjemmefra som 15-årig og bliver hurtigt del af et kriminelt miljø. Som 19-årig indlægges han på psykiatrisk sygehus og tildeles diagnosen paranoid skizofreni. I flere år derefter er Hjalte hjemløs, og indimellem er han i lære som henholdsvis tømrer, kok og kleinsmed, men uden at færdiggøre. Han bliver uddannet brandmand og sportsdykker, men kommer aldrig i noget fast job og har i en del år levet af førtidspension.

For ca. 10 år siden flyttede Hjalte efter sin mor og sin nye stedfar til en anden landsdel, og han har de seneste 5 år opnået at bo fast i egen lejlighed. I samme periode oplever Hjalte tillige, at hans symptomer fra hans skizofreni-lidelse mindskes pga. medicinskifte. Hjalte har en dom til behandling (Straffeloven §16 stk. 1), men som forventes endeligt ophævet inden for de kommende to år. Hjaltes uformelle netværk består fortrinsvis af en tæt relation til hans lillebror, som han næsten ses med dagligt. Derudover har han en veninde og et par bekendte i nabolaget, han indimellem ser. Hjalte har et anstrengt forhold til begge sine forældre og sin stedfar. Ud over relationen til casemanager Sanne får Hjalte ca. hver anden-tredje måned et besøg af en psykiater pga. behandlingsdommen og har i øvrigt ikke fast kontakt til noget formelt netværk.

Hjalte er dedikeret til kontinuerligt at udvikle sig og håber også en dag at kæmpe sig ud af sin skizofrenilidelse. I den sammenhæng betragter han det fysiske og psykiske helbred som to sider af samme sag. Hjalte bekymrer sig om sit helbred og er optaget af ønsket om at spise sundere, motionere noget mere samt at stoppe med cigaretrykning. Hjalte ryger hash og betragter sig for tiden som ”misbruger”. Han ønsker fremadrettet at være ”bruger” af hash og dermed reducere forbruget.

Almindeligvis har Hjalte besøg af casemanager Sanne en gang om ugen af ca. to timers varighed. Ifølge behandlingsplanen har Hjalte ikke nogle ”*somatiske diagnoser ud over mangel på D-vitamin*” og ift. KRAM-risikofaktorerne angives: ”*ernæring-på kanten af underernæring pga. økonomiske situation, men har planer om at forbedre kost*”. Han ”*ryger ca. 15 cigaretter dagligt. Skal gerne stoppe med at ryge på et tidspunkt, bare ikke lige nu*”, og han ”*motioner ikke dagligt, men har planer om, at cykle og evt. gå i fitness-center*”. I journalnotaterne skriver Sanne overvejende om sine interaktioner med Hjalte omkring de problematikker, der vedrører hans belastede økonomiske situation, hash, hashgæld og manglende penge til at købe mad for. Konkret ift. samspil omkring mangel på D-vitamin skriver hun: ”*i taler om hans ønsker om at komme til egen læge og få taget blodprøver ift.*

D-vitamin”, og at D-vitaminskoncentrationen: ”*aldrig nåede op på et rimeligt niveau*”, trods det at Hjalte: ”*tydeligt kunne mærke på humøret, da han fik noget mere D-vitamin*”. Sanne identificerer overvejende Hjaltes ønsker om sundere levevis som problemer, der relaterer sig til hans dårlig økonomi, og fordi han endnu ikke har truffet en beslutning om at stoppe med at ryge hash.

Under feltarbejdets ca. fire måneders varighed ændres Hjaltes fysiske helbredsrelaterede vaner og rutiner. I begyndelsen af perioden er Hjalte på eget initiativ stoppet med at ryge cigaretter og motionerer tre gange ugentligt i et lokalt fitnesscenter. I slutningen af perioden ryger Hjalte igen cigaretter, og han træner ikke i fitnesscentret længere. Han tvivler på, at det lykkes ham at gennemføre rygestop, men håber at komme i gang igen med fysisk træning. Hjalte har, trods stor værdsættelse af Sannes besøg og rolle som ”usynlig ven” i sit liv, blandede forventninger til, at Sanne kan hjælpe ham med de fysiske helbredsproblemer. På den ene side oplever han, at hun ”*bekymrer sig for mit ve og vel og min psyke*”, men at fysiske helbredsproblematikker på den anden side i overvejende grad er en ”*privat ting*”.

6.2.8 Tværgående opsummering på de seks dyade-samspilssituationer

Alle patienterne har enten diagnosticerede fysiske sygdomme eller fysiske helbredsrelaterede symptomer, og alle har som minimum to helbredsrelaterede risikofaktorer. Et gennemgående træk blandt de respektive seks patienter er, at de alle beskrives som værende optagede af deres fysiske helbred og har ønsker om forandringer, der forebygger udvikling af somatiske sygdomme eller bremser helbredsrelaterede forværringer. De har tidligere enten gjort sig en del erfaringer med selv-transformerende tiltag og processer og/eller har med støtte fra andre end deres respektive casemanagers gennemført forandringer. I følgende tabel opsummeres i forsimplet form, hvad de respektive patienter aktuelt har af forandringsønsker, som fortsat er under proces, og hvilke forandringer de allerede har gjort sig erfaringer med at gennemføre.

Navn	Forandringsønsker	Gennemførte forandringer
Ann	Spise- og motionsvaner Vægttab	Rygestop Alkoholophør Tidligere gennemført stort vægttab
Tim	Rygeophør Spisevaner	Alkoholophør
Dicte	Vægttab Spise- og motionsvaner	Udtrappet af antipsykotisk medicin
Jeppe	Rygeophør Vægttab Spise- og motionsvaner	Omfattende stofmisbrugsophør
Isak	Spise- og motionsvaner Rygeophør	Opnået omfattende vægttab
Hjalte	Spise- og motionsvaner Rygeophør	Ophørt med alkohol-overforbrug

Tabel 16 Patientgruppens gennemførte og aktuelle forandringsønsker

Selvom patientgruppen pr. definition hører til blandt de hårdest belastede med langvarig svær psykisk sygdom, har de alle gjort sig erfaringer med positive helbredsrelaterede forandringer, og aktuelt har de også ønsker om i større eller mindre omfang at forbedre deres fysiske helbred. Dette stemmer også overens med det generelle billede af, at mennesker med længerevarende psykiske sygdomme i Danmark har stor interesse i at ændre og forbedre deres helbredsrelaterede livsstil (Nordentoft et al., 2013).

Det er også kendetegnende for alle seks dyader, at uanset hvordan deres uformelle netværk i øvrigt er og opleves, så har de fagprofessionelle casemanagers en central

betydning i patienternes liv ift. at opnå støtte til at kunne håndtere diverse udfordringer i hverdagslivet generelt. Det er gennemgående for alle fagprofessionelles tilgang til at interagere med deres respektive patienter, at de (undtagen Else) i overvejende grad ikke identificerer sig med at være medansvarlige for patienternes fysiske helbredsproblematikker. I relation til hvordan disse problematikker indgår i henholdsvis behandlingsplaner og journalnotater, er det gennemgående, at det ikke konsekvent dokumenteres, og hvis det dokumenteres, så er det i en form, der indikerer, at problemstillingerne identificeres som overvejende patienternes egne ansvarsområder. I ingen af de seks patientcases beskrives en relateret behandlingsstrategi, støtteovervejelser eller konkrete interventioner i relation til fysisk helbredsrelaterede problemstillinger.

Blandt patienternes forventninger til, hvorvidt deres fysiske helbred indgår i den behandling og støtte, de får fra casemanager, er deres overvejende definition af problematikken, ligesom casemanager-holdningerne, at de selv er ansvarlige for deres fysiske helbred. Tabel 17 nedenfor er en opsummering af, hvordan patientgruppen definerer fysisk helbredshåndtering i relation til deres respektive casemanagers:

Definitioner af fysisk helbredshåndtering	Patienter
Fysisk-psykisk helbred hænger sammen	Tim, Isak, Ann, Hjalte
Fysisk helbred hører ikke til i relation med casemanager	Dicte, Jeppe
Fysisk helbredshåndtering influerer på relationen: efterstræber at minimere/undgå at være til besvær eller er opmærksom på "give and take" i relationen (skal gøre sig fortjent til støtte)	Ann, Isak, Tim, Hjalte
Fysisk helbredshåndtering er et individuelt ansvar	Jeppe, Hjalte, Isak, Dicte, Ann(delvist) og Tim(delvist)
Forventer casemanager-hjælp til fysiske helbredsproblemer	Ann, Hjalte (delvist), Tim (mhp psykologisk støtte)

Tabel 17 Patientperspektiver på fysisk helbredshåndterings interaktioner

Som tabellen ovenfor illustrerer og som også fremgår af de respektive minibiografier og tabel 16, udtrykker patientgruppen på den ene side ønsker og behov i relation til fysisk helbredshåndtering, som de på den anden side i overvejende grad ikke relaterer til og

forventer skal indfries i samspil med deres respektive casemanagers. Det skal ikke opfattes således, at patienterne er passive ift. deres fysiske helbredshåndtering – for det er de ikke. Når de bliver spurgt, er de aktivt refleksive om deres egen situation og bevidste om deres eget ansvar for at gøre noget ved det. Men de gør det ikke, fordi de ikke befinder sig i sociale situationer, hvor det er muligt. Og når de så bliver spurgt, så kan de være opmærksomme på, at de behøver støtte og opbakning for at initiere den ønskede forandring.

Gennemgangen af fagprofessionelles skriftlige kommunikation i journaler vedrørende patienternes fysiske helbred indikerer også, at fysisk helbred som fagligt emne ikke har høj prioritet. Analysen af journalnotaterne afspejler hverken, hvad der reelt foregår i samspilssituationer i relation til fysisk helbredshåndtering, eller aktuelle fysiske helbredsrelaterede problemstillinger, som fagprofessionelle har en aktiv rolle i at løse. I stedet beskrives fysisk helbredsproblematikker overvejende som konstateringer, hvilket kan indikere, at problemstillingerne identificeres som mindre betydningsfulde eller som værende uden for det psykiatrifaglige ansvarsområde.

Trods overvejende gensidige forventninger blandt patienter og casemanagers til, at fysisk helbredshåndtering ikke i særlig høj grad indgår i samspilssituationerne, viser studiet af konkrete samspilssituationer, at alle seks dyader alligevel har et samspil, hvor fysiske helbredsproblematikker i større eller mindre omfang dagsordensættes. Ved sammenligning på tværs er der umiddelbart relativt stor variation i, hvilke konkrete fysiske helbredsproblematikker, der er i spil i samspilssituationerne, og hvordan håndteringerne af disse indgår og giver mening. Med afsæt i, at der bag afhandlingens forskningsspørgsmål er en implicit interesse i at opnå yderligere viden om, hvordan disse dyade-samspil, som dette afsnit har skitseret, interagerer omkring fysisk helbredshåndtering, og hvilken betydning disse samspilssituationer og dynamikker har for patienternes fysiske helbred, vil det følgende afsnit indeholde analysen af dette i forhold til et fokus på forandrings-fastholdelsesmønstre i patient-professionel samspilssituationerne om fysisk helbredshåndtering.

6.3 Forandrings-fastholdelsesmønstre

Ud fra den grundlæggende antagelse om, at mødet mellem patienter og fagprofessionelle har det implicite institutionelle og strukturelle formål, at fagprofessionelle bidrager til at skabe forandringer, der forbedrer den mentale helbredstilstand, herunder optimerer/fremmer patienters fysiske helbredsforhold, bliver forandringsperspektivet i analysen af fysisk helbredshåndtering centralt. Dette stemmer tillige overens med, at jeg i kapitel 1 også definerer fysisk helbredshåndtering som sociale tilblivelser af problemdefinitioner og løsningsmodeller i relation til fysiske helbredsproblematikker.

Det følgende afsnit 6.3.1 indeholder en introduktionen til, hvordan det symbolsk interaktionistiske blik er på forandring og fastholdelse, hvilket jeg anvender i den efterfølgende analyse. Dernæst følger i underafsnit 6.3.2 analyser af, hvordan samspilmønstre indeholder fastholdelsesmønstre. I 6.3.3 præsenteres, hvordan der gøres forsøg på forandringsinitiativer⁴⁴, men som ender med en reproduktion af den eksisterende sociale orden. Analysen af forandrings-fastholdelses-mønstre afsluttes med en samlet opsummering i underafsnit 6.3.4.

6.3.1 Symbolsk interaktionistisk blik på forandring-fastholdelses-mønstre

Ifølge Antoft og Kristiansen (2008) omhandler social forandring i den interaktionistiske forståelse, hvorvidt mønstre og strukturer i sociale samspil skifter karakter og indebærer processer, der indeholder ” vedvarende skabelse og genskabelse af social orden⁴⁵”. Social orden skabes i spændet mellem social forandring, stabilisering og/eller reproduktion. Ved brud eller social forandring af den sociale orden indgår der mekanismer, som kan generere forandring (som fx ideologi) og/eller interaktionsprocesser, der sam- eller modvirker disse mekanismer (Antoft & Kristiansen, 2008: 74, 86). Dette stemmer også overens med Blumers (1986) perspektiv på forandring som et aspekt, der er indlejret i grundforståelsen af den sociale verden. En processuel forståelse af den sociale verden, der med afsæt i situationer og uden fasttomrede strukturer kontinuerligt defineres og formes på ny (Blumer, 1986: 67).

Med opmærksomheden rettet mod, at handlinger processuelt forandres og formes over tid, inddrages begrebet ”*karrierer*” (Blumer, 1986: 56). Samspils-handlinger og herunder fastholdelses- eller forandringsmønstre opstår således ikke ud af den blå luft, men er altid baseret på forudgående sociale handlinger og har således både et historisk og tidligt perspektiv (Blumer, 1986: 59-60). Afledt deraf er det naturligt at stille spørgsmålet om, hvorvidt det i det hele taget giver mening at være optaget af forandring, idet den sociale verden ifølge Blumer ikke indeholder andet end forandringsaspekter? Ifølge min tolkning af Blumer (1986) og med støtte fra Antoft og Kristiansens udlægning (2008) giver det mening, men ud fra en supplerende og ikke uvæsentlig pointe om, at de indlejrede interaktionsprocesser i den kontinuerligt forandrende verden kan indeholde forskellige mekanismer, der både kan initiere *forændrende, fastholdende eller stabiliserende interaktionsmønstre* og dynamikker. Disse interaktionsmønstre er i sig selv interessante at fremanalysere, fordi de har en udsigelseskraft i relation til de førnævnte handlingskarrierer og kan beskrive og forklare muligheder og konsekvenser af situationelle samspilsprocesser. Fra situationers

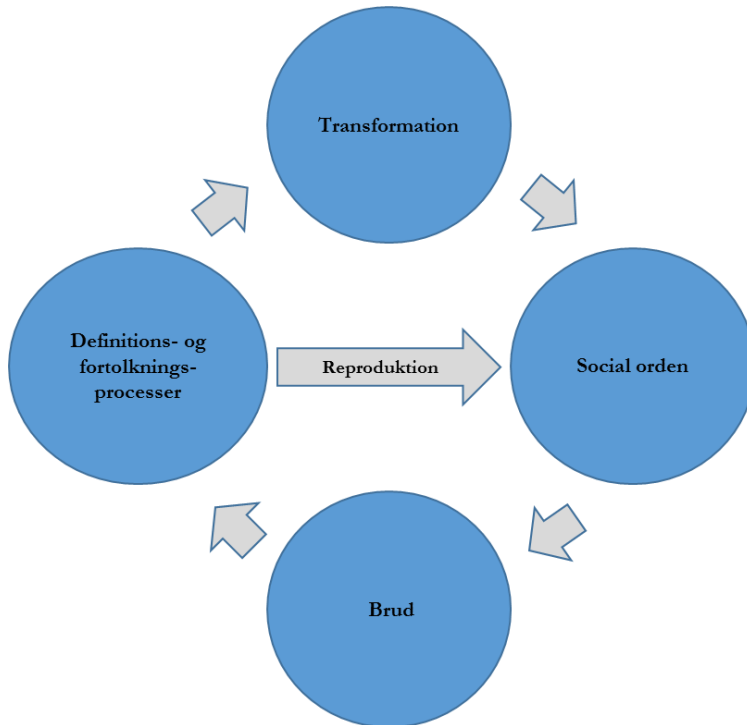
⁴⁴ Der forekommer ikke analyser om forandringsmønstre i relation til fysisk helbredshåndtering, idet denne form for samspilmønstre ikke findes i datamaterialet.

⁴⁵ Social orden er en metafor for en fastfrysning af et handlingsforløb. En tilstand, der eksisterer midlertidigt, og indtil der sker brud i interaktionsprocesserne, som fx ved konfrontation, revision, afvisning mv. (Antoft & Kristiansen, 2008: 76).

tilstedeværende normer og regler udspiller der sig således interaktionsmønstre, som både består af selv-interaktioner, sociale interaktioner og fortolkninger af andres perspektiver som forhandles mhp. fastholdelse – eller forandring af den sociale orden.

Ved aktørers tilpasninger til en given situation sker der kontinuerligt en dobbelt proces af definitions- og fortolkningsprocesser mhp. at fastholde eksisterende samspilmønstre eller at åbne dem op for forandring eller ”transformationer”⁴⁶ (Blumer, 1986: 67). Forandringer eller transformationer finder sted, hvis der sker brud i form af fortolkningssystemer, der ikke (gen)-bekræftes, eller de bliver underminerede eller forstyrret af forandrede definitioner af situationen. Situerede interaktioner bliver således determinerende for, hvorvidt regler og normers status fastholdes, forrykkes eller forstærkes og dermed får øget eller mindre opmærksomhed eller handlekraft (Blumer, 1986: 59). Inspireret af Blumer (1986) og af Antoft og Kristiansens (2008) begrebsanvendelser præsenteres neden for en simplificeret model til illustration af de begreber, der indgår i de cykliske processer, som danner grundlag for det teoretiske blik, jeg anlægger på forandrings-fastholdelsesdynamikker i dyade-samspilssituationerne.

⁴⁶ Selvom Blumer (1986) både anvender begreberne transformationer og forandringer (Blumer, 1986: 67), har jeg ikke kunnet finde frem til, hvorvidt han tillægger begreberne forskellig betydning. Ifølge ordnet.dk er der nuancer i forståelsen af henholdsvis forandring og transformation. Transformation defineres som ”omformning eller gennemgribende forandring” og forandring som ”det at noget eller nogen får en anden form, karakter, egenskab”. Ifølge Vannini (2012), som fortolker Blumers forståelse af ”semiotic tranformation”, betyder transformationsbegrebet ”the process whereby meanings are produced, exchanged, interpreted, and used in different and changing ways throughout time” (Vannini, 2007: 306). Når jeg anvender de to begreber, skal de forstås synonymt og som aspekter af kontinuerlige processer af meningsforandring og fremadrettede karriererelaterede handlinger.



Figur 10 Interaktionistisk forståelse af forandrings-fastholdelses-dynamikker

Figuren illustrerer, hvordan de teoretiske begreber social orden, brud, definitions- og fortolkningsprocesser og transformation hver især, og tilsammen, indgår i sociale forandrings-fastholdelses dynamikker. *Social orden* indeholder sociale processer med stabiliserende og fastholdende dynamikker og med konsensus og klare grænser omkring lokale normer, regler og værdier. Når disse normer, regler eller værdier forstyrres af fx konfrontationer eller afvisninger, sker der *brud* på den sociale orden i situationens sociale interaktioner. Bruddet er initierende for forandringsprocesser og giver anledning til genforhandling af den sociale orden, som sker ved *fortolknings- og definitionsprocesser* af den givne situation. Fortolknings- og definitionsprocesserne kan føre til enten forandring/ transformation eller reproduktion af den sociale orden. *Forandring eller transformation* indebærer, at nye værdier, normer eller regler giver mening og fører til en forandret version af den sociale orden. *Reproduktion* indebærer, at den eksisterende sociale orden stabiliseres og evt. forstærkes.

Som introducerende til analysen af forandrings-fastholdelses dynamikker præsenteres nedenfor en oversigtstabel, der beskriver de respektive patienters fysiske

helbredsrelaterede problematikker, der fremkommer fra de seks samspilssituationer⁴⁷, herunder de identificerede risikofaktorer eller somatiske diagnoser. Når jeg her præsenterer disse fysiske helbredsrelaterede problematikker, er det med inspiration fra Blumers (1986) handlings-karriere-begreb, herunder med afsæt i en vertikal og tidlig kronologisk forståelse af, at patienternes symptomer/somatiske lidelser og/eller fysisk helbredsrelaterede risikofaktorer både indgår som en konsekvens af tidlige gruppeliv og samspil, og som en forudsætning for, at nutidige og fremtidige situationer kan finde sted.

Patient	Somatiske diagnoser/symptomer eller risikofaktorer	Kost	Rygning	Alkohol	Motion	Overvægt
Ann	Nyreinsufficiens, diabetes II, Forhøjet blodtryk	X	-	-	X	X
Tim	Lungefibromer, tarm-ventrikler	X	X	(X)	X	X
Jeppé	-	X	X	-	X	X
Dicte	Væske i kroppen	(X)	X	-	X	X
Isak	-	(X)	X	-	X	?
Hjalte	D-vitaminmangel/ underernæring	X	(X)	-	(X)	-

Tabel 18 Patientgruppens helbredsrelaterede problemstillinger

Ligheder og forskelle er markeret med tre forskellige farver, der i grove træk illustrerer omfanget af, i hvor høj grad fysiske helbredsrelaterede problematikker indgår i samspillet mellem patient og fagprofessionel. Det overordnede billede præges af, at der i alle seks dyade-samspilssituationer er samspil om fysiske helbredsrelaterede problematikker, men som et begrænset aspekt af, hvad der i øvrigt foregår (grønne felter). Derfor er der nogle få afvigelser i form af, at fysiske

⁴⁷ Listen er ikke nødvendigvis fyldestgørende ud fra en biomedicinsk optik. Tabellen illustrerer ”kun” data, som jeg har fået kendskab til fra enten deltagende observationer, interviews, patienternes nyeste psykiatriske behandlingsplan samt via journal-notater relateret til de konkrete situationer, hvor datamaterialet stammer fra.

helbredsproblematikker stort set ikke indgår i samspillet (gule/lyse felter), eller at det indgår som noget omfattende og centralt inden for nogle få dyade-samspilssituationer (blå/mørke felter). Et kryds i parentes (X) indikerer, at problematikken interaktionelt skifter karakter undervejs i feltstudiet. Omkring de to yderpunktssituationer, markeret med de gule og blå felter, fremtræder forandrings-fastholdelses-interaktionsmønstre tydeligst, og derfor vil de følgende analyser fortrinsvis tage udgangspunkt i disse situationers empiriske materiale.

6.3.2 Fastholdelsesmønstre

Analysen nedenfor omhandler samspil om rygning og alene, fordi rygning repræsenterer den yderpunkts situation, jfr. tabel 18, at det ikke eller i meget begrænset omfang dagsordensættes i patient-fagprofessionel samspilssituationen. Analysen er derfor overvejende baseret på forsker-initierede feltnoter og datamateriale fra postsituationelle interviews. At indsatsen i relation til psykiatriske patienters rygeafhængighed kun i begrænset omfang indgår i den psykiatriske behandlingspraksis genfindes også i mange andre studier som fx (Robson et al., 2013; Mitchell et al., 2015; Ratschen et al., 2009). Nedenfor præsenteres tre forskellige tematiseringer af identificerede fastholdelsesmønstre, der relaterer sig til rygning.

”Det er patienten, det er et problem for, det er ikke et problem for mig”

Under Dikte-Anni-samspilssituationer indgår rygning interaktionelt alene i form af, at Dikte, undervejs i den 1½ time samspilssituationen ca. varer, skal udenfor for at ryge en 2-4 gange. Deres fysiske rum for samvær flytter sig således mellem, at de sidder inde i stuen og står ude i baggården og snakker, mens Dikte ryger. Rygning har også en marginaliseret opmærksomhed hos Anni, når hun perspektiverer det under de postsituationelle interviews. På spørgsmål om, hvordan Anni inddrager fysisk helbredshåndtering i sin praksis, taler hun sjældent om rygning, og oftest om overvægtsproblematikker. I citatet nedenfor forklarer hun den begrænsede opmærksomhed på rygning:

Det [red. rygning] er jo ikke et problem for mig, det er mig, der sammen med patienten finder ud af, hvad der er problemet for patienten (taler stille) - men hvor jeg selvfølgelig har nogle sundhedsmæssige og faglige vurderinger, der selvfølgelig kan se, at der er nogle ting, der er ubensigtsmæssigt, men det er patienten, det er et problem for, det er ikke et problem for mig.

Citatet indikerer, at Anni i overvejende grad indtager en afventende fagprofessionel positionering, hvor rygning ikke nødvendigvis defineres som et sundhedsmæssigt problem, og kun hvis Dikte selv definerer det som et problem. Denne afventende tilgang kan bygge på (mindst) to antagelser. Én antagelse kan være, at Anni tilstræber at udvise en fagprofessionel rolle, hvor hun ikke dømmer eller bestemmer over patienten, hvilket både kan relateres til værdier om at udvise tillid og imødekommenhed mhp. tilstræbelse af ligeværdighed i relationen, jfr. hvordan ”den gode relation” ifølge afsnit

5.4.3 vægtlægges. Dette indebærer samtidigt opgaven med at håndtere den ”paradoksale rolle” ved sideløbende at udøve den ”terapeutisk orienterede hjælper” og den ”kontrollerende vogter” (Bredahl Jacobsen, 2006: 132-33). En anden antagelse er, at Anni indtager en afventende positionering ud fra forestillingen om, at Dicte kan tage vare på sig selv, hvorved Anni tilstræber at undgå anvendelsen af en passiverende omsorgsdiskurs og mhp. at fastholde eller øge Dicles selvhjulpethed. Begge antagelser kan grundlæggende bygge på fagprofessionelles intentioner om at ophæve eller reducere det ulige magtforhold til fordel for at udvikle og fastholde den dominerende værdi om ”den nære relation”, der, som tidligere beskrevet, både kan indgå som mål og et redskab for fagprofessionelle (Jacobsen, 2006: 110). Undladelse af involvering i patienters fysiske helbredsrelaterede risici kan være en konsekvens af en samlet stræben efter både at leve op til ”god faglig kvalitet” og samtidig efterstræbt udvisning af ligeværdighed i mødet med patienten. Fra førortalt studie af Petersen (2013) om hverdagslogikker i psykiatri-kontekst anvendes begrebet ”pseudo-ligeværdighed” i relation til, at der udspilles en *forestillet patientrettet autonomi* med efterstræbelse af ligeværdighed og den gode relation (Petersen, 2013: 169, 185). Dette samspilsmønster med netop fysisk helbred som det emne, der undlades som fagprofessionel at involvere sig i, afspejler også både de fremanalyserede undgåelses- og marginaliseringsperspektiver i delanalyse I og også resultater fra andre studier, som fx det danske studie af Lerbæk et al. (2015) og de engelske studier af Barnes et al. (2007, 2008), hvor undgåelsen bla. forklares med respekt for patienternes integritet. Dette ikke-involverende samspilsmønster kan ydermere, jfr. afsnit 2.3.2, også omhandle, at fagprofessionelle tager afsæt i personlige holdninger og forestillinger frem for formelle regler (Roberts & Bailey, 2011; Robson et al., 2013), at fagprofessionelle tager afsæt i en forudindtaget om, at patienter ikke er interesserede (Ehrlich et al., 2014), og/eller at der først igangsættes fagprofessionel-initierede initiativer sent i den progredierende udvikling af somatiske sygdomme, hvor alvorligheden er omfattende (Hultsjö & Hjelm, 2012; Hultsjö, 2013). I stedet for at interaktioner, der initieres af fagprofessionelle, kunne indeholde reel gensidighed, med afsæt i gensidige meningsfulde conceptualiseringer af fysisk helbredshåndtering, herunder opmærksomhed på patientgruppens behov incl. erfaringer med at fysisk helbred også påvirker det psykiske helbred (Hultsjö & Hjelm, 2012), kan patientgruppen, som her eksemplificeret ved Dicte, kontinuerligt blive afskåret fra muligheder og adgang til at interagere om opbygning af sociale regler for hensigtsmæssig samspil omkring fysiske helbredsproblemer. I nærværende casestudie viser der sig trods gode intentioner ikke tegn på, at undgåelsesmønstret er integritetsfremmende, idet fagprofessionelle i stedet kan komme til at mediere et reaktivt samspilsmønster, hvilket ifølge Harangozo et al. (2014), Kemp et al. (2014) og Nash (2014) også kan indeholde diskriminerende samspildynamikker.

Trods fagprofessionelles intentioner, ligesom Anni her indikerer, om at en afventende positionering kan være medierende og øge patienters selvhjulpethed, kan det fra patientperspektivet opleves anderledes. Ifølge Chase et al. (2010) kan oplevelser af

manglende fagprofessionel involvering ud fra et patientperspektiv opleves som fremmedgørende eller stigmatiserende. Dette kan forårsage en transformation fra en aktiv- til en passiv patientidentifikation, som igen fører til passiv selvpositionering, der virker forhindrende ift. at kunne opnå specifikke mål og drømme (Chase, Zinken, Costall, Watts, & Priebe, 2010). Når rygning som en fysisk helbredsrelateret risikofaktor ikke dagsordensættes og er fraværende som emne i patient-professionel-samspilssituationer, kan det ud fra et patientperspektiv give signaler om, at rygning ikke identificeres som skadeligt, eller at patienten på forhånd er opgivet ift. at opnå fx rygeophør, hvilket jfr. analysen af fagprofessionelles perspektivering i kapitel 5 - også kunne være en plausibel fortolkning.

At rygning heller ikke på nogen måder problematiseres, når jeg som led i de postsituationelle interviewsituationer sammen med Dicte taler om hendes fysiske helbred, kunne afspejle, at Dicte, trods opmærksomhed på sit fysiske helbred i andre henseender, ikke betragter rygning som skadeligt eller - og uden at italsætte det - kan opleve at være opgivet på forhånd. Dette kunne også stemme overens med, at rygning ikke indgår i samspilssituationerne med Anni, og at det, som Dicte relaterer til håndtering af fysisk helbred, er medieret af, hvad Anni fokuserer på. Følgende citatuddrag om, hvad Dicte forbinder med sundhed fra et postsituationelt interview kunne vidne om denne sammenhæng:

Altså sundhed det er mange ting[...] ork, jeg er faneme så sund så sund, dyrker masser af motion og spiser sundt og ja[...]. jamen det har også at gøre med at [...]. jamen altså sundhed, altså det ved jeg ikke, der er mange, der vejer dobbelt så meget, som jeg gør og døjer psykisk, det er jo ikke lige en af tingene, der gør det mere positivt i hvert fald [...]. selvfølgelig inderst inde vil jeg da gerne smide en masse kilo, og det ville jeg da gerne, men det er ikke noget jeg går og tænker over til hverdag, at aj nu må jeg ikke spise et stykke kage eller noget. Men det ville også være noget andet, hvis jeg mødte folk, der sagde til mig, ah Dicte, du skal da vist lige af med nogle kilo, så ville det være noget andet, altså hvis jeg blev mindet om det hver dag, ville jeg nok gøre noget ved det, noget mere i hvert fald.

Dictes perspektivering af sundhed og fysisk helbred afspejler Annis perspektiv på den måde, at rygning ikke dagsordensættes, og at det, der kastes lys på i relation til det fysiske helbred, ligesom for Anni, omhandler spise- og motionsvaner samt overvægtsproblematikker.

Samspilsmønstre som disse, hvor patienter indtager en overvejende passiv patientrolle, og fagprofessionelle modsætningsfyldt samtidig positioneres som eksperter uden at indtage en proaktiv ekspertrolle, kan betegnes som et fastholdende samspilsmønster. Der fastholdes en social orden, hvor rygning objektiviseres som værende af sekundær betydning ift. patienternes helbred. Dette kan fortolkes som et paradoksalt samspilsmønster, hvor fagprofessionelle på den ene side delegitimerer en styrende positionering som ekspert ift. patienters fysiske helbred og derfor indtager en afventende positionering, og hvor patienterne på den anden side indtager den tillærte

patient-positionering som passivt modtagende af en forventet aktiv fagprofessionel ekspertise involvering. Samspilmønstret kompromitterer således en mulig interaktionsdynamik og fastholder en social orden, hvor interaktioner om normer og værdier, viden og erfaringer omkring rygning som helbredsrelateret problematik er ikke-eksisterende og indgår som ikke-italesatte selvfølgeligheder i deres samspilmønster. Dette kan tilsvarende sidestilles med, at rygning er tilstede i situationen som et backstage fænomen, der vedholdende ikke kastes lys på.

”Hun gav mig nogle pjecer” – rygning som marginaliseret samspilsemne

Ligesom i Dicte-Anni-samspillet indgår rygning i Isak-Gunvor-samspillet overvejende i form af, at Isak under Gunvors besøg på ca. en time ryger mange cigaretter og næsten konstant, hvilket også fremgår af følgende feltnoter:

Der ligger flere cigaretpakker rundt omkring på sofabordet og en enkelt på en skammel sammen med henslængt tøj. Der står både et askebæger med mange skod i på bordet og et askebæger med lidt færre, der er placeret på sofasædet ved siden af Isak i sofaen.

De første gange, hvor jeg deltager som observatør i Isak-Gunvor-samspilsituationerne, beskriver Isak efter et møde med Gunvor, at rygning ikke er et problem, og at han ikke ønsker at stoppe med at ryge, fordi ”det booster min hjerne” ligesom ”cola og andre stimulerende ting”. På et senere tidspunkt i feltstudie-forløbet er han blevet mere ambivalent omkring rygning, hvilket citatet neden for vidner om:

Isak: Ja, jeg har tænkt på det [red. at stoppe med at ryge], men ikke rigtigt, det er svært at stoppe [...] Det er bare ikke høfligt, synes jeg, det er - jeg kommer til at lugte af røg og det hele [...]. Min egen holdning det er, at det er ikke godt at ryge, det er min egen mening.

X: Har du fået tilbud om hjælp til at holde op med at ryge?

Isak: Ja af Gunvor.

X: Hvordan gjorde hun?

Isak: Hun gav mig nogle pjecer, jeg skulle sidde og læse i.

X: Ja, er det lang tid siden, at I har snakket om det?

Isak: Nej

Citatet illustrerer, at Isak, trods hans tilsyneladende ønske og håb om at få Gunvors hjælp og støtte til at gennemføre rygestop, imødekommes med udlevering af en pjece, hvilket han dog indirekte indikerer ikke er hjælpsomt. På den ene side kunne denne fortælling illustrere en bagvedliggende utilfredshed med Gunvors håndtering af problemstillingen. Ligesom patientperspektiver fra andre studier beskriver erfaringer

med manglende forståelse blandt personale for somatiske problemstillinger, herunder fravær af støtte til at få adgang til relevante behandlingsmuligheder (Chadwick et al., 2012; Kemp et al., 2014; Rastad et al., 2014), kunne Isak være utilfreds med både manglende engagement, indlevelse og handlinger fra Gunvors side. Potentielt kunne Gunvor i større omfang end med udlevering af pjece involvere sig i at støtte Isaks ønske om rygestop, og/eller hun kunne guide ham videre til et rygestopforløb i et andet regi, der matchede Isaks behov. Men det synes mere plausibelt, at Isak med hændelsen resignerer og tolker Gunvors signaler således, at hun enten ikke har tid/ressourcer til at involvere sig eller identificerer problemstillingen som hans eget ansvarsområde. Isaks situation kan også sidestilles med, at han i patientrollen, trods ønske og behov, kan have vanskeligheder med enten at overbevise eller formidle helbredsrelaterede behov til Gunvor og andre fagprofessionelle, hvilket også genfindes fra andre studier (Chadwick et al., 2012; Nash, 2014; Villena & Chesla, 2010). Disse fortolkningsmuligheder, som alle kan være plausible understøttes også af, at Isak supplerende udtaler: *”men jeg prøver bare at sige, [...] at jeg skal passe godt på mig selv, [...] jeg skal passe godt på mig selv inden for alle områder”*. Trods Isaks forsøg sig på at skabe et brud i den sociale orden med Gunvor og mhp. at opnå en forandring af sine helbredsmæssige forhold i relation til ønske om rygeophør, medierer Gunvor tilsyneladende, at det i overvejende grad er et problem, som han ikke skal forvente stor hjælp til at løse fra hendes side.

Til forskel fra Anni-Dicte-sampilsmonstret, hvor Anni tilsyneladende og overvejende identificerer sig mere med den føromtalt ”terapeutisk orienterede hjælper” frem for ”den kontrollerende vogter”, så synes det modsatte tilfældet her. Gunvor identificerer sig med at have en indgribende rolle ift. til Isak. Hun beskriver Isak som svært belastet og udfordret svarende til et udviklingstrin som en ”5-6-årig. Hun beskriver selv, at hun udøver ”adfærdskorrektion”, hvor hun ”lærer Isak social adfærd”. Denne tilgang, vurderer jeg, stemmer overens med en fagprofessionel hverdagslogik om konsekvens, hvilket identificeres i Petersen (2013) studiet om hverdagslogikker i den danske psykiatriske behandlingspraksis. Denne hverdagslogik bygger på antagelser om, at den fagprofessionelle har ekspertviden om, hvilke normer og regler, som patienten skal lære at overholde, og at patienten samtidig vurderes til at have adfærd, der ikke er i overensstemmelse med normer og regler for rigtig og forkert opførsel. Anvendelse af konsekvens skal balancere mellem ”legitimt magtbrug og illegitimt magtmisbrug”, hvor magtbrug ifølge Petersen (2013) kun kan legaliseres i sammenhænge, hvor der er forventninger til, at patienten udvikler sig og kommer i bedring (Petersen, 2013: 189-190).

At Isak får udleveret en pjece om rygestop af Gunvor er paradoksalt ift., hvordan hun i øvrigt identificerer nødvendigheden af at udøve adfærdskorrigering. Selvom Gunvor udøver adfærdskorrektion og ”magtbrug” i relation til andre emner, undlader hun i overvejende grad at involvere sig i Isaks rygevaner. Dette undlades trods legale beføjelser jfr. både de formelle regler om fysisk helbredshåndtering, og i relation til den føromtalt kulturelt legaliserede hverdagslogik om konsekvens. Følgende citat illustrerer

Gunvors skepsis ift. i det hele taget at involvere sig i patienters rygning og specifikt i relation til Isak:

X: *Konkret ift. til Isak, han er ryger, og jeg ved ikke, om han har fysiske helbredsmaessige sygdomme eller forstadier til det nu?*

Gunvor: *I forhold til rygning ved jeg ikke, der er noget*

X: *Nej, nej, men han er i hvert fald i risiko for det?*

Gunvor: *Ja jævnfør Sundhedsstyrelsens materiale, så er enhver ryger i risiko for at få et eller andet.*

Citatet illustrerer, at Gunvor har en skepsis ift. Sundhedsstyrelsens udmeldinger om, at rygning øger risikoen for sygdomsudvikling. Endvidere stiller hun sig kritisk, ift. hvor meget ”plads” fysiske helbredsproblematikker generelt må tage, idet hun udtrykker, at det ”kan gå ud over den psykiske bevågenhed”. Patientgruppen tilknyttet OP-team beskriver Gunvor generelt ved, at de ”ikke kan lære noget via teori”, men at evt. vaneændringer kræver ”en mesterlære tilgang”. En fortolkning af dette kan være, at Gunvor ikke oplever at have tilstrækkelige tidsmaessige ressourcer til at indgå i opgaven, og/eller at fysisk helbredshåndtering identificeres som et marginaliseret aspekt af opgaveporteføljen. Gunvors tilgang til rygning stemmer overens med patient-perspektiv-studier, der identificerer begrænsninger pga. fagprofessionelles hierarkiske helbredsopmærksomhed, hvor fysisk helbred hører til blandt det lavest prioriterede og evt. negligeres (Kemp et al., 2014).

Gunvor identificerer sit arbejde i ”vi-form”, hvilket viser sig, når hun udtaler sig om andet end rygning, som her i relation til kost og motion. Gunvor fortæller, at hun ofte spørger ind til kost og motion hos Isak ”for at se, om vi kan fastholde ham i nogle gode vaner [...]”, og fordi ”vi ved, at hans sehvård er lig med nul [...] og han kan ikke tåle at blive for tyk”. Gunvor inddrager således ikke-tilstedeværende andre, hvor ”vi” ud fra et kvalificeret gæt både kan omhandle de bostøttemedarbejdere, der er tilknyttet Isak og det øvrige OP-teams-tilhørsforhold. Dette kan indikere Gunvors prioritering af, at hendes opmærksomhed på fysisk helbredshåndtering primært omhandler Isaks spise- og motionsvaner. Endvidere kan det også afspejle, som beskrevet indledningsvis, at rygning formodentlig ikke eller kun i begrænset omfang indgår i dette kollegiale samspil, og at rygerelaterede problemer derfor også medieres som overvejende ikke-relevant i patient-professionel-samspillet. Endelig kunne det også udtrykke føromtalt sammenhænge i, at lavstatus behandlingsområder blandt ledere eller psykiatere også medieres som lavstatus behandlingsaspekter i patient-fagprofessionel samspilssituationer og uanset patientgruppens mere eller mindre åbenlyse forsøg på at dagsordensætte, hvilke problemstillinger de har behov for og ønsker hjælp til at få løst.

Når rygning således marginaliseres og ikke defineres som værende inden for det spektrum af indsatsområder, som casemanagers skal prioritere, så kan der argumenteres for, at Isak placeres i et slags *limbo*. Et limbo bestående af modsatrettede sociale regler. På den ene side identificeres han som selvansvarlig og på den anden side som en afventende og hjælpesøgende patient med behov for fagprofessionelles ekspertviden - behov som imidlertid ikke indfries i relation til fysisk helbredshåndtering. Ud fra denne fortolkning forventes han generelt set at efterleve Gunvors adfærdskorrigerende anvisninger, men som er fraværende ift. rygning. Dermed står han, pga. hans tillærte passive patientrolle, tilnærmelsesvis hjælpeløs over for de forventninger, han mærker fra generelle samfundsdiskurser om selvansvarliggørelse og herunder, at rygning symboliserer manglende selvkontrol og afvigelse. Dette efterlader tilsyneladende Isak i en tilnærmelsesvis handlingslammet position.

”Det starter i hovedet” - rygning som selv-ansvarlighedsdiskurs

Til forskel fra de foregående afsnit, hvor rygning alene dagsordensættes som kropslige og ikke-itaalesatte handlinger og hvor patienterne ryger i patient-fagprofessionel samspilssituationerne, så er det anderledes i Hjalte-Sanne-samspillet, hvor Hjalte ikke ryger, mens Sanne er tilstede, men de taler om rygning:

Hjalte: Vi er slave af mange ting, det er vores eget valg at være slave af det, vi kan bare lade være med at være slave af at ryge smøger ...

Sanne: Men det starter herinde (peger på hovedet), det starter i hovedet, hvad det er, man vælger, hvad man vil med sit liv.

Hjalte: Ja. [...] Da jeg røg smøger - jeg brugte rygning i vente-positioner.

Sanne: Jeg gad vide, hvad med ikke-rygere, hvad får de tiden til at gå med? (ler) [...], og hvis man ser fornuftigt på det og ser bort fra vaner og trang og alt det der, så er der jo nok ikke ret mange, der vil skrive under på, at det er en god ide at stå og ryge en smøg, og bare fordi du skal stå og vente et minut.

Hjalte: Nej [...], men hvis vi stadig snakker overfladisk snak, så er der stadig mange rygere, der vil argumentere langt ud i et overdrev, indtil man siger ah prøv lige.

Sanne: Ja, og det er jo også et forsvar for, at man jo godt kan se, at man gør noget tåbeligt [...] de er jo nødt til at forsvare det.

Hjalte: Ja.

Kun en enkelt gang i samtalen om rygning inddrages Hjaltes rygevaner, idet han selv omtaler det som et fortidsfænomen, som ”da jeg røg smøger”, men uden at Sanne forsøger at korrigere ham eller højlydt undrer sig. Tillige forsøger Hjalte at invitere til, at

de skal stoppe det såkaldte ”overfladesnak”, men Sanne fastholder måden, de omtaler emnet på, idet hun taler i generelle termer om mennesker, der ryger, og/eller om ”man”, der gør noget ”tåbeligt”. Uden direkte at tale om Hjaltes rygning giver samtalen, ifølge min fortolkning mulighed for, at Sanne i generaliserede vendinger kan komme frem med indirekte hentydninger og dermed definere Hjaltes rygevaner i individualiserende negative formuleringer og i en som-om-dialog, der omhandler en anden person end Hjalte, hvilket han i overvejende grad accepterer. Dette svarer til ”*defensive practices*”, som ifølge Goffman (2009) er et samspilsmønster, hvor det undgås at sætte hinanden i forlegenhed ved gensidigt at forpligtige sig til ikke at stille spørgsmålstejn ved, hvordan den anden definerer sig i situationen (Goffman, 2009: 24-25).

Sannes formulering om, at ”det starter herinde, det starter i hovedet”, indeholder en selv-ansvarlighedsdiskurs, der tilsyneladende også adapteres af Hjalte. I situationen taler han om rygning som et valg, han træffer, og backstage omtaler han fx ryge-problemet som: ”*man behøver ikke at få plaster på for at stoppe med at ryge, og man behøver ikke at have nogen at følges med for at få trænet, det er at lyve for sig selv, og det handler om at træffe en beslutning*”.

Hjalte og Sanne indgår tilsyneladende et relativ stiltiende, men samstemmende samtykke om, at Hjaltes evt. problemer med rygning ikke har sin relevans som proaktivt emne i deres samspilssituationer, fordi det også identificeres som værende uden for Sannes handlingshorisont. Måden som fysisk helbredshåndtering dermed defineres på i Hjalte-Sanne samspillet omkring rygning, vurderer jeg, afspejler det fænomen, som Beck & Beck-Gernsheim (2003) beskriver som *institutionaliseret individualisering*. Institutionaliseret individualisering fremkommer af en dominerende grundlæggende ideologi om selvtilstrækkelige individer. Normen om det selvtilstrækkelige individ eller ideen om ”selv-entreprenørskab” indeholder værdier om, at individer skal tilstræbe reducerende og forsvindende oplevelser af gensidige forpligtigelser og samtidig undgå selv-utilstrækkelighed eller fejl-individualisering, som viser sig ved tilknytning/afhængighed af netværk og institutioner (Beck-Gernsheim & Beck, 2002: xxi). I forvejen synes Hjalte at være ”udkrystalliseret” som et eksempel på fejlindividualisering og som dysfunktionel qua hans tilknytning som patient til OP-team og yderligere i denne situation, fordi han grundlæggende ikke formår selv-entreprenørskabet i at gennemføre og fastholde et rygestop. Sociale rettigheder bliver dermed omdefinert og individualiseret, og denne individualiseringsspiral bidrager til et reduceret grundlag for solidaritet og sameksistens, hvorved støtte fra kollektive kræfter fra mennesker og normer mindskes eller bliver mere ustabile/flygtige (Beck-Gernsheim & Beck, 2002: xxii). Velfærdsstaten, her i form af den psykiatriske behandling, udøver således en dobbelt moralsk standard, der på den ene side udgør et instrument og en betingelse for den ego-relaterede livsstil, men som ikke er et reelt tilbud, idet det udøves som en tvungen ”vaccination”, der sikrer udøvelse af normer og regler forbundet med institutionel individualisering (Beck-Gernsheim & Beck, 2002: 4).

Ifølge Beck-Gernsheim & Beck (2002) bygger individualisering ofte på værdier om autonomi, frihed og menneskelig selv-frigørelse, men hvor individualisering i virkeligheden finder sted inden for et spektrum, der kan omhandle anomi som den ene ekstrem og autonomi som den anden ekstrem. Når den institutionelle individualisering viser sig som anomi-tilstande⁴⁸, stemmer det overens med en ureguleret tilstand af lovløshed.

I Hjalte-Sanne-interaktionerne om rygning synes der ikke umiddelbart at være anomiske tilstande. Men når de sociale normer opridses, medieres den institutionelle individualisering i form af, at rygning på én gang både defineres som et individuelt problem og med en individualiseret løsningsmodel. Med afsæt i den institutionaliserede individualisme bliver Sannes centrale opgave kontinuerligt at påpege konventionelle normer og regler og uden at bidrage med individuelle løsningsforslag. Når sundhed og sundhedsadfærd tilstræbes normaliseret som et individualiseret program, hvor individet leder sig selv uafhængigt af fortidsbindinger til familie, religion, klasse mv., så bliver håndteringsmuligheder, baseret på samspil med andre, i mindre grad mulige. Konsekvensen bliver en ”*individual situation dependent on institutions*” (Beck-Gernsheim & Beck, 2002: 12).

Interaktionerne kunne føre til forandring af den sociale orden, idet Hjalte og Sanne hver især tilkendegiver negative værdier omkring rygning, men idet de begge fastholder den indirekte samtaleform, og Hjalte ikke lykkes med et brud, der kan føre til omfortolkninger af den institutionaliserede individualisme, som fysisk helbredshåndtering defineres ud fra, indgår han i at reproducere den sociale orden. Den sociale orden forbliver, ifølge mit analytiske bud, at Hjalte identificeres som selv-ansvarlig og tillige i en tilnærmelsesvis underdanig positionering, hvor han stiltiende accepterer misbilligende udtalelser. Med denne indirekte samtaleform adapterer Hjalte en selv-ansvarligsdiskurs, der indikerer regelbrud i form af manglende selvkontrol og herunder at ”*gøre noget (så) tåbeligt*” som at ryge.

Opsummerende tolker jeg, at Hjalte, Isak og også Dicte identificeres som tilnærmelsesvis selvansvarlige individer i relation til fysisk helbredshåndtering, trods deres afhængighed af OP-team behandlingstilbuddet og trods deres krav på at få tilbuddet støtte i relation til bedst mulig håndtering af fysiske helbredsproblemer. Med andre ord kan det sidestilles med en illusorisk patientidentification af individualitet, som har den konsekvens, at patientgruppen dermed enten ikke formår at skaffe sig adgang eller skaffe sig indsigt og viden om sociale betingelser for deres liv (Beck-Gernsheim & Beck, 2002: 15). Ligesom Isak kan ses som efterladt i et limbo med selv at skulle forvalte sit ønske om rygeophør, synes også Hjalte at adaptere og fastholdes i en

⁴⁸ Dette relaterer Beck-Gernsheim & Beck tillige med Durkheims klassiske studie af selvmord, hvor ekstreme anomi-tilstande indeholder ”ondskabet” ved fravær af både sociale grænser og medansvarlighed, hvilket kan forårsage aktører, der bryder sammen pga. uoverskuelige krav og forventningerne til udøvelse af ”gør det selv”-biografi (Beck-Gernsheim & Beck, 2002: 7).

illusorisk social orden med et individualiserings-værdisæt. Som konsekvens af manglende efterlevelse af de sociale regler om selvansvar, mobiliseres negative følelsesreaktioner som fx individuel flovhed, skyld eller skam - "your own life - your own failure" - hvorved sociale problemer omdannes til psykologiske dispositioner (Beck-Gernsheim & Beck, 2002: 24).

Selvom der også i andre studier præsenteres resultater om, hvordan fysisk helbredshåndtering er problematisk at integrere i den psykiatriske behandlingspraksis, fx at patienter "vægrer sig ved at lave aftaler" ift. at modtage adækvat behandling i relation til det fysiske helbred, (Vanderlip et al., 2014), eller at de er "vanskelige at rekruttere og fastholde" ift. "livsstilsforbedrende programmer" (Nordentoft et al., 2013), så kunne disse resultater som alternativ til en individualistisk fortolkning af patienters handlinger vise, at patienters afværgnings-reaktioner er udtryk for beskyttelse mod autoritativ undertrykkelse. Dette kan tilsvarende betragtes som en afværgning mod at blive involveret i, at den tilgængelige støtte i relation til fysiske helbredsproblematikker ikke indeholder reel konstruktiv støtte, men i stedet identificeres som stigmatiserende (Harangozo et al., 2014).

Trods en eksisterende samfundsmæssig diskurs om individualiseringsideologier om selvansvarlighed og autonomi, er det samtidig en løsrevet faglig diskurs fra ideen bag ACT-konceptet, hvor der, som præsenteret i kapitel 3, er indeholdt idéen om, at patientgruppen har behov for omfattende individuel tilrettelagt behandling og støtte, og hvor fagprofessionelle har ansvaret. Denne løsrevede faglige diskurs kan være udtryk for og som skitseret i kapitel 5 dilemmaet for fagprofessionelle i, at de indgår i en institutionel praksis, hvor fysisk helbredshåndtering i overvejende grad har en marginal eller lavstatus rolle, og at de i overvejende grad står alene med at forvalte dilemmaer mellem formelle krav, institutionelle forventninger og patientgruppens behov.

Opsummering - fastholdelsesmønstre

I analyserne ovenfor argumenterer jeg for, at der eksisterer et samspilsmønster, hvor den sociale orden fastholdes i form af, at den sundhedsfaglige helbredsproblematik, som i de skitserede situationer omhandler rygning, ikke indgår i en forandringsproces trods dens tilstedeværelse som en formel problematik, der jfr. krav til fagprofessionelle skulle tages hånd om.

I Dicte-Sanne-samspilssituationerne symboliserer rygning et udgrænset område ift., hvad der har relevans, fordi rygning defineres som et aspekt, der ville kunne kompromittere fagprofessionelles handlingsrum i relation til udøvelse af værdier om ligeværdighed og den gode relation. I Gunvor-Isak-samspilssituationerne er fastholdelse af den sociale orden præget af, at rygning enten ikke anerkendes som en helbredsrelateret risikofaktor, eller at det vurderes irrelevant i relation til de sæt af normer og regler, som Gunvor identificerer sig med at skulle agere indenfor. Isak bliver positioneret i et limbo i form af modsatrettede normer inden for og uden for

samspilssituationerne i relation til rygning. Hjalte og Sanne repræsenterer endnu et samspil med et fastholdelses-aspekt i den sociale orden, og i form af at rygning defineres som et aspekt af en institutionaliserede individualisme. Rygning udgrænses dermed som et fagprofessionel-handle-område pga. den fremtrædende ideologi om selv-entreprenørskab. Denne ideologi bidrager til legalisering af en illusions-individuel social orden, hvor Hjalte, trods sin afhængighed af Sanne, i situationen defineres som et ikke-behandlingsafhængigt individualiseret individ.

I naturlig forlængelse af disse analyser af fastholdelses-mønstre, hvor handlemuligheder ift. fysisk helbredshåndtering overvejende er fraværende, vil det følgende afsnit præsentere samspilssituationer, hvor der gøres større tiltag til, at den sociale orden skal brydes mhp. at opnå forandring i relation til forbedring af fysiske helbredsrelaterede problematikker.

6.3.3 Forandringsinitiativer

Alle seks dyadepatienter har, som illustreret i afsnit 6.2.8 i tabel 16, ønsker om forandringer i relation til deres fysiske helbred. På trods af dette er det gennemgående for de 22 samspilssituationer, hvorfra datamaterialet fremkommer, at hverken casemanagers eller patienter forud for eller under deres møder udtrykker forandringsønsker i relation til fysisk helbredshåndtering. Dog viser der sig, jfr. de blå felter i tabel 18, to forsigtige og usædvanlige patient-initierede forsøg på at involvere casemanagers i at opnå forandringer, men som ikke lykkes. Disse to situationer danner udgangspunkt for den følgende analyse af forandringsinitiativer. Først præsenteres analysen af Ann-Else-samspilssituationen, hvor Ann forsøger at bryde en sociale orden relateret til en ritualiseret vejpraksis. Dernæst følger en analyse af Hjaltes forsøg på i samspil med Sanne at opnå hendes støtte til at komme afsted til den praktiserende læge mhp. ønsket om at få lavet et lægecheck.

”Skal vi starte med vejning eller hvad!” – forsøg på mindskning af selvsansvarlighedsnormer

”Skal vi starte med vejning eller hvad” siger Ann, og Else, som lige akkurat er ankommet og er nået hen til spisebordet, sætter straks tasken på stolen og finder vægten frem og placerer den midt på stuegulvet. Ligesom de tidligere gange tager Ann sine sandaler af, samtidig med at hundene Fido vimser omkring i forsøget på at få fat i dem. Også ligesom tidligere gange når Else lige, og samtidig med at hun småsludrer og ler pga. hundens iver, at tage sandalerne op fra gulvet. Hun undgår dermed, at Fido snupper dem. Til forskel fra tidligere vejninger spørger Else i dag Ann, mens hun stiger op på vægten, om de måske skulle nøjes med, at hun fremover bliver vejlet hver anden uge, men det siger Ann klart nej til.

I samspillet mellem Ann og Else er det indledende vejningsritual centralt, og har også været det siden de indledte deres relation for ca. 4 år siden. Et ritual er ifølge Goffman (1990) at sidestille med en form for ceremoni, der indeholder fællesskabets moralske

værdier, der fornyes og genbekræftes. Når ritualet gennemføres, giver det mening i form af at være en symbolsk handling og en overgangsstrategi, der indeholder realiteterne for de herskende værdier, og som implicit ønskes/forventes, at kunne karakteriseres som en fejring og undgåelse af en negativ bevægelse (Goffman, 1990: 45). Vejningsritualet kan i relation til forandrings-fastholdelses-perspektivet på én gang både symbolisere en social orden og et brud. Som social orden indeholder vejningsritualet en forudsigelighed, der skaber forventninger til gentagne handlemønstre, som i sig selv giver struktur og tryghed til samspils-situationerne. Else repræsenterer den dominerende fagprofessionelle position, den, der kommer med ”den kalibrerede vægt” og dermed har den kontrollerende positionering omkring Anns helbredstilstand. Ann indtager den inferiøre position, som den der kontinuerligt ”skal mindes om” de gældende værdier og normer i relation til rigtige/forkerte resultater af vejningsritualet.

Vejningsritualet kan også symbolisere gensidighed i brud-intentioner i interaktionsprocesserne, idet forestillingerne om tallet på vægten forventes at konfrontere den sociale orden med en afvigelse, som aktørerne i situationen må forholde sig til ift. enten at reproducere den sociale orden eller inddrage nye normer og værdier, der kan forårsage transformationer og føre til forandring. Den fysiske helbredstilstand kanaliseres over i noget instrumentelt, hvor tallet ifølge min tolkning definerer, hvorvidt Anns status eller adfærd tolkes som god eller dårlig i situationen. Både Ann og Else taler indimellem om det gode resultat sidste år, da Ann reducerede vægten fra 150 til 130 kilo i forbindelse med hendes deltagelse på en diabetes-patient-skole. I den fem måneders periode, hvor feltarbejdet står på, gennemgår Ann en vægtstigning på ca. 5 kg.

Trods Anns umiddelbare engagement i vejningsritualet, som hun ønsker at fastholde, så udtrykker hun også ind imellem en ambivalens. Denne ambivalens omhandler, at hun på den ene side ønsker at leve op til sine forestillinger om Elses forventninger til hende om fortsat at deltage i vejningsritualet, og på den anden side omhandler ambivalensen negative erfaringer og tvivl ift. om vejningsritualet er godt for hende. Konkret fortæller hun flere gange om i de postsituationelle interviews, at hendes mand, svigerinde og søstre synes, det er en dårlig ide, at hun går så meget op i vejning og vægttab. Dette begrundes endvidere i, at hun forbinder sin første indlæggelse på psykiatrisk sygehus med en periode, hvor hun havde været i gang med en hård slankekur og hvor hendes daværende læge også havde omtalt at slankeure var skadeligt for hende. Ann prøver en dag, hvor jeg er tilstede, at involvere Else i sine bekymringer. Situationen i den følgende samtalesekvens er, at Else har været hos Ann en lille times tid og har pakket tasken og er på vej ud af døren. Ann tager initiativet og indleder med, at hun har et foto oppe på loftet, fra da hun var ung, og hvor hun til Else beskriver sit udseende fra dengang, hun var ung:

Ann: Jeg vejer kun, vejer 72 kg [...] Så var der nogen, der fik mig ned på 64, og så blev jeg meget syg, så det var ikke særlig smart [...] så kom jeg ned på 62 med Helsingørpiller og alverdens

ting og sager, og så går det hele galt [...] jeg gik til bodybuilding og styrketræning, og jeg ved sateme ikke, jeg rendte oppe i det fitnesscenter - to gange, gange to om dagen.

Else: Hold da op, så kunne du da heller ikke bestille andet, Ann.

Ann: Det gjorde jeg da heller ikke.

Else: Nej, det var da - det duer da heller ikke.

Situationen slutter umiddelbart derefter, ved at Else nu er nået ud til yderdøren og råber farvel. Intentionerne bag dette initiativ kan ses som Anns forsigtige forsøg på brydning af den sociale orden og en konfrontation mod deres vejningsritual, men som ikke bliver opfattet som sådan af Else. Dette viser sig ved det efterfølgende postsituationelle interview, hvor Else dels ikke kan huske episoden og dels tolker fortidens betydning for vejningsritualet med en anderledes drejning end Ann:

Else: Altså jeg ved, at hun blev meget moppet i skoletiden, og der er ingen tvivl om, at hun har haft et dårligt selvværd også tidligt, og så har hun jo nok heller ikke haft særlig stor hjælp eller opbakning derhjemme, tænker jeg med begge forældre, der heller ikke er særlig friske.

At Anns forsøg på at bryde den sociale orden beskrives som et forsigtigt eller spinkelt forsøg, begrundes dels i, at hun tager initiativet på et tidspunkt, hvor Elses opmærksomhed ikke er optimal, fordi hun er i gang med at tage afsked, og dels fordi Ann som et aspekt af henvendelse til Else anvender sarkasme og jokes. Dette svarer til, jfr. Hochschild (2012), at disse følelser med et kvalificeret gæt anvendes af Ann til enten at afprøve en passenhed, ift. hvad hun skal føle pga. manglende eksterne guidelines for brydning af den sociale orden over for Else, som repræsentant for autoriteter (Hochschild 2012; 75), og/eller at hun simulere følelser, der tilbyde Else "adfærdsmæssig evidens" for (Hochschild 2012; 83), at det hun siger ikke skal betragtes som kritik af Else, men alene af sig selv.

Jeg sporer, at den sociale orden indimellem forsøges brudt på foranledning af Ann. Fra en Ann-Else-samspilssituation i forlængelse af den indledende vejning, som denne dag viser, at Ann "kun" har opnået et vægttab på 600 g, er Ann negativ følelsesmæssigt påvirket og har frustrationer og skuffelser over vejningsritualet. Ann kommer i tanke om og insisterer på, at hun også gerne vil have foretaget en taljemåling⁴⁹. Implicit håber Ann, at en taljemåling til forskel fra vejningsresultatet vil give et resultat, der peger i retning af, at det på tydeligere vis "kan dokumenteres", at det går i den rigtige retning i

⁴⁹ Taljemål er ligesom vægt og BMI en indikator for klassificering af overvægt og fedme, hvor grænseværdien for kvinder ift. at være normalvægtig og med lav risiko for følgesygdomme, ifølge Sundhedsstyrelsen, er et taljemål under 88 cm <https://sundhedsstyrelsen.dk/publ/publ1999/fedme/Sektion1.htm>.

relation til hendes vægttabsproces. Trods det at Else signalerer ambivalens ift., hvorvidt denne taljemåling giver et troværdigt resultat, udfører hun modvilligt taljemålingen på Ann. Resultatet af målingerne giver anledning til en diskussion mellem dem om, hvorvidt resultatet kan tolkes positivt, idet Ann trods vægtøgning har et relativt lavere taljemål end ved sidste måling. I følgende samtalesekvens er Ann kortvarigt tilnærmelsesvis vred og udbrøder:

Ann: Jeg vil fløjte den vægt der, det vil jeg skide på, vægten.

Else: Ja ikke helt ...det er da klart, at det er det, som du også selv lægger mærke til, men jeg tænker altså, at vægten gør jo noget i forhold til ens sundhed, så det er ikke helt ligegyldigt, og det mener du jo heller ikke?

Ann: Aj, men min sundhed, der er ikke nogen, der har brøkket sig over min talje, der er ikke nogen, der har brøkket sig over min talje rigtigt.

Anns modstand og forsøg på brud i form af at kritisere vægtens udsigelseskraft bliver hurtigt genforhandlet af Else som vigtig. Yderligere får Else reetableret den sociale orden, hvilket følgende afsluttende samtalesekvens fra situationen illustrerer:

Else: Ja, og det er jo det, jeg tænker, at hvis bare du kan prøve at spise nogenlunde efter den der (peger på en madplan, der hænger på køleskabet, som sygeplejeleven har lavet), så skal det også nok - Altså jeg tror på, at du kan Ann, du har jo været helt ude af de der tablet-behandlinger [red. for diabetes II], og det tror jeg på, at du kan komme igen, hvis du...

Ann: Jamen, jeg vil ikke ud af tablet-behandlinger foreløbig, det vil jeg ikke.

Else: Det vil du ikke.

Ann: Nej, men jeg vil ned på 140 kg, som vi har aftalt, som vi har snakket om lige i første omgang, 140.

Else: Ja.

Implicit i den sociale orden ift. vejningsritualet indgår ifølge min tolkning, som illustreret i afsnit 6.3.2, den institutionaliserede individualisme-ideologi, idet både motion og spisning defineres inden for en selvansvarlighedsdiskurs. Denne relaterede sociale orden forsøger Ann mere specifikt at bryde, idet hun forsøger at omplacere eller at mindske selv-ansvaret for sin overvægtsproblematik som en konsekvens af den medicinske behandling, idet hun til Else siger: *det er også siden, jeg fik ordineret Zyprexa, og siden da, at det er gået helt galt. Denne kommentar bliver dog forbigået af Else med tavsbed.*

Det lykkes ikke Ann i situationen at få reduceret det individuelle ansvar ift. hendes overvægtsproblematik. Dette bekræftes også af Elles udtalelser fra et postsituationelt interview, hvor hun som svar på hendes oplevelse af Anns indsigelse om, at hendes vægtøgninger skal tilskrives medicinbivirkninger, svarer: ”*det er lidt en dårlig undskyldning [...], og fordi hun selv er kørt trætt i det*”. På trods af at Else i situationen ikke anerkender, at Ann forsøger at mindske, at overvægtsproblematikken defineres som et individuelt ansvar og i større omfang som medicinbivirkningsrelateret, medgiver hun backstage på et generelt niveau, at overvægt ”*er en kendt bivirkning ved Zyprexa*”. Dette stemmer også overens med forskning på området i øvrigt (Allison & Casey, 2001; American Diabetes Association, 2004). Elles intention med, som jeg tolker det, ikke at anerkende Anns forsøg på at få mindsket det personlige ansvar i relation til overvægtsproblematikken, udtrykker hendes pres på Ann ift. fortsat at skulle tilslutte sig deltagelsen i vejningsritualet.

Der er potentiale i Ann-Else-samspillet for transformationer i relation til forandring, idet Ann forsøger at nære Elles refleksioner ift. vejningsritualiseringens meningsfuldhed. Trods Anns forsøg på, at de sammen kunne omdefinere og fortolke Anns situation mere nuanceret, bliver den sociale orden midlertidigt brudt og lettere destabiliseret, men den bliver alligevel hurtigt genetableret. Den sociale orden, tolker jeg, fastholdes med rimelige klare grænser for normer og værdier, der afspejler forståelsen af fysisk helbredshåndtering som selv-determinerende usund adfærd, der kun kan løses med kontinuerlige gentagelser af vejningsritualet. Kun vejningsritualet defineres som et fælles ansvar mellem Ann og Else, som af Else forsvares med, at ”*vægten gør noget ved sundheden*”, men hvor udfordringerne i øvrigt ift. at opnå vægttab i overvejende grad forbliver et individuelt ansvarsanliggende.

I lighed med dette samspilsmønster viser det følgende forsøg på at bryde den sociale orden i Hjalte-Sanne-samspilssituationer sig også som patient-initieret. Dog vurderer jeg, at det er forskelligt, idet de normer og værdier, der kommer i spil, ikke handler så meget om ansvarsplacering ift. patientens aktuelle fysisk helbredsrelaterede situation, men mere om, hvilke rettigheder og pligter, som henholdsvis patient og fagprofessionel har i relation til deres samspil om fysisk helbredshåndtering.

”Lyst til at bryde ud af sit usynlige fængsel” – patientinitiativ, der passiviseres
Hjalte-Sanne-samspilssituationen omhandler Hjaltes ønske om Sannes støtte til at få lavet et helbredscheck hos lægen. Det er det eneste eksempel fra mit samlede empiriske materiale, hvor patienten i den postsituationelle interviewsituation eksplicit beskriver, at han forud for mødet med casemanager Sanne havde planlagt og forventet, at et fysisk helbredsrelateret emne skulle drøftes under mødet med casemanager. Til forskel fra Ann-Else-samspillet om vejning, der qua den ritualiserede tilgang er rutinemæssigt implementeret i deres interaktioner, bygger denne situation på, at Hjalte flere gange forsøger at opnå Sannes involvering i løsning af et expliciteret fysisk helbredsrelateret behov.

Hjaltes konkrete ønske er at få gentaget Sannes hjælp til at få lavet et lægetjek. På initiativ fra Sanne, fortæller Hjalte i et postsituationelt interview, fik han for ca. et år siden hendes støtte til både at få bestilt tid og fysisk fulgt til lægekonsultationen og efterfølgende støttet i at få indkøbt D-vitaminpiller. Ud over en positiv kropslig forandringsoplevelse ved at have indtaget D-vitaminpiller i en periode, og at ”*det virker bedre end lykkepiller*”, beskriver Hjalte, at det også psykologisk var en positiv oplevelse af at ”*blive taget seriøst*” af Sanne. Hermed også en oplevelse af i højere grad at opleve sig anerkendt og at ”*være i kontrol*”, hvilket også gav ”*mod*” ift. andre udfordringer. Desuden udtrykker Hjalte i den sammenhæng en generel værdsættelse af, at ”*systemet med Sannes hjælp*” muliggjorde, at han kunne blive hjulpet med nogle af de ting, som han selv har vanskeligheder med at gennemføre. Det selv at skulle have gennemført lægebesøg og efterfølgende sikre opfølgningen med køb af D-vitamin, oplever Hjalte, er uoverskueligt pga. hans problemer med ”*social angst*” og ”*manglende energi og initiativ*”.

Hjalte beskriver endvidere sit ønske om at ”*blive verdens ældste*”, hvorfor hans helbred har en særlig betydning for ham. I den sammenhæng retfærdiggør han også sit ønske om lægecheck med, at han fra medier ”*bliver hjernerasket med*”, at man som en god samfundsborger skal sørge for regelmæssigt at gå til lægen, og ikke mindst at især mænd hyppigere bør gå til læge. Derfor omtaler han ideologien om, at det er nemmere/billigere at forebygge frem for at behandle, og at det således er til fordel for både samfundet og ham selv, at han med passende mellemrum får lavet helbredstjek hos praktiserende læge, herunder måling af D-vitaminkoncentration i blodet mhp. forebyggelse af D-vitamin mangel⁵⁰. Hjalte har ydermere nogle konkrete sundhedspolitiske holdninger om, at mennesker i antipsykotisk behandling som ham selv bør undersøges hvert halve år, og at man i samfundet generelt ikke er gode nok til at støtte op omkring dette.

Hjalte indikerer således både nogle forventninger og forestillinger om, at han har nogle rettigheder pga. sin patient-status og tilknytning til OP-team, men også nogle samfundsrelaterede forpligtigelser i at efterleve samfundsnormer om at tage ansvar for eget helbred. Til forskel fra øvrige helbredsrelaterede problematikker, hvor Hjalte er determineret omkring, at det alene er hans eget ansvar, er forskellen her, at erfaringen fra tidligere har udvidet hans forestillinger om, hvilke rettigheder, han har, og hvilke pligter Sanne kan eller bør leve op til.

Gentagne gange under feltstudieforløbet forsøger Hjalte at få Sannes hjælp og støtte til at gentage proceduren fra sidste år og tager initiativ under deres møde, som fx med følgende spørgsmål, han stiller til Sanne:

⁵⁰ D-vitaminmangel relateres til at have negativ indflydelse på psykiske sygdomme <http://www.netdoktor.dk/vitaminer/vitamind.htm>.

Jeg tænkte på, om vi kunne få lavet et check up og få lavet en aftale med lægen?

Selvom Sanne ikke på noget tidspunkt siger direkte nej, så får hun trods disse forespørgsler ikke bestilt tid til det efterspurgte lægecheck. I en samspilssituation om emnet vender Sanne op og ned på den underliggende ret- og pligt-ideologi, som Hjalte backstage indikerer skulle være tilstede i deres samspil. I samtalesekvensen nedenfor har Sanne forinden insisteret på, at lægechecket skal udsættes, indtil Hjalte har spist de sidste D-vitaminpiller, han har tilbage, hvilket Hjalte i følgende samtalesekvens forsøger at forklare hende ikke giver mening for ham:

Hjalte: Men jeg har lidt svært ved at skulle give et billede af det, men det svarer til at skulle gå ned på sit store skib og så kun lige at ordne en af tingene og så stå og drømme om sin verdensoprejling. Men når man gør det, så bliver man deprimeret over det, fordi der er noget i vejen her, der gør, at man ikke lige kan sejle, så man kan bare stå og nusse med sit lort til ingen verdens nytte.

Sanne: Men det kunne være en del af en trappestige op til det at komme ud at sejle, altså der er måske 100 punkter, der skal være i orden, for du kan komme ud at sejle, men et af punkterne det er det, du står og norkler med og måske D-vitaminerne, og så er det da i hvert fald på plads, og så er der nogle andre ting, der også skal være på plads.

Hjalte: [...] Når moralen er nede, så går jeg hurtigt død, og så bliver det hurtigt kedeligt og ensformigt, og så bliver det til et arbejde, eller hvad kan man kalde det andet end arbejde (slår fingre i bordet), at man skal noget.

Sanne: En pligt?

Hjalte: En pligt, og pligter de er, når de bliver ensformige, og det er det samme og det samme og det samme, så bliver det monotont, og det bliver kedeligt, og så bliver det ligesom at være en tiger inde i et bur, og så bliver verden lille og alting snævrer ind omkring en, og man får lyst til at bryde ud af sit usynlige fængsel, så det er lissom at have sådan et fabriksarbejde og have stået der i 40 år og så bryde ud af det, går på pension og dør og tænker, hvad fanden var det.

Hjaltes situerede forsøg på at bryde den sociale orden, kan ses som et forløb, hvor udgangspunktet er et håb om at opnå hjælp, men som munder ud i noget der kunne svare til håbløshed. Denne tolkning udspringer af, at Hjalte med brug af forskellige metaforer udtrykker en fastlåst situation, hvor Sanne enten ikke hører eller respekterer hans behov, og hvad der giver mening for ham. Ud fra en konsekvenslignende logik og et "noget for noget"-princip insisterer Sanne derimod vedholdende på, at hvis hun skal følge Hjalte til lægechecket, så skal han forinden "adlyde" hende og forinden have indtaget de resterende D-vitaminpiller. Samtalesekvensen kan illustrere, at Sanne negligerer Hjaltes forsøg på brud og forandring på hans premisser. I stedet får Sanne, ifølge min fortolkning, forhandlet sig frem til, at Hjalte positioneres med forpligtigelser

og uden rettigheder ift., at han trods ihærdige forsøg med flere metaforiske beskrivelser af, hvordan det påvirker ham negativt, forbliver gen-positioneret i en social orden med ham i en inferior og tilnærmelsesvis passiviseret patientrolle. Dette stemmer også overens med de respektive parterers backstage udtalelser om situationen. Hjalte udtaler:

Hjalte: *Det var godt at huske at sige det [red.: spørge om hjælp til lægebesøg], og jeg blev minimal irriteret over, at jeg skulle sige det så mange gange, at jeg har bedt om det så mange gange, [...] men det blev bare ikke ligepræcis, som jeg ville have det, og lige hvornår jeg ville have det*

X *Hvordan ville du gerne have det?*

Hjalte: *Jamen, jeg ville gerne have det en gang hver halve år, og så ville jeg gerne checkes for alt, hvad man overhovedet kan checkes for*

Og Sanne siger om samme situation:

Sanne: *Og jeg tænker også det måske er noget, han lige den dag synes, at det er lige det, vi skal*

X *Altså hvor du synes det bliver lidt tilfældigt måske, at det er lige det, han vil eller er optaget af den dag?*

Sanne: *Ja, ja det er lige noget han lige siger til mig ikke også, altså indimellem så er det lidt sådan en pseudo-kontakt, vi har, synes jeg*

X: *Nå, hvordan synes du, den er pseudo?*

Sanne: *Det er fordi han sidder og kigger og snakker om de samme og de samme ting, og hvor det er ham der lissom sætter dagsorden for, hvad det er, og han er svær at stoppe i det, og så jo mere han fortæller og snakker så meget, så lukker han også af for spørgsmål til andre ting.*

Ti dage senere, hvor Hjalte og Sanne igen under deres møde havde talt om samme emne siger Hjalte i interviewet efterfølgende:

Hjalte: *Ja, nu må vi se. Det skulle vi også denne her gang [red. have været ved lægen sammen] og så forrige gang og for hver gang det - . Det er mig, der bringer det på banen og for hver gang jeg skal bringe det på banen, så ryger Sannes troværdighed et hak nedaf, så bliver hun bare mere og mere system.*

At Sanne bla. beskriver indimellem at have en "pseudo"-kontakt med Hjalte, begrundes hun i, at hun oplever at Hjalte gentager emner mange gange. Dette kunne bla. hænges sammen med, at hun oplever ikke at have tilstrækkelig styring over møderne med Hjalte, herunder fx at møderne oftest bliver forholdsvis langvarige (1½-2 timer pr gang)

sammenlignet med andre patient-fagprofessionel møder (1/2-1 time). Oplevelsen kan muligvis også relateres til, og som denne situation viser, at det ud fra Hjaltes perspektiv er nødvendigt, at han laver mange gentagelser, hvis han vil skabe lydhørhed hos Sanne.

Ud fra Hjaltes perspektiv opleves hans behov ikke at blive hørt af Sanne, hvilket får ham til at kategorisere Sanne som "system". Med et kvalificeret gæt, kan dette være en indikation af, at han i mindre grad oplever sig set af hende med sine individuelle og unikke behov, men i stedet oplever sig positioneret som en mere eller mindre besværlig psykiatrisk patient, der ikke har krav på at sætte dagsorden for, hvordan Sannes ressourcer skal anvendes i relation til ham.

Hjaltes brudforsøg i samspilssituationerne med Sanne indikerer, ifølge min fortolkning, en social orden, hvor han oplever det vanskeligt som patient at blive respekteret for selv at udtrykke hvilken behov for støtte eller hjælp han har ift. fysiske helbredsrelaterede problematikker. Situationen er et eksempel på et patient-initieret brudforsøg, som kunne have ført til nogle forandringer og en ny fortolkning og omdefinering af, hvordan Sanne støtter Hjaltes bedringsproces med afsæt i hans ønsker og behov. Bruddet kunne tillige have bidraget til en transformation ift. en anderledes balance mellem rettigheder og pligter, konkret i form af, at Hjaltes rettigheder som patient kunne øges, og at Sannes forpligtigelser i rollen som en fagprofessionel, der skal støtte patient-initierede behov, også kunne øges.

Hjalte fastholdes i en inferior rolle, der må føje sig, og backstage viser Sanne også, at hun ikke ønsker at ændre på dette. Er situationen udtryk for diskrimination af Hjalte, eller er det bare udtryk for en dagligdagshændelse mellem en patient og en fagprofessionel, der kender hinanden godt og derfor også indimellem kan "gå skævt af hinanden"? – Muligvis det sidste, men situationen kunne også være udtryk for en form for stigmatisering, som viser sig ved en casemanager forudindtaget om, at den fagprofessionelle "ved bedst", hvad den psykiatriske patient har behov for og indforstået medierer en social regel om, at patienter ikke på eget initiativ må dagsordensætte behov, som ikke er afstemt med, hvad den fagprofessionelle identificerer sig med at skulle tage hånd om. Dette svarer også til Ling & Phelans bemærkning om, at hvis en stigmatiseret person ikke frivilligt accepterer sin lavere status, så kan direkte diskrimination blive taget i anvendelse (Link & Phelan, 2001: 375). Dette kunne stemme overens med i situationen, at Sanne mere eller mindre "tvinger" Hjalte ud fra et "noget for noget" princip til at efterleve hendes krav om at "spise op" af D-vitaminerne og mhp. at statuere en stærkere position end ham.

Estroff (1989), hvis etnografiske arbejde også omhandler patient-professionel-interaktioner i ACT-team-konceptets første periode i USA, finder i sit studie tilsvarende stereotypificerede mønstre af henholdsvis patient- og fagprofessionel-roller, hvor patienter betragtes som syge, utroværdige og med behov for konstant supervision, og hvor medarbejdere betragtes som kompetente, vidende og naturlige ledere, og at der

derfor eksisterer en stor kløft mellem de to gruppers overbevisninger (Estroff, 1989: 175). Hjalte-Sanne-samspelet illustrerer, hvordan sådan en kløft fastholdes trods patient-incidenter til at mindske eller ophæve denne kløft. Selvom Estroffs studie tager afsæt i amerikansk kontekst i 1970'erne, fastholdes og genfindes dette samspejlsmønster tilsyneladende fortsat 40-50 år senere trods det generelle øgede fokus på gensidighed og patient-medinddragelse i sundhedsvæsenets behandlingsstrategier.

Opsummering - forandringsinitiativer

Ved en sammenligning af de to subcases om brud i samspejlsituationerne med henholdsvis Hjalte-Sanne- og Ann-Else-dyaden er den umiddelbare forskel, at fysisk helbredshåndterings-initiativet i Ann-Else-situationen er initieret af den fagprofessionelle og i Hjalte-Sanne-dyadesituationen af patienten. Ligheden er, at det i begge situationer kan ses som, at det er de fagprofessionelles intentioner i forhandlingerne med patienterne, der umiddelbart bliver styrende for, hvordan den sociale orden efter patientinitierede brudforsøg ikke skaber større destabilisering, end at de fagprofessionelle formår at reproducere og genetablere den eksisterende sociale orden. Situationerne muliggør således ikke, at der skabes transformationer og fornyelse af den sociale orden, og dermed skabes der heller ikke handlerum for forandringer i hverken de situationelle nutidige interaktioner eller fremadrettede fysiske helbredshåndterings-praksisser. Disse patientinitierede forandringsforsøg fra henholdsvis Hjalte og Ann imødekommes ikke. Dette sker ikke, selvom det, ifølge Graham et al. (2014), har en særlig betydning for mennesker med længerevarende psykiske lidelser, at fagprofessionelle mhp. at indgå i forbedring af fysisk helbred udøver motiverende social støtte, positiv involvering, gensidig målsætning, planlægning, og/eller afsøgning af mulige adgange til relevante tilbud (Graham et al., 2014).

Analysen kan tolkes som, at det er patienterne, der ønsker fornyelse af den sociale orden, og at det er de fagprofessionelle, der tilstræber en fastholdelse af den sociale orden ift. fysisk helbredshåndteringspraksis i deres samspejlsrelationer. At der foregår patientinitierede forandringstiltag i relation til fysisk helbredshåndtering i psykiatrisk patient-professionel-samspejls, som forhindres/bremses af fagprofessionelle, er et fund, jeg ikke har kunnet genfinde i andre sammenlignelige studier.

6.3.4 Opsummering på forandrings-fastholdelsesmønstre

Overordnet set omhandler denne analyse, hvorvidt der sker forandringer eller fastholdelsesmønstre i patient-professionel samspejlsituationerne omkring fysisk helbredshåndtering. Analysen viser, at der foregår samspejlsmønstre, der fastholder en social orden. Dette betyder ifølge mit analytiske bud, at der ikke i interaktionerne initieres forandringsfremmende handlinger, der kan føre til brud, der bidrager med fornyende definitions- og fortolkningsprocesser til transformationer og forandringer af fysisk helbredshåndterings-praksis.

Resultaterne af den første del af analysen viser, hvordan den sociale orden fastholdes i sammenhæng med, hvordan rygning indgår i de respektive samspil. Det fastholdende samspilsmønster viser sig ved, at rygning enten ignoreres som en fysisk helbredsrelateret problematik, at rygning udgrænses som et ikke-psykiatrafagligt emne, eller at rygning indgår i en selv-ansvarlighedsdiskurs. De tre variationer af det fastholdende samspilsmønster indeholder implicit sociale regler, der begrænser eller frisætter fagprofessionelle som medansvarlige i forhold til konsekvenser af patienters rygning og rygevaner.

Fagprofessionelle og patienter repræsenterer hver især sociale verdener som henholdsvis repræsentanter for psykiatrien som institution og som brugere af den service, psykiatrien yder. Fra litteraturgennemgangen pointeres ACT-team-konceptet og især casemanagerfunktionen som en grundlæggende idealposition for at sikre en holistisk behandling, herunder integration af fysisk helbredshåndtering i den psykiatriske behandling i øvrigt (Castillo et al., 2015; Hyland et al., 2003; Shattell et al., 2011). På trods af at der foregår fysisk helbredsrelaterede interaktioner i den sociale verden, hvor patienter interagerer med fagprofessionelle i OP-team regi, og på trods af at disse interaktioner ind i mellem er patientinitierede, er det ikke ensbetydende med, at det bidrager til konstruktive forandringer i relation til patientgruppens fysiske helbredsforhold. Dette fund stemmer overens med, og skal også ses i lyset af, at casemanagers qua analyserne i kapitel 5 viser, at casemangers i overvejende grad ikke indgår i et insitutionel psykiatriverden med hverken ledelsesmæssig, psykiaterfaglig eller kollegial støtte til at håndtere patientgruppens fysiske helbredsproblemer konstruktivt og som en integreret del af arbejdet med opbygning og opretholdelse af ”den gode relation”. Ifølge Hochschild (2012) har vi brug for følelsesmæssige konventioner for oplevelser af sikkerhed (Hochschild, 2012: 69), og overordnet set synes ”den gode relation” at være et institutionelt sikkert moralsk ståsted, hvorimod fysisk helbredshåndtering nemmere bliver et usikkert ståsted. Som elementer i, hvordan disse samspil overvejende domineres af fastholdelsesmønstre i relation til fysisk helbredshåndtering, vil det følgende afsnit indeholde analyser af, hvordan disse fastholdelsesmønstre også kan identificeres som afvigelses- og stigmatiserende interaktionsmønstre.

6.4 Fysiske helbredsproblemer som sekundære afvigelsestræk

”Jeg kan ikke blive fysisk syg, fordi det kan folk med sindslidelser ikke” Citat af Tim

Dette citat, fortolker jeg, indikerer nogle af Tims erfaringer med, at fagprofessionelle kan have en forudindtaget omkring psykisk sygdom, der forårsager manglende opmærksomhed på fysiske helbredsproblemer. Citatet er også et eksempel på centrale fund i min analytiske kodningsproces af det empiriske materiale, der ledte på mig sporet af at inddrage afvigelsesteori. Udover at afvigelses-aspektet kan indikere et fastholdende interaktionsmønster mellem patienter og fagprofessionelle, kan det ydermere, hvilket er

min arbejdshypotese for den følgende analyse, være indikation på bagvedliggende patientrettede afvigelsesdefinitioner, der absorberes og begrænser sociale rum for forandring i relation til fysisk helbredshåndtering. Som det fremgår af afsnittet nedenfor, sporer jeg negative stereotypificeringer i relation til fysisk helbredshåndtering, der også relaterer sig til psykisk sygdom afvigelse. Afsnittet er inddelt i flere underafsnit. Det første underafsnit 6.4.1, introducerer det teoretiske blik på afvigelse og stigmatisering, der efterfølgende anvendes i analysen. Dernæst følger underafsnit 6.4.2, der mere konkret fremanalyserer, hvordan der i relation til fysisk helbredshåndtering indgår negative profetidominerende interaktionsmønstre. Underafsnit 6.4.3 analyserer, hvordan fysisk helbredshåndtering transformeres og marginaleres som illusoriske og tidsforskydende ”som-om”-handlinger. Kapitlet afsluttes med en delkonklusion på undersøgelsen af Subcase II, hvilket er indeholdt i afsnit 6.5.

6.4.1 Teori om sekundære afvigelsestræk

Afvigelse defineres ifølge Becker (2005) som ”*en konsekvens af andres anvendelse af regler og sanktioner i forhold til en ”regelbryder”*”, og hvor disse konsekvenser nærmere udgør ”*reaktioner*” på en eller flere personer, der udpeges som afvigere (Becker, 2005: 29-30). Afvigelse er således ikke en egenskab ved den eller de handlinger som en regelbryder udfører, men udgør istedet *konsekvenserne og de reaktioner*, som fremkommer af, at omgivelserne opstiller regler som en social kontrolforanstaltning. Hvorvidt fænomenet afvigelse opstår afhænger af, hvordan mennesker reagerer på hinanden omkring sociale reguleringer (Becker, 2005: 29-30).

Med inspiration fra sociolog E. Hughes skelner Becker (2005) mellem *primære og sekundære statusstræk* (Becker, 2005: 50-51) eller ”*master and subordinate statuses*” (Becker, 1988). Denne skelnen har ifølge Becker (1988, 2005) sin relevans fordi afvigelse udgør et dominerende statusstræk, hvilket betyder at øvrige statusstræk ofte underkendes (Becker, 1988: 227). Primære og sekundære afvigelsestræk defineres nærmere som ”*en generaliseret symbolsk værdi, således at folk automatisk antager at besidderen af det afvigende træk ofte har andre uønskede træk, der antages at være forbundet med det*” (Becker, 2005: 51). Psykisk sygdom⁵¹ (ligesom fx kriminelle eller misbrugere) er eksempel på et primært afvigelsestræk med uønskede træk som fx afvigende øjenkontakt, kropssprog og/eller valg af diskussionsemner (Corrigan & Kleinlein, 2005: 13). Denne skelnen mellem primært og sekundært afvigelsestræk betyder også, at afvigelse er udtryk for en reaktion, men som ikke nødvendigvis er en reaktion på et reelt brud på en social regel, men som også kan være en reaktion på en *forestilling* om et forventet brud på sociale

⁵¹Hvorvidt psykisk sygdom er ”virkeligt afvigende”, er uden for denne afhandlings rammes ærinde at forholde sig til. Afvigelse skal heller ikke forstås som en individuel dysfunktionalitet, hvilket Thomas Scheff anfægter i relation til, når psykisk sygdom stereotypificeres og individualiseres af sociale systemer (Scheff, 1999: 25). Uanset kan psykisk sygdom, både pga. diagnosen i sig selv (Mik-Meyer, 2011) eller erfaret som et stigmatiseret selv (Makdisi et al., 2013), udgøre et primært afvigelsestræk. Omtales også som en af ”the big four” afvigelsesområder (de øvrige tre er kriminalitet, misbrug og seksuelle afvigere) (Holstein, 2008: 54).

regler. Dette kan endvidere sætte mekanismer i gang svarende til ”*selvopfyldende profet*” (Becker, 2005: 52), hvilket dermed betyder, at omgivelsesmæssige reaktioner kan frembringe afvigelser, selvom reaktionerne bygger på en opfattelse af virkeligheden, der ikke nødvendigvis er sand.

Denne sondring, at afvigelse ud over at være en reaktion på regelbrud også kan være en reaktion på *forestillinger* om afvigelser eller udgøre *formodede* afvigelser, fremkommer ifølge min læsning tydeligere ved tidligere beskrivelser af afvigelsesteori. Selvom Beckers sociologiske afvigelsesteori ifølge Holstein (2009) er den mest kendte, blev afvigelsesteori allerede lanceret i 1950’erne af sociologiprofessorerne John Kitsuse og Edwin Lemert. Udover at Lemert initierede inspirationen til at skelne mellem primær og sekundær afvigelse, havde han også et fokus på kvaliteten af reaktioner på afvigelse, hvilke han præciserede som reaktioner af *formodet afvigelse* (Holstein, 2009: 56). Formodet afvigelse definerer han mere konkret som ”*that portion of the societal definition of the deviant which has no foundation in his objective behavior*”, hvilket dermed kan have den fejlagtige konsekvens, at sociale reguleringer inkorporeres som myter og stereotyper (Lemert, 1951: 56). Overordnet set pointerer Lemert, at den sociale reaktion ofte er et paradoks. På den ene side indeholder reaktionerne ønsker om at straffe regelbrud, og på den anden side ønsker om at fastholde afvigelsen. Funktionen af dette mønster er, at understøtte gruppesolidaritet ved kontinuerligt at kreere moralske problemer. Dette beskytter adskillelsen af fællesskabers inkluderede og ekskluderede medlemmer (Lemert, 1951: 42). Kitsuse (1962) har især bidraget til det fokus, at afvigelse er en *proces* og ikke en adfærd. En proces bestående af: 1) at adfærd fortolkes som afvigende, 2) at personer der har denne adfærd defineres som afvigende, og 3) og at disse personer behandles passende ift. denne afvigelsesidentifikation (Kitsuse, 1962: 248). Tilsvarende taler Becker (2005) om ”afvigende karriere” og i den sammenhæng om mekanismer med vedholdende mønstre af afvigende aktiviteter, der over tid både kan forandre motiver og reaktioner på afvigelse og afvigende handlinger (Becker, 2005:49,51).

Afvigelsesteori kritiseres ifølge Holstein (2008) for, at være en for omfattende og uafgrænset ”catch-all”-teori. Herunder kritiseres både Becker og Lemert for, at deres afvigelses-teori er inkonsistent og tvetydig ift., hvorvidt afvigelsens etiologi objektiviseres som subjektivt initieret eller som et resultat af social indflydelse (Holstein, 2008: 54). Det centrale, og som både Becker, Kitsuse og Lemert også er optagede af, er, at der ikke er en universal adfærd der i sig selv kan defineres som afvigende, men at afvigelse opstår på baggrund af sociale reaktioner på adfærd eller attributter, der identificeres som afvigende. Denne forståelse er ifølge Holstein også den hidtil eneste konsistente (Holstein, 2008: 57, 59). Som antydnet indledningsvist anvender jeg afvigelsesteori mhp. at tydeliggøre, hvordan fysiske helbredsproblemer identificeres som formodede afvigelser, og hvor identificationen mere domineres af reaktioner på psykisk sygdom som en generaliseret symbolsk værdi end på reelle eller forestillede afvigelser relateret til fysiske helbredsproblematikker.

Ligesom både Clarke (2005) og Blumer (1986) betragter situationer som udgangspunkt og betingelser for sociale handlinger, taler Becker (2005) om reglers iboende situationelle karakter (Becker, 2005: 192). Dette betyder, at sociale regler, der identificeres som afvigende i nogle situationer, ikke nødvendigvis er afvigende i enhver anden situation. Fra litteraturgennemgangen har der ikke vist sig studier, som direkte har relateret fysisk helbredshåndtering i psykiatrikontekst med afvigelses problemstillinger. Men fænomenet eller aspekter af fænomenet kan indirekte tolkes at være tilstede, når fænomenet ”diagnostic overshadowing” omtales. *Diagnostic overshadowing* defineres som en proces, hvor *fysiske helbredssymptomer fejltilskrives den psykiske sygdom* (Callard, Sartorius, Arboleda - Flórez, & Taborda, 2012; Henderson et al., 2014; Jones, Howard, & Thornicroft, 2008; Nash, 2013; Thornicroft, 2011). I litteraturen fremkommer fænomenet i sammenhæng med fund, der fx beskriver, at patienter har vanskeligheder med at overbevise fagprofessionelle om helbredsrelaterede behov (Chadwick et al., 2012; Nash, 2014; Villena & Chesla, 2010), at der blandt psykiatere er manglende sammenhæng og systematisering i identificering og behandling af fysiske helbredsproblemer, og/eller at psykiatere har fejlagtige overbevisninger om, at patienter ikke har evner til at adaptere en fysisk helbredsfræmmende livsstil (De Hert et al., 2009). Diagnostic overshadowing omtales også i sammenhæng med, at psykiatriske sygeplejersker socialiseres ind i en psykiatri-kulturrolle, hvor de overser den grundlæggende sygeplejeværdi om holistisk sygepleje og negligerer patienters fysiske helbredsproblemer til fordel for i stedet at efterstræbe en mere dominerende positionering, der afspejler varetagelse af psykiater-interesser (Blythe & White, 2012).

Fysiske helbredsproblemer der, som led i diagnostic overshadowing, fejltilskrives den psykiske sygdom bør, ifølge Jones et al. (2008), ikke stå alene som uheldige fejlfortolkninger af fysiske helbredsrelaterede symptomer. Problematikken anses for at være et væsentligt under-studeret forskningsområde, der på et ikke-dokumenteret grundlag indtil videre forklares med enten læge-fordomme over for patientgruppen, kommunikationsvanskeligheder og/eller begrundelser om fagprofessionelles usikkerheder i at fortolke patienters symptomer. Endvidere beskrives fænomenet at omhandle mere end diagnosticeringsprocesser, idet det relateres til *alle* aspekter af en behandlingsindsats og derfor med fordele kunne omtales som ”*treatment overshadowing*”⁵² (Jones, Howard, & Thornicroft, 2008). Eksempelvis kan treatment overshadowing ifølge Callard et al. (2012) have den konsekvens, at en psykisk syg patient med diabetes ikke viderehenvises fra enten psykiatri, somatik eller praktiserende læge til relevant diabetesrelateret behandling pga. en fejlfortolkning af, at den psykiske sygdom skulle forhindre adækvat diabetesrelateret intervention (Callard, Sartorius, Arboleda - Flórez, & Taborda, 2012: 128). Det er bemærkelsesværdigt, at fænomenet, udover ovenstående eksempler fra psykiatrikontekst, i overvejende grad kontekstuel relateres til ikke-

⁵² Selvom fænomenet kan opdeles i diagnostic- og treatment overshadowing anvendes kun begrebet diagnostic overshadowing fremadrettet i afhandlingen, som en fælles betegnelse, fordi det er det mest almindeligt forekommende begreb i litteraturen.

psykiatrisk personale såsom praktiserende læge og/eller i somatisk sygehusregi (Callard, Sartorius, Arboleda - Flórez, & Taborda, 2012; Henderson et al., 2014; Jones, Howard, & Thornicroft, 2008; Nash, 2013; Thornicroft, 2011). Dette i sig selv kan være en indikation på, at fysisk helbredshåndtering både i praksis- og forskningsverdener, i overvejende grad ikke forventes at være integreret i den psykiatriske behandlingspraksis. Selv i det systematiske review af Henderson et al. (2014), der undersøger og sammenholder psykisk sygdomsrelateret stigma i både somatiske og psykiatriske behandlingskontekster, omtales også diagnostic overshadowing som et ikke-psykiatrisk fænomen, selvom der også identificeres diskriminerende holdninger og handlinger som fx undgåelser, afvisninger, distancering og/eller misforstået hensyntagen blandt psykiatrisk personale over for patientgruppen (Henderson et al., 2014).

Med afsæt i, at diagnostic overshadowing omhandler fejlfortolkninger eller forbigåelse (min oversættelse af ”overshadowing”) af psykiatriske patienters fysiske helbredsproblemer, og uanset om konteksten er somatisk eller psykiatrisk behandlingsregi, kan det, ifølge min fortolkning, sidestilles med afvigelse i relation til psykisk sygdom som primært afvigelsestræk, når og hvis de bagvedliggende reaktioner får den konsekvens, at fysiske helbredsproblematikker delegitimeres som reelle behandlingsbehov, der skal tages hånd om. Definitionsmæssigt tilknyttes diagnostic overshadowing-situationer således en stereotypificeret psykisk sygdomsforståelse af patientgruppen, hvor fysiske helbredsproblemer ikke får en legitim status, fordi problematikkerne fejltilskrives den psykiske sygdom. Diagnostic overshadowing kan, som Jones et. al (2008) påpeger, potentielt have en bredere forklaringsmodel på, hvad fejltilskrivning nærmere skyldes, men afvigelsesfænomenet kan omvendt være et centralt og supplerende forståelsesaspekt. Denne analyse bygger således videre på den internationale anerkendelse af diagnostic overshadowing-fænomenets tilstedeværelse omkring fysisk helbredshåndtering og supplerer med viden om, *hvordan* fænomenet fremtræder i patient-fagprofessionel-interaktioner i den psykiatriske behandlingskontekst.

Ifølge Farrell & Swigert (1988) indeholder interaktioner med afvigelsesmønstre sig i form af belønning og straf, stereotypificering og/eller afvigelseskaraktistikker af svagheder og brister (Farrell & Swigert, 1988). Analysen inddrager også begreber fra Goffmans stigma-teori (Goffman, 2009), men hvor definitionen af stigma tager afsæt i Link og Phelans (2001) videreudvikling af Goffmans stigma teori og identificerer fænomenet: *som noget der eksisterer, når et eller flere af følgende komponenter eller kræfter er tilstede i en ”power situation”: stempning, stereotypificering, adskillelse, statusstab og diskrimination* (Link & Phelan, 2001: 377). Psykisk sygdom er, ifølge Goffmans (2009) skelnen mellem kropsligt, karaktermæssigt og stammemæssigt stigma (Goffman, 2009: 46), at sidestille med både det førnævnte primære statustræk og som et karaktermæssigt stigma. De fysiske helbredsrelaterede problematikker vil både kunne have en fremtræden som både kropslige og karaktermæssige stigma, som fx overvægt og rygning, og som afvigende regelbruds-adfærdshandlinger.

Jeg vælger ikke at inddrage både afvigelses- og stigmatteori mhp. at uddrage ligheder og forskelle af disse teorier, men i stedet mhp. at låne begreber til i højere grad at kunne fremanalysere de processer, der finder sted i interaktionssituationerne. Umiddelbart er afvigelsesteori anvendelig til at tydeliggøre den *vertikale* udviklingsproces, hvilket også kan sidestilles med den dynamiske forståelse bag Blumers karriere-begreb (Blumer, 1986: 56), hvor der tages højde for afvigelsesmønstre på tværs af fortid, nutid og fremtid. Afvigelsesbegreberne anvendes således til at begribe, at fysiske sygdomme eller symptomer og forstadier til fysiske sygdomme kan være til stede som en konsekvens af en forudgående adskillelse fra adækvat fysisk helbredshåndtering pga. en primær afvigelsessituation relateret til besiddelsen af en psykisk sygdom-stempling. Denne sondring kan tilnærmelsesvis også findes i stigma-teori-begrebsapparatet med stereotypificering eller diskrimination, hvor begreberne i sig selv ikke har den tidlige sondring, men som ud fra mine fortolkninger er mere anvendelige i relation til en *horisontal* analyse af her og nu-situationelle interaktionsmønstre.

6.4.2 Profetidominerende interaktionsmønstre

Indledningsvist præsenteres fænomenet profetidominerende interaktioner, hvilket jeg fortolker, og som også Becker (2005) jfr. afsnit 6.4.1 introducerer, kan være et aspekt af, hvordan afvigelses-interaktionsmønstre kan finde sted. Dernæst følger tre underafsnit med analyser af, hvordan profeti-dominerende interaktioner udspiller sig i patient-fagprofessionel samspilssituationer.

Simultant kan der ifølge min fortolkning foregå mindst to former for afvigelsesinteraktioner. Den ene form indeholder de i forvejen kendte primære afvigelsesidentifikationer relateret til den psykiske sygdom, der farver, hvordan fysisk helbredsrelaterede problematikker identificeres og associeres med samme sæt af normative forventninger om fejl og svagheder, der relateres til den psykiske sygdom. Den anden form omhandler den ”institutionelle individualisme” om selv-ansvarliggørelse, som blev introduceret i afsnit 6.3.2, og som implicit indeholder værdier om, at individer leder sig selv i et liv, der er uafhængigt af andre. Patientaktører identificeres qua deres tilknytning til OP-team-regi og jfr. analyserne i kapitel 5, som relativt hjælpeløse samfundsborgere med behov for særlig intensiv ambulant behandling og støtte. Når samme patientgruppe i samspilssituationer med casemanagers bliver mødt med, at aspekter af livsførelsen, herunder deres fysiske helbred, er et selv-ansvarlighedsanliggende, kan det betragtes som en ”omvendt” form for afvigelsesreaktion. Som konsekvens af, at patientgruppen bliver mødt med mere eller mindre illusoriske forestillinger om at være ”normale” i forståelsen, at de kan tage vare på sig selv og selvstændigt udøve hensigtsmæssig håndtering af fysiske helbredsrelaterede problemstillinger, overlades til sig selv og uden støtte og indgriben. Dette kan betragtes som en indirekte og muligvis ureflekteret straffe foranstaltning, der sker, selvom de fagprofessionelles har en eksklusiv adgang til viden om patientgruppens dysfunktionaliteter. Strafforanstaltningerne, som en reaktion og konsekvens af den

primære afvigelsesidentifikation, kan både komme til udtryk i form af, at patientgruppen adskilles fra adækvat støtte og med statustab som konsekvens. Dermed positioneres de som stereotypificeret selvforskyldte og forudsigeligt afvigende og med forsømte håndteringer af aktuelle og/eller tidligere opståede fysiske helbredsproblemer.

Når der særligt i relation til fysisk helbredshåndtering stilles implicite forventninger om selv-ansvarliggørelse, kan det også identificeres som *profeti-dominerende interaktioner* (Merton et al., 1990: 251). Begrebet udspringer af Mertons (1990) begrebsliggørelse af ”selvopfyldende profeti”⁵³ og indeholder negativ forudsigelses-retorik og moraliserende belæringer. Konsekvenser af profeti-dominerende reaktion og interaktioner er, at det igangsætter og inviterer til negative selvforstærkende processer i de sociale interaktioner. Disse selvforstærkende processer indebærer, at patienter, udover at blive identificeret med de primære afvigelsestræk som ”syge og inkompetente” pga. den psykiske sygdom, også gennem absorberede afvigelsesreaktioner identificeres som formodentlig afvigende i relation til fysisk helbredshåndtering, hvilket i stedet for konstruktiv støtte reaktioner, indeholder sanktioner og degraderende statusforhandling. Analysen nedenfor illustrerer et eksempel på dette samspilsmønster.

”Man er sin egen lykkes smed” –illusorisk fri vilje reaktion

Den førnævnte Sanne-Hjalte samspilssituation omkring hans ikke-indfriede ønske om hjælp til at komme til et lægecheck, i afsnit 6.3.3, ser jeg også som et eksempel på, hvordan fysisk helbredshåndtering indeholder afvigelses-reaktioner, hvor Hjalte ifølge min tolkning straffes med både forhindret adgang og ikke-overholdte aftaler. Nedenfor præsenteres endnu en interaktionssekvens mellem de to. Den aktuelle problematik omhandler et dilemma, som Hjalte aktuelt oplever at stå i. På den ene side forsøger han at mindske sine ensomhedsoplevelser ved at invitere mennesker hjem til sig. Men samtidig oplever Hjalte dette som dilemmafyldt, fordi han oplever at disse mennesker tærer for meget på hans i forvejen begrænsede penge- og madressourcer. I forvejen har mangel på penge til mad, som beskrevet i afsnit 6.2.7, længe været et stort problem. Dette er Sanne og Hjalte umiddelbart også enige om, skyldes Hjaltes ”prioritering” af, at han udover faste udgifter bruger en stor del af sine penge til hash-indkøb. En sekvens af denne samspilssituationen, hvor man kan spore flere institutionelle individualiseringsværdier om frihed og selv-ansvarlighed, præsenteres her:

*Hjalte: Hvis du vil have gjort noget ordenligt, så må du gøre det selv [...] ja, det er altså mellem
orerene, det altså foregår beroppe [...] man er sin egen lykkes smed, og jeg er her for min
skyld, og jeg har de holdninger, som jeg har, for min skyld, og jeg opfører mig, som jeg gør, for*

⁵³ Begrebet selvopfyldende profeti beskriver ifølge Merton (1990) det fænomen, at en situation kan blive falsk defineret, og at det efterfølgende får den konsekvens, at den falske opfattelse bliver opfattet som virkelig. Når den falske opfattelse efterfølgende bliver styrende for handlinger, resulterer det i, at den falske definerede situation kan blive til virkelighed (Merton et al., 1990 : 251).

min skyld, jeg har fundet ud af, at jeg har gjort en masse for andres skyld, og så går jeg bare ned tilsidst. Det er ligesom at gå og hakke lidt af sig selv hele tiden, og så tilsidst er der ikke mere at hakke af, så det skal man ikke [...] måske kan man engang imellem hakke en hæl og klippe en tå, men det er så måske, fordi det gror ud igen, og ellers hakker man det hele i stykker.

Sanne: Men du har ret i, at det er mellem ørerne, det sidder, og at det er dig, som skal bestemme, hvad du vil.

Hjalte: [...] Man er jo kun ude på fremgang og ikke destruering [...] så det kan godt være jeg nyder en cykeltur, men jeg ødelægger mine knæ altså - og så kan jeg ikke gå. Så er det logisk, at jeg må stoppe med at cykle nu, så jeg i det mindste kan komme til at gå i længere tid, det har nogle konsekvenser.

Sanne: Man kan altid grave tilbage i problemerne, men så kan man jo også sige, men hvorfor er det, at du vil kunne ødelægge dine knæ? (suk) hvordan kan det være at dine knæ, de er så dårlige? Så kan du altid grave lidt baglæns og finde ud af, hvad så?

Hjalte: Ja, det er fordi jeg ikke har spist.

Sanne: Så kan man altid grave lidt baglæns og finde ud af, hvad så?

Efter usædvanlig tavshed et par sekunder i deres dialog hoster Hjalte og svarer:

Hjalte: Så - jeg er på vej til det positive [...] jeg gider ikke være sammen med nogen for at dulme min ensomhed, fordi jeg har prøvet nok gange at dulme min ensomhed og ender bare op med, at de har spist al min mad eller et eller andet og gør tingene værre. Så at kunne være glad i sin ensomhed, det har jeg ikke fundet noget om, nogen der skriver noget om, eller nogen der laver en sang eller tekst eller noget, det kan være jeg skulle finde ud af det.

Sanne: (Ler) - ja, hvis det findes, det er jo lige det.

Ensomhed, økonomiske kvaler og fysiske helbredsproblematikker i form af mangel på mad og knæsmærter, der relateres til fejlerenæring, fletter sig ind i hinanden. Fra postinterview-situationen udtaler Sanne på spørgsmål om, hvad hun mente med sine gentagne kommentarer til Hjalte om, at ”man kan altid grave tilbage i problemerne”, at hun forsøgte at minde Hjalte om det uheldige i, at han ”sælger sin gode mad for hash”. Dette udtrykker både, at Sanne betragter Hjaltes hashforbrug/misbrug som en central problemstilling i hans generelle situation, og at denne problemstilling samtidig er vanskelig at ændre på, fordi den i overvejende grad forstås som selvvalgt.

Situationen kan umiddelbart tolkes som en konstruktiv dialog mellem en casemanager og en patient. Konstruktiv, fordi den udtrykker en god patient-fagprofessionel relation,

hvor Sanne udviser omsorg og umiddelbart indtager en aktiv lyttende position, der lever sig ind i Hjaltes problemstillinger og bekræfter ham i at være et selvstændigt væsen, der kan og skal træffe egne beslutninger.

Situationen kan også tolkes anderledes. Samspilssituationen kan også anskues som et forsøg fra Hjaltes side på at udtrykke hans behov for mere indgribende og aktiv hjælp til at løse sine komplekse problemer. Fremfor at være imødekommende reagerer Sanne nærmest moraliserende og indikerer, at han ifølge hende er i besiddelse af en fri vilje og tilstrækkelig viden til at kunne træffe de valg, der kunne løse hans problemer. Denne årsagsforklaring, at Hjalte *vælger* at ryge hash og *vælger* at stå i de omfattende økonomiske problemer, der smitter af på øvrige områder i hans liv, svarer til en udadventd reaktion og en illusorisk identifikation af ham som værende velfungerende. Dette kan ses som en delegitimering af hans behov for hendes hjælp, hvilket samtidig udtrykker sanktioner i form af adskillelse mellem hjælpebehov og adgang til hjælpemuligheder.

Konsekvensen ved dette samspilsmønster bliver ifølge min fortolkning, at Hjalte overlades et ansvar og en opgave, som han tilsyneladende ikke hverken i den konkrete samspilssituation eller generelt set har eller opnår handlemuligheder for at løse. Dette svarer også til, at han indgår i *selvopfyldende profeti*-processer omkring fysisk helbredshåndtering. Selvom interaktionsmønsteret på overfladen kan identificeres og forsvares som autonomi-fremmede identifikationsprocesser, bliver det reelt til profetidominerende interaktioner, der ikke medierer øget selvværd og frihedsfølelser, men i stedet skaber reaktioner, der nærer negative patient-identifikationer og manglende værdighed til at kunne gøre sig fortjent til casemanagers individuelt tilpassede involvering og støtte. Når psykologiske, biologiske og/eller individualistiske forklaringer på negativ fysisk helbredsadfærd identificeres som iboende fejl og svagheder hos patienterne, illustrerer dette netop den uheldige konsekvens, at psykisk sygdom identificeres som et primært og dominerende statustræk, der slører eller vanskeliggør håndtering af patientgruppens behandling og helbredelsesproces i bredere forstand. Ifølge min fortolkning transformeres patientens selv til, at de fysiske helbredsrelaterede problematikker mere eller mindre er et selvforskyldt vilkår. Selvom patienter, som Hjalte her, prøver at reorganisere denne rolle mhp. at reducere den identificerede afvigerrolle og således efterstræber at mindske ”patologien” (Farrell & Swigert, 1988: 224), vanskeliggøres det af den inferiøre positionering, han er underlagt i patient-fagprofessionel-samspillet. Dette sidstnævnte aspekt foldes nærmere ud i diskussionsafsnit 7.3.

Med samtidig interesse i at normaliseres, at bevare den gode relation og undgå konflikter, simulerer patienter, ligesom i en specialist-klient-samspilssituation, handlinger, som de forventer, at den fagprofessionelle forestiller sig at blive mødt med (Goffman, 1990: 21). Dette kan forklare citatets ”scenskift”, hvor Hjalte som reaktion på Sannes tilnærmelsesvis moraliserende udtalelser beroliger hende med, at ”jeg er på

vej til det positive”. Dette kunne være en *reparations-reaktion* ift. at undgå yderligere moraliserings-ydmygelser i situationen.

I samspilssituationen kan der spores et paradoks i, at ”den gode relation” med værdier som fx tillid og ”ubetinget anerkendelse” i den almene psykiatريفorståelse, jfr. afsnit 5.5.3, både identificeres som middel og mål. Et paradoks, der består i, at ”den gode relation” på en gang både identificeres, som et centralt element i et positivt outcome, men som samtidig udgør et middel til, med patientrettede afvigelsesidentifikationer som metode, at marginalisere fysisk helbredshåndtering. Dette paradoks underbygges også af, at patientgruppen, ifølge Nash (2014), netop kan opleve det som negativt i opbygning af ”den gode relation”, hvis fagprofessionelle *ikke* involverer sig konstruktivt i fysisk helbredsrelaterede problemstillinger. Dette kan have den konsekvens, at patientgruppen resignerer. Ikke fordi de ikke ønsker fysisk helbredsforandringer, men fordi patientgruppen erfarer, at de ikke får en reel og konstruktiv støtte. Hvis patientgruppen inviterer til gensidig involvering, kan de, som Hjalte er et eksempel på, risikere, at det kan få konsekvenser for beskyttelsen af ”den gode relation” og at de påføres yderligere afvigelsesdefinerende positioneringer. Dette stemmer samtidig også overens med Lee et al. (2014)-studiet, som viser, at selvom netværk er vigtigt for fysisk helbredshåndtering, og selvom netværksrelationer generelt set (og specifikt for Hjalte i relation til Sanne) opleves som anvendelige og positive, så er det ikke nødvendigvis ensbetydende med, at det resulterer i et positivt individuelt outcome i relation til fysisk helbredshåndtering (Lee et al., 2014).

At ledere på ACT-området, jfr. Vanderlip et al. (2014), problematiserer, at patienter vægrer sig ved at deltage i interaktioner i relation til fysisk helbredshåndtering, eller at der ifølge Nordentoft (2013) er rekrutterings- eller fastholdelsesproblemer ift. patientgruppen er også udtryk for en individualiseret selvansvarliggørende norm omkring mennesker med psykiske sygdomme og deres adfærd. Som denne afhandling viser, kan disse afvigelseshandlinger, ifølge mine fortolkninger, også være udtryk for, at den psykiatriske patientgruppe har gjort sig nogle negative erfaringer med at indgå i samspil med fagprofessionelle og dermed resignerer for at undgå negative samspilssituationer med fagprofessionelle.

Dette er et paradoks set i lyset af, at casemanager-rollen generelt set udgør en signifikant person og ressource i patientgruppens overordnede netværk mhp. både psykisk og fysisk helbredsforbedrende behandling og støtte (Aschbrenner et al., 2012; Carless & Douglas, 2012; Roberts & Bailey, 2011, 2013). Paradokset består yderligere i, set med mit analytiske blik, at patienter socialiseres til at handle og værdisætte den individuelle selv-ansvarliggørelse uden forudgående og samtidig træning i at kunne praktisere og leve op til dette. Dermed bliver patientgruppen yderligere socialt udsatte i relation til fysisk helbredshåndtering. At blive identificeret som et illusorisk selv-ansvarligt individ er, ud fra et kvalificeret gæt om Hjaltes positioneringsforhandling med Sanne, bedre end at blive identificeret som dobbelt-afvigende. Denne dobbelt-

afvigende regelbrudsadfærd kan dermed henføres til både det at blive identificeret med psykisk og fysisk helbredshåndterings-relateret dysfunktionaliteter og det at risikere at blive identificeret som en besværlig patient.

Stiltiende reaktioner –forsøg på undgåelse af miskreditering

Som et andet aspekt af, hvordan profeti-dominerende interaktioner kan udspille sig i praksis, skal den følgende analyse illustrere, hvordan samspil mellem Jette og Jeppe, trods deres gensidige konsensus jfr. afsnit 6.2.5 om, at fysisk helbredshåndtering skal fylde mindst muligt, alligevel sættes på dagsordenen og i en form svarende til ”elefanten i rummet” fænomenet. Nedenfor præsenteres en meget lille og kortvarig seance, der udgør Jeppe og Jettes interaktioner om Jeppes fysiske helbred, og som i den pågældende samspilssituation ikke får yderligere efterspil, idet der efterfølgende skiftes emne:

Jette: Har du været til lægen med ryggen?

Jeppe: Nej, jeg har svært ved at gå til lægen, det er kun i nødsituationer.

Jette: Hvordan går det med vægten?

Jeppe: Det ved jeg ikke.

Intentionen bag spørgsmålene, som Jette her stiller, kan på én gang tolkes både som omsorg og en kontrolfunktion. Selvom Jeppe svarer på Jettes spørgsmål om lægebesøg og udtrykker, at han har svært ved at gå til læge, bliver Jettes reaktion ikke noget, der umiddelbart relaterer sig til Jeppes svar om vanskeligheder ved at gennemføre lægebesøg. I stedet springer hun i emnet og spørger ind til Jeppes vægt. Ligesom reaktionen, hvor Jeppes svar på, at han ikke har været ved læge, negligeres, bliver hans svar ift. spørgsmålet om hans vægt tilsvarende mødt med en efterfølgende reaktion af tavshed i relation til emnet.

Efter denne samspilssituation spørger jeg begge parter i det postsituationelle interview om deres oplevelser af situationen. Jette perspektiverer det således:

Jeg kommer ind på hans rygproblemer og prøver sådan at psykoeducere om, at det også kan have at gøre med og have sammenhæng med ens vægt -oh, sådan nænsomt gøre opmærksomt på det. Jeg er jo heller ikke ude efter, at det skal blive trøls for ham at blive mindet om, at han vejer for meget, når man på en eller anden måde gør det, han kan for at ændre sin livsstil. [...] det kommer vi sådan ind på sådan næsten hver gang, synes jeg [...] og det er mit indtryk er, at det er noget de [red. Jeppe og hans kæreste] godt kunne tænke sig at gøre noget ved og ændre på. Men de sætter heller ikke, de sætter ikke sådan høje mål med det, det er også fint tænker jeg, fordi det vil være urealistisk, hvis de sætter for høje mål [...] Altså jeg spørger selvfølgelig ind til, hvad de har af ønsker til ændringer, der kan man jo

selvfølgelig sige, at det er deres udtryk for, hvad deres personlige mål de er med det, men jeg, jeg prøver ikke at lægge, altså mine mål skal ikke lægges ind i dem.

Samspilssituationen og Jettes efterfølgende perspektivering af, hvordan fysisk helbredshåndtering sættes på dagsordenen, kan umiddelbart udtrykke, et konstruktivt samspil. Et samspil, hvor Jette ”nænsomt” og metodisk ”psykoeducere” Jeppe (og hans kæreste) ift. at tage hånd om hans vægtøgningsproblematik. Jette har ydermere en bevidsthed om, at hun kan risikere at virke fordømmende eller for styrende, hvilket også svarer til det i kapitel 5 omtalte ”frygt-scenarie”, at fysisk helbredshåndtering fx bliver et totaliserende indgreb i patienternes hverdagsliv eller er ødelæggende for relationen.

Alligevel kan samspilssituationen indikere, trods Jettes intentioner om noget andet, at Jettes reaktioner i samspilssituationen med Jeppe udtrykker flere afvigelsesdefinitioner, der ifølge min fortolkning kan være forklarende ift. hvorfor Jeppe, trods hans ønsker om fysiske helbredsforbedringer, ikke ønsker at det skal løses i samspilssituationer med Jette. De regelbrud, som kan identificeres i interaktions-sekvensen fremgår af alt det, der ikke bliver talt om, men som alligevel signaleres ”mellem linjerne”. Jettes to spørgsmål og efterfølgende reaktioner kan ses som antydninger af mindst to former for regelbrudsadfærd. Dels afvigelse i relation til det, at Jeppe både har og ikke får taget hånd om ondt i ryggen-problematikken, og dels afvigelse i relation til overvægtsproblematikken, der antydes med spørgsmål om ”vægten”. Implicit spores samtidigt den førnævnte selv-ansvarlighedsideologi. Trods Jette identificerer sig med og tilstræber at arbejde ”*etisk korrekt og respektfuldt i forhold til patienterne*”, handler hun ifølge min fortolkning på måder, hvor problemstillingerne defineres som individuelle moralske defekter. Fordi Jettes svar på spørgsmål om manglende lægebesøg og vægtøgningsproblemer ikke bliver fulgt op, men forbigåes i tavshed, kan det tolkes som tavse straf-foranstaltninger. Idet han ikke bliver mødt af reaktioner, hvor de fx gensidigt drøfter, hvad Jette kan gøre for at understøtte løsninger på de aktuelle problemstillinger, men at de i stedet bliver ”hængende uforløste i rummet”, betyder Jeppe kan spejle sig i at blive genkendt som ”moralisk defekt”. Et aspekt der også kan sidestilles med psykisk sygdom som primært afvigelsestræk og med implicite formodede dysfunktionaliteter på andre områder.

Når Jette efterlever sine forestillinger om, at Jettes ønsker ikke stemmer overens med hendes – ”mine mål skal ikke lægges ind i dem” – så tolker jeg, at det indikerer en reaktion, hvor Jeppe tillægges en formodet afvigelse med en moralisk defekt, som fx kunne være reduceret selvkontrol. Når Jette af den grund ikke involverer sig – og som jeg tolker, som en form for misforstået hensyntagen, svarer det til Beckers beskrivelse af selvopfyldende profeti konsekvenser af, at psykisk sygdom bliver det primære statusstræk, som smitter af på øvrige reaktioner på samme person. Værnet mod værdien om selvansvarliggørelse kan forvarent eller uforvarent blive en undskyldning for, ikke at identificere fysisk helbredsproblemer som medicinske afvigelser, der institutionelt og

formelt bør tages hånd om på lige fod med, hvordan psykiske symptomer identificeres som involverings/behandlings-krævende.

Måden, som Jette stiller spørgsmål til Jeppe på, kunne indikere, at hun, ligesom Sanne positionerer Hjalte, definerer Jeppe som selv-ansvarlig og med illusorisk fravær af uønskede træk fra den psykiske sygdom. Jeppe tildeles således en ”som om”-positionering med fravær af de begrænsninger, han i øvrigt identificeres med i deres samspil, som fx omhandler hukommelsessvigt og angst for at begå sig i fremmede sociale sammenhænge. At han i relation til sit fysiske helbred positioneres som ikke-afvigende og som forventelig selvansvarlig, kan dermed fortolkes som en falsk definition af den ovenfor præsenterede interaktionssituation. Med afsæt i definitionen som falsk, kommer Jette med indirekte og stiltiende moraliserende belæring, bebrejdelser og miskrediteringer og hvor de stiltiende reaktionerne på Jettes manglende handlinger kan tolkes som en fordømmelse af ham, med selvforskyldte årsagsforklaringer. Denne tolkning stemmer også overens med Jettes backstage-fortolkning af situationen, idet Jeppe på spørgsmål om, hvorfor han tror han af Jette blev spurgt til rygmerter og lægebesøg mv., svarer: *”ja, Jette siger, det er fordi, jeg er blevet fed”*.

Denne fremanalyserede tilnærmelsesvis tavse fordømmelse og definerings af fysisk helbredshåndtering som udtryk for en iboende moralsk defekt hos patientgruppen, legaliserer en behandlingspraksis, der ikke stiller spørgsmål ved egen praksis. Dette kunne over tid stoppe eller begrænse en negativ udviklingsspiral med samtidig øget viden om patientrettet omsiggribende tilstødende helbredsrelaterede problematikker, der potentielt kunne bremses. Selvom der jfr. Subcase I-analysen er en generel opmærksomhed på at undgå fordømmelse af patienterne med anvendelse af ”løftet pegefinger”-metaforen, så er denne Jette-Jeppe-situation et eksempel på det modsætningsfyldte i, at denne fordømmelse kan være vanskelig at undgå i praksis.

”Det er ikke et relevant tilbud for ham” – om tilgængelighedssanktionering

Når patienter i relation til fysisk helbredshåndtering fastholdes i en inferior position til de fagprofessionelle, og når fysiske helbredsproblematikker defineres som selvforskyldte, jfr. det forrige afsnit, kan fagprofessionelle også bidrage til, at patienter udelukkes fra deltagelse i øvrige konventionelle servicetilbud og gruppetilhørsforhold, hvilket jfr. definitionen på stigma omhandler adskillelse (Link & Phelan, 2001). Der er eksempler fra de 22 samspilssituationer, hvor fysiske helbredsproblematikker dagsordensættes. Selvom fagprofessionelle fx udleverer pjecer til patienter om fx viden om rygestop eller viden om vægttabsstrategier, indikeres det fra flere patienters side, at det ikke er den passive form for støtte, de har brug for, men derimod aktiv involvering, konstruktiv og proaktiv støtte. Som eksempel på casemanagers backstage-forklaringer på, hvorfor fagprofessionelle ikke støtter patienter i at deltage i forskellige former for relevante servicetilbud som fx patientskoler, rygestopkurser mv., præsenteres her et interviewudsnit med Jette omkring Jettes ønsker om rygestop:

X: *Har I været omkring sådan noget som rygestopkurser enten ved kommunen eller på nettet, det er ikke noget, I har været inde omkring?*

Jette: *Nej, og det vurderer jeg heller ikke, at han er på vej til, det er ikke et relevant tilbud for Jeppe.*

X: *Nej og hvorfor ikke det?*

Jette: *Altså det at være sammen, og der er flere mennesker på et kursus og sådan tale med en forboldsvis fremmed person - det er ikke sådan noget, som vi - det kræver meget støtte at få ham i gang og meget motivation, og så vil jeg alligevel være i tvivl, om det så er noget, som vil komme fra ham selv, fordi jeg ved, at de initiativer, hvor det kommer fra dem selv, og hvor de selv kommer med ideen - jeg ved godt, at jeg måske har lagt et kim på et tidspunkt - men de har fået ideen og initiativet til at gå i gang med det. Men det, at de selv kommer frem til, at det her er måden, jeg har lyst til at gå i gang og i krig med det, det er egentlig det, der virker bedst på den lange bane.*

Citatet taler nærmest for sig selv ift., at Jette kommer med flere argumenter for, hvorfor hun ikke støtter Jeppe i at få anden professionel hjælp til fx rygestop. Det fremhævede argument om, at ideen og initiativet skal komme fra patienten, kan relateres til værdien om selv-ansvarliggørelse og autonomi. Derudover fremgår det også ifølge min fortolkning, at Jette anvender negative identifikationer af Jeppe med psykisk sygdoms-stereotyper. Ud over vanskeligheder med at indgå i relationer, tillægger hun ham, formodede negative egenskaber som dysfunktionel ift. at kunne deltage i et rygestopkursus. Dette fremgår indirekte af udtalelserne om, at ”*det kræver meget støtte [...] og meget motivation*”. At Jeppe tillægges disse egenskaber, kan med et kvalificeret gæt tolkes som værende baseret på et grundlag, som ikke stemmer overens med virkeligheden. Som beskrevet i afsnit 6.2.5, har han tidligere gennemført at blive fri af stof-afhængighed, socialt set formår han aktuelt at involvere sig i kærestens relativt store familie mv. og endelig omtaler han explicit sin motivation og ønske om ryge-ophør.

Ligesom i Gunvor-Isak samspils-situationen, anvender Jette også en ”vi-form”, hvilket jeg ser indikerer institutionelle afvigelses-indikationer med udtalelser om, at ”*det er ikke noget som vi*”, og ”*det kræver meget støtte*”. Dermed indikerer hun, hvordan hendes samspil med Jeppe omkring fysisk helbredshåndtering tilsyneladende domineres af hendes tilhørsforhold til OP-teamets socialverden og med implicit opbakning til, at casemanager-rollen ikke inkluderer forventninger til involvering i patienters eventuelle behov for støtte til eksterne behandlingsforanstaltninger. Trods denne adskillelse af patienter fra relevante servicetilbud også er en velkendt problemstilling i andre studier jfr. litteraturgennemgangen i kapitel 2 og fx (Hardy et al., 2014), kan patienter af flere grunde have et behov for støtte til både at finde og blive tilknyttet andre relevante serviceforanstaltninger.

Ud over, at Jette ikke identificerer sig med rollen at skulle øge Jeppe's tilgængelighed til

fysisk helbredsfræmmede servicemuligheder, indikerer hun yderligere en form for sanktionering af tilgængelighed. I ingen af de seks dyade-samspil jeg følger, fremkommer der eksempler på, at fagprofessionelle har støttet patienters deltagelse i eksterne servicetilbud. Det paradoksale ift. Jettes udtalelser er, at Jeppe på den ene side identificeres som dysfunktionel med manglende selvkontrol og initiativløshed, og på den anden side identificeres med forventninger til at kunne være initiativtager. Dette samspilmønster, hvor fagprofessionelle afventer et patientinitiativ, genfindes også i Carson et al. (2010)-studiet, hvor de finder tilsvarende mønstre og afledt deraf konkluderer, at de professionsinitierede interaktioner med patienterne ikke får tilstrækkeligt afdækket og handlet adækvat på aktuelle fysiske helbredsrelaterede problemstillinger (Carson, Katz, Gao, & Alegria, 2010: 552).

Når casemanagers undgår eller modsætter sig de formelle regler om at viderehenvise patienter til relevante tilbud, herunder undgår at involvere sig i at støtte patienterne i at anvende sundhedsvæsenets tilbud i bred forstand, kan det betragtes som en form for institutionel diskriminerende ”overbeskyttelse”, hvor patienternes muligheder for at gøre sig personlige erfaringer og udvikle sig i form af at skulle indgå i forskellige sociale sammenhænge mv. hæmmes ved, at personalet ikke videregiver relevante informationer til patienterne (Henderson et al., 2014: 473). Dette kan tillige udtrykke en form for paternalisme, hvor patienters autonomi undermineres ved ikke at få muligheden for at blive medinddraget i at træffe beslutninger på et oplyst grundlag. Dette stemmer også overens med resultaterne i Nankivelle et al. (2013) studiet, hvor der på metaforisk vis beskrives, hvordan psykiatriske patienter af fagprofessionelle og politikere ”med silo-bygning mellem patienter og sundhedsvæsen” forhindres i deres adgangsveje til adækvate sundhedstilbud, fordi hverken fagprofessionelle i psykiatrien eller politikere forsvare psykiatriske patienters menneskerettigheder mhp. undgåelse af forskelsbehandling og sikring af lige adgang til sundhedsvæsenet. Måden, klinisk personale og politikere kommer til at spærre vejen på, er dels ved, at negative holdninger kan have en loop-effekt på patienterne, så patienterne af den grund fraviger at opsøge sundhedsvæsenet, og dels ved, i stedet for at forsvare lige adgang til sundhed, forsvarer autonomi i forståelsen selv-initieret selv-ansvarliggørelse (Nankivell et al., 2013). Dette kan også, ifølge Cockerham (2004), sidestilles med en victim blaming-ideologi, hvor individer gøres personligt ansvarlige og beskyldes for afvigende adfærd, hvilket forhindrer eller begrænser opmærksomheden på de potentielt *underliggende grunde* til den sundhedsrelaterede uhensigtsmæssige fysiske helbredshåndtering. Derved fastholdes eller forværres individers underprivilegerede position i samfundet (Cockerham, 2004: 281).

Supplerende til forståelsen af det ovenfor præsenterede afvigelses-interaktionsmønster i form af førnævnte sanktionering af tilgængelighed problematiserer Estroff (1985), hvordan sociokulturelle omgivelser bidrager til, at der for psykiatriske patienter sker en fusion mellem sygdom og identitet, som ligger grundstenene for sammenvævningen af selvet og sygdoms-symptomerne. Dette har vigtige implikationer for forestillingerne

om, *hvor* sygdommen kommer fra, og *hvem* der således er ansvarlig for sygdommen - personen eller gruppen (Estroff, 1989: 244). Hvis implicerede aktører, her casemanagers, deler ansvarligheden og oplever sig påvirket af sygdommen, fremmer det, at fagprofessionelle involverer sig. Hvis personale derimod sammenvæver selv og sygdomssymptomer, herunder både fysiske og psykiske symptomer, skaber det reaktioner, hvor patienten bebrejdes. Disse bebrejdelser kan tage afsæt i antagelser om uforbederlighed, sløring af magtesløshed og/eller ikke-ansvarlighed (Estroff, 1989: 244-248), eller det kan udtrykke ”terapeutisk pessimisme”, hvilket også kan reflektere strukturelt stigma (Henderson et al., 2014: 473). På den ene side kan der argumenteres for, at fagprofessionelle ikke deler ansvarligheden i relation til fysisk helbredshåndtering, fordi de sammenvæver patienternes selv med sygdomssymptomerne. På den anden side, kan den tilsyneladende begrænsede ansvarlighed også spores tilbage til mine fund i kapitel 5, at fagprofessionelles tilgang i overvejende grad afspejler en mere overordnet institutionel ansvarsfralæggelse, idet fysisk helbredshåndtering defineres som et marginaliseret indsatsområde. Hvorvidt det ene aspekt er mere fremtrædende end det andet, kan ikke afgøres, men formodentlig har begge kulturelt betingede aspekter en betydning.

Opsummering på profetidominerende interaktioner

Dette var tre eksempler på, hvordan fysisk helbredshåndtering ifølge min læsning af det empiriske materiale, som aspekt af afvigelses-interaktionsmønstre, bliver til profetidominerende interaktioner, der således bliver ”dobbelt diskriminerende”. På den ene side diskrimineres patientgruppen, når fysiske helbredsproblemer defineres som en afledt konsekvens af psykisk sygdom afvigelse og på den anden side, når de, i modsætning til psykisk sygdom positioneringen i relation til håndtering af fysiske helbredsproblemer, defineres som selvhjulpne. Det betyder, at psykisk sygdom-etiketten kobles til fysisk helbred på en måde, hvor fagprofessionelle skaber social distance til patienternes fysiske helbredsproblemer.

Stereotypificering er et velkendt element i udøvelse af stigmatiseringsmønstre (Link & Phelan, 2001: 369). Trods den gennemgående intention og stereotypificering af at forsvare patienters autonomi præges fysisk helbredshåndterings-samspils-mønstrene tilsyneladende af, at det kliniske personale tager afsæt i en normalitet, som patienterne ikke besidder. Patientgruppen synes på forhånd at blive stemplet som psykisk syge og med deraf affødte konsekvenser med indskrænkede og forhindrende handlerum. Generelt viser analysen en stereotypificering af patient-definitioner, hvor deres fysiske og fysiologiske krop adskilles fra den psykiske og sociale som en formodet afvigelse og en konsekvens, der er uden for fagprofessionelles handlingshorisont.

I tillæg til, at ”diagnostic overshadowing” i afsnit 6.4.1 tilskrives lægefordomme, kommunikationsvanskeligheder og/eller usikkerheder ift. at fortolke symptomer, så vurderer jeg, at analysen ovenfor bidrager med en nuancering af begrebet i relation til

fysisk helbredshåndterings problemstillinger. Ifølge analysen udkrystalliserer der sig en stereotypificering af patienter i form af, at de i relation til fysiske helbredsaspekter identificeres med en normalitet og et handlerum til selvstændigt at kunne vælge til og fra på lige fod med mennesker uden svær psykisk sygdom. Denne patient-positioneringstildeling bliver nærmest illusorisk, fordi psykiske sygdomsidentifikationer er udlejrede/marginaliserede. En sådan illusorisk normalitetsfremstilling giver samtidig forestillinger og fortolkninger af patienterne som yderligere hjælpeløse, værdiløse, inkompetente og miskrediteringsberettigede, end de er i forvejen. Dette understøtter Beckers (2005) sondring af, at psykisk sygdom som et primært afvigelsestræk, forårsager formodede forudindtagede antagelser om andre afvigelsestræk og som kan forårsage selvpfyldene profetier. Dermed legaliseres negativ forudsigelsesretorik, hvilket er indeholdt i de profetidominerende interaktioner. Patienter placeres nærmest i et limbo, hvor fagprofessionelle forhandler en positionering, hvor de dels frisættes for medansvar for patienternes fysiske helbredsproblematikker, og dels får skabt en social distance til fysisk helbreds-opgaven. Ifølge Henderson (2014) er dette også indeholdt i overordnede psykiatri-arena intentioner om at tydeliggøre grænserne for psykiatri-kerneopgaverne (Henderson et al., 2014: 473). Dette stemmer endvidere overens med de fremanalyserede perspektiver på fysisk helbredshåndtering i Subcase I-delanalysen, hvor fysisk helbredshåndtering i overvejende grad defineres som et marginaliseret aspekt af den psykiatriske behandlingspraksis.

Analysen viser, hvordan der både foregår profetidominerende interaktioner, der danner diskrimination på individniveau, og hvordan institutionel diskriminerende overbeskyttelse sanktionerer adgang til øvrige relevante fysisk helbredsrelaterede tilbud i social- og sundhedsvæsenet. Fra denne analyse af profetidominerende interaktioner og illusionsdannelser af normalitet vil det følgende afsnit præsentere samspilmønstre, som også har islæt af både selv-ansvarliggørelse og afvigelsesmønstre, men som samtidig har en egen tidsdimensional dynamisk måde eller ”teknik” til at fastholde den sociale orden på.

6.4.3 Illusions og tidsforskydende ”som om”- interaktionsmønstre

Dette analyseafsnit omhandler, hvordan samspilssituationer kan indeholde illusoriske elementer, der skaber begrænsende forudsætningerne for effektivering af konstruktive samspil i relation til fysisk helbredshåndtering. Det illusoriske samspil har samtidig et tidsdimensionelt aspekt.

Grundlæggende har tid en særlig betydning i ideen bag ACT-team-konceptet, idet denne behandlingstilgang netop har en institutionel struktur med minimerede begrænsninger i klokke- og socialtid. Casemanagerfunktionen indeholder implicit idéen om, at behandlingen foregår inden for en ikke-afgrænset tidsperiode og med ubegrænsede antal konsultationer/besøg i hjemmet af ikke-afgrænset varighed og hyppighed mv. Samtidig identificeres patienter i ACT-team-regi som individer, der mere

eller mindre implicit har store vanskeligheder med at strukturere deres hverdag ift. tid og rum, og som har brug for behandling over en meget langstrakt tidshorizont, jfr. afsnit 3.6.2. Derfor tildeles der klokketidsmæssigt relativt mange psykiatriske behandlingsrelaterede ressourcer, hvilket samtidig kategoriserer patientgruppen med et omfattende institutionelt behov for social tid og social regulering. Dette stemmer overens med missionen og idealet for behandlingen i ACT-team-regi, at der forventes patientrettede forbedringer, men inden for en meget langstrakt periode (P. Brodwin, 2011).

Tid og temporalitet kan i sig selv være udfordrende og opleves som undertrykkende for mennesker uden for arbejdsmarkedet inkl. patienter i OP-team-regi, fordi de dermed ikke indgår i samfundets konventionelle temporale struktur og forudsigelighed, der følger med det at have fast arbejde. Ukonventionelle tidsplaner kan i sig selv på mikro-niveau give følelser af normløshed og frygt. Ligesom tid kan indgå i positive følelser, hvis man følger de konventionelle normer relateret til anvendelse af tid fx fritid, kan tid således også opleves som indskrænkende i forhold til normalitetsfølelser (Scott, 2009: 87).

Det analytiske fokus på tidsdimensioner i samspilssituationerne indgår i form af *tidsmæssige forskydninger*, der transformeres ind i nutidige meningstilblivelser mellem fagprofessionelle og patienter. Tentative fremtidshandlinger virkeliggøres på illosorisk vis i nuet i form af ”som om”-situationer. Selvom tid almindeligvis er et fænomen, vi tager for givet, er fænomenet både socialt konstrueret og bidrager også til objektivisering af social struktur, hvilket ifølge Scott (2009) erfares som henholdsvis krops-, klokke- og social tid. *Krops-tid* omhandler den tid, der former individets passage gennem livet. *Klokke-tid* er en abstrakt og socialt konstrueret idé, der på en lineær facon måler og kvantificerer progression, og *social-tid* omhandler vore sociale reguleringer af tid eksempelvis vha. kalendere og rutiner i hverdagslivet (Scott, 2009: 70). Selvom det socialt er muligt at regulere ”klokke-tid” gennem bl.a. udarbejdelse af tidsplaner, så er det kun til en vis grænse muligt at regulere og manipulere⁵⁴ med ”kropstid”. Kropstiden indeholder den uundgåelige cyklus, der indeholder, at vi fødes og skal dø, og at vi i mellemtiden gennemgår en ældningsproces. Denne ældningsproces forventes, jfr. sundhedsvæsenets implicite berettigelse, kontinuerligt påvirket og reguleret ved strategisk udnyttelse af socialtid. Denne begrænsning og forhaling af ældningsprocesser indgår i velfærdsstatens bestræbelser på at sikre en så sund og rask befolkning så længe som muligt og mhp. at optimere befolkningens livskvalitet og middellevetid. (Diderichsen, Andersen, & Manuel, 2011; Sundheds- og Ældreministeriet, KL, & Danske Regioner, 2016).

⁵⁴ Tid kan manipuleres ved fx at gøre en opgave hurtigere, ændre tidskrævende arbejdsgange til mindre tidskrævende, multi-tasking og ved at fokusere på tiden (Scott, 2009: 84).

Tidsforskydningsmæssige fænomener, som indgår i nærværende analyse, og som også kaldes for *anakronismer*⁵⁵, opstår, når en begivenhed, tilsigtet eller utilsigtet, fremstilles som tilhørende en upassende tidsperiode eller tidsmæssigt domæne. Det, der i de følgende tre analyseafsnit er tidsmæssigt på spil i patient-fagprofessionel-samspilssituationerne, omhandler mere konkret prokronisme⁵⁶. *Prokronisme* er et underbegreb til anakronisme og beskriver noget, der henføres til tidligere tidspunkter, end det reelt kan have foregået.

Hochschild (2012) har, jfr. min læsning, ikke fokus på tidsdimensionen, men identificerer, hvordan hverdagsagtig dybdeemotionsarbejde kan indeholde ”illusion making” eller ”make-believe” som-om interaktionsmønstre (Hochschild, 2012: 44, 135). Som tidligere omtalt i teorietsafsnit 5.3 om emotionsarbejde, indgår disse mønstre i vores grundlæggende intentioner om, at forhandle emotionsregler med hinanden og mhp. at undgå ubehageligheder og søge fordele. Når prokronisme fremtræder i nedenstående analyser, fortolker jeg det som samtidige og kombinerede udtryk for som-om samspil og som også indeholder dynamikker, der kan spores tilbage til dimensioner af sekundære afvigelsestræk som formodet afvigelse og selvopfyldende profeti dynamikker. I dette casestudies datamateriale findes dette fænomen i tre ud af de seks dyaders samspilssituationer. Disse præsenteres alle nedenfor, fordi de hver især illustrerer forskellige aspekter af, hvad den tidsdimensionale forskydningsstrategi er, og hvilket formål den har i de respektive samspilssituationer.

Illusoriske nutidige motionsaktiviteter

Som beskrevet i afsnit 6.2.5, har Jeppe dom til behandling, hvilket forklarer, at OP-team psykiater sammen med casemanager indimellem besøger ham i hjemmet. Jeppe har i forløbet efter, at han er blevet stoffri, taget mindst 20 kilo på, hvilket han er ked af og gerne vil gøre noget ved. Dette emne er på dagsorden i den følgende samtalesekvens og på initiativ af psykiater. Forinden psykiateren her taler med Jeppe om hans motionsvaner, har han også kommenteret Jeppe vægtøgning og har allerede udspurgt ham om hans spise- og alkoholvaner:

P: Ja, og du træner ikke også? [Jeppe kigger ned i bordet]

Jeppe: Jeg har været stoppet i et længere stykke tid, men det skal jeg i gang med igen. Men ham jeg trænede sammen med, han er stoppet, og så har jeg ikke lige fundet en anden at træne med, og så er det stoppet lige så stille.

P: Så du er ikke den person, der kan træne alene.

⁵⁵ Denstordanske.dk

⁵⁶ Informationsordbogen.dk

Jeppes: Nej, det gider jeg sgu ikke, men jeg skal måske i gang igen og træne sammen med en, der hedder Peter, så...

P: Ham kender jeg ikke (ler), det ville også hjælpe, hvis du - ja - men du dyrker styrketræning ikke også?

Jeppes: Ja.

P: Og andre ting ikke også.

Jeppes: Ja.

P: Løber du også?

Jeppes: Ja, det gør jeg altid til at starte med...

Jette: Men I har også været gode til at komme i svømmehallen, i hvert fald lige en overgang.

Ved min umiddelbare fortolkning af denne samtalesekvens er det et eksempel på interaktioner mellem fagprofessionelle og Jeppe om Jeppe's fysiske helbredsproblemer. Mere konkret illustrerer samtalen psykiaters optagethed og engagement i at støtte Jeppe ift., at han kommer i gang med at motionere og mhp. at stoppe den negativ udvikling, hvor han bliver mere og mere overvægtig. Som samtalesekvensen ovenfor også illustrerer, så sker der et skift i den kollektive opfattelse af, hvordan motion indgår i Jeppe's hverdag. Indtil psykiater spørger ”men du dyrker styrketræning, ikk?” har virkeligheden været, at Jeppe ikke motioner. Efterfølgende bliver den nye virkelighed, at Jeppe både styrketræner, laver andet motion og løber. Situationen viser umiddelbart, at psykiater styrer Jeppe til, på trods hans umiddelbare ærlighed, at indgå i en ny virkelighedsopfattelse, som psykiater er mere tilfreds med. Det forårsager, at Jeppe kommer med dobbelttydige udtalelser, hvor kun en af delene, om han aktuelt motionerer eller ikke-motionerer, kan være reelt gyldigt. Hverken psykiater eller Jette reagerer på denne dobbelttydighed. Set udefra kunne Jeppe's strategi i situationen være, at ”tale psykiater efter munden” for enten 1) at undgå yderligere involvering, eller 2) fordi han ikke har tilstrækkeligt styringspotentiale i situationen til at fastholde virkelighedsopfattelsen af, at han for tiden ikke motionerer. Scenarie 1 stemmer overens med, som tidligere omtalt i afsnit 6.2.5, at Jeppe ikke synes OP-teams skal blande sig i hans fysiske helbredsproblemer. At scenarie 2 også kan være en relevant tolkning, og som også kan understøtte scenarie 1, redegør jeg nærmere for nedenfor.

Samspilssekvensen kan tolkes som psykiater initieret styring, og styring, fordi Jeppe's indledende udtalelse tilsyneladende ikke tages alvorligt. I stedet for at psykiater kunne være nysgerrig på, hvad der ligger bag Jeppe's behov for at skulle følges med en anden til motion, ignores dette, hvilket kan fortolkes som psykiaters devaluering af Jeppe med

mulig stiltiende reaktioner og definitioner af Jeppe med fx manglende selvkontrol. Jeppe bliver i situationen tilnærmelsesvis sat uden for indflydelse og adapterer istedet den nye virkelighed som psykiater initierer, hvor de gensidigt anerkender en illusorisk virkelighed af, at Jeppe aktivt motionerer. Der skabes således et sæt af meninger, hvor den virkelige virkelighed marginaliseres - og også Jette synes at tilslutte sig, idet hun ikke opponerer. Dette illustrerer ifølge min tolkning en prokronistisk tidsforskydning af virkeligheden. Selvom Jeppe for tiden ikke træner, bliver den træning, han måske får igangsat ud i fremtiden, tidsmæssigt forskudt og transformeret til en her og nu fiktiv motionstræning patient-identifikationsaktivitet. Hvordan giver dette mening, hvad kan forklare, at psykiater dagsordensætter dette som-om-samspil, og hvorfor opponerer Jeppe ikke mod denne illusoriske samskabelse af virkeligheden?

Når der anvendes ”illusion-making”, er det en måde at instrumentere følelser og emotionsarbejde på. Ifølge Hochschild (2012) har illusionsarbejdet det formål at arrangere frontstage med forhandling og formning af latente følelsesregler (18, 49, 50). At psykiater i samtalen umiddelbart overhører eller evt. lader som om Jeppe indrømmelse af ikke at motionere i hverdagen overhøres, kan være udtryk for en momentan tilbageholdelse af negative følelser og mhp. at forebygge, at Jeppe skal opleve psykiaters potentielle afstandtagen. Dette kan svare til, at psykiater ”investerer” fremadrettet i fx at forebygge, at Jeppe oplever skamfuldhedsfølelser og fremmer følelser af empati. Dermed kan ”illusion making”, som momentan distancering fra reelle følelser, være udtryk for psykiaters intentioner om at beskytte Jeppe. Dette svarer også til, når Hochschild (2012) taler om, at stewardesser adapterer de følelser, som de forestiller sig kunden ønsker og mhp. at undgå skam-følelser i relation til upassende adfærd (Hochschild, 2012:112).

På den ene side har psykiater og Jette formodentlig den primære interesse, at Jeppe så vidt muligt både oplever empati, anerkendelse og får den bedst mulige psykiatriske behandling. På den anden side kan illusionsskabelsen både understøtte intentionen om 1) at efterleve formelle regler - der tages hånd om fysisk helbredsproblemer, 2) at understøtte kulturelle værdier og normer om, at marginalisere fysisk helbredshåndtering og/eller 3) at handle på vægtøgning som tegn på bivirkning fra medicinsk behandling ved at definere det som et selvansvarsområde. At psykiater initierer som-om-interaktioner kan netop ses som en måde at instrumentere følelser på og være et udtryk for, at psykiater oplever sig utilstrækkelig eller frustreret ift. at skulle stå til ansvar for Jeppe fortsatte vægtøgning. Dette skal også ses i lyset af tidligere omtalte risiko for psykiater-stigmatisering og/eller grundlæggende frygt for, at ødelægge opbygning og bevarelse af den gode relation, som et grundlæggende og centralt aspekt at den psykiatriske behandling.

Der udvises en tydelig involvering fra psykiaters side, hvilket Jeppe også backstage beskriver, stemmer overens med og indgår i hans forventninger til, hvad ”en lægefaglig” skal stille af spørgsmål, og at ”det plejer han at gøre”. Når psykiater involverer

sig ekstraordinært sammenlignet med casemanager, kan det forklares med, og som psykiatergruppen pointerer jfr. afsnit 5.4.2, at de engagerer sig i fysisk helbredshåndtering, når det omhandler mindsning af bivirkningssymptomer fra den medicinske behandling. I sammenhæng med at Jeppe's vægtøgning kan tilskrives bivirkning fra den medicinske behandling, øges risikoen formodentlig for, at psykiater-anseelsen kunne falde pga. negativ omtale af hans behandlingsprioriteringer og tiltag. Med tidsforskydningsstrategien bidrager psykiater til i situationen at kolonisere fortiden i form af at forebygge ansatsen til, at han potentielt ville kunne blive beskyldt for at have pådraget Jeppe overvægts-problematikken pga. psykofarmaka-medicineringen. Ifølge Seeman & Seeman (2012) eksisterer der i en eller anden grad altid en konflikt omkring medicinering mellem psykiatriske patienter og deres behandlere, hvor vægtøgning som bivirkning fra antipsykotisk medicinering især har stor betydning for patienter pga. udseende og ønsket om normalitet (Seeman & Seeman, 2012). Ved i stedet og måske uforvarent indirekte at bebrejde Jeppe, at en forventet nutidig praksis (motion), der kunne have forebygget eller mindsket overvægtsproblematikken, ikke er indfriet, placeres ansvaret hos Jeppe frem for på psykiaterens skuldre. Med denne tidsdimensions-forskydning bidrager psykiateren og Jette til inden for den institutionaliserede individualisme-ideologi, at motion som aspekt af fysisk helbredshåndtering defineres som *internaliserede normative tidsplaner*. Normen for den internaliserede tidsplan identificeres således som noget, der allerede burde være igangsat og som producerer skyld frem for handlinger. Dette stemmer også overens med, at tid i sig selv, ifølge Scott (2009), kan udløse skyldfølelser ud fra regelbrud om at "spilde tiden" og "lave ingenting", jfr. samfundets moralske værdier om, at tiden er sparsom, hvilket påtvinger os at bruge tiden fornuftigt (Scott, 2009).

Som jeg fortolker det, har det prokronistiske tidsforskydnings-aspekt en relevans for psykiater, hvorved han indirekte forsøger at regulere og forme Jeppe. De potentielle risici, at patienter, og i dette tilfælde Jeppe, enten kunne finde på, som en almen kendt problematik (Seeman & Seeman, 2012), at blive nonkompliant pga. vægtøgning, eller at han kunne tillægge vægtøgningen et psykiater-ansvar i forlængelse af den generelle kritik af medicinering i psykiatrien som forklaring på overdødelighed og oversygelighed (Götzsche, 2015), kan begge relateres til psykiatergruppens intentioner om at mindske risiko for stigma-oplevelser (Bhugra et al., 2015). Ifølge Henderson et al. (2014) kan uønskede effekter af den medicinske behandling som fx vægtøgning forårsage, at patienter oplever synliggørelse og ufrivillig afsløring af den psykiske sygdom. Dette kan også have en negativ effekt på den sociale relation mellem patient og behandler, idet patienters diskriminerende oplevelser også kan føres tilbage til professionelles selv-identificering (Henderson et al., 2014: 473). Dette stemmer også overens med psykiateres generelle vægtlægning af "den gode relation" i denne case jfr. afsnit 5.4.2 og 5.5.3 og mhp. at positive relationelle oplevelser forventeligt opvejer evt. negative erfaringer med bivirkninger ved den medicinske behandling.

Måske pga utilstrækkelighedsfølelser, eller fordi det er institutionelt anerkendt at tage fysisk helbredshåndtering mindre seriøst, kan situationen overordnet set også fortolkes i den retning, at psykiater og Jette, formentlig ureflekteret, indtager en defensiv ”robot-agtig” position (Hochschild, 2012: 135), hvor fysisk helbredshåndtering legaliseres som en illusorisk nutidig aktivitet. Når der umiddelbart eksisterer en gensidig konsensus om, at Jepes motionsaktiviteter defineres samtidigt som virkelige, men også en social accepteret løgn, kan det også identificeres som et samspilmønster af falske selvopfyldende profeti opfattelser. I bedste fald fastholdes en konsensus om en god relation, der ikke ændrer på fysiske helbredsmæssige forhold, og i værste fald understøttes en afviger-karriere, hvor Jeppe defineres som både afviger pga. sin psykiske sygdom og i relation til tillærte moralske problemer ved fx at lyve eller føle skam over manglende selvinitieret håndtering af fysiske helbredsproblemer. Hvis og når samspilmønstret evt. udtrykker robot-agtig fagprofessionel håndtering af fysisk helbredshåndtering, så er det nødvendigvis ikke udtryk for individuel ureflekteret praksis, men i høj grad udtryk for de relaterede institutionelle normer og værdier, som analyserne i kapitel 5 netop afspejler.

Måske skyldes Jepes accept af at deltage i dette illusoriske samspil, at han ikke magter andet. Han er passiv og defensiv deltagende og tilstræber formodentlig at forebygge yderligere miskreditering og oplevelser af skam og skyld ved at ”passere”(Goffman, 2009: 84). Dermed glider han af på de indirekte beskyldninger, som samtalen indeholder, om manglende selvkontrol som årsag til vægtøgning og mhp. at undgå yderligere ydmygelser. Dette stemmer også overens med hans generelle modvilje mod, jfr. afsnit 6.2.5, at skulle interagere med OP-teamet omkring hans fysiske helbredsproblemer.

Opsummerende kan Jeppe-psykiater illusionssamspillet om Jepes motionsvaner dermed være udtryk for 1) beskyttelse af den gode relation, 2) beskyttelse af psykiater/fagprofessionel positionering og/eller 3) udtryk for patientgruppens fortsatte afvigende karriere med negativ fysisk helbredsrealitet udvikling som symbol på den psykiske sygdoms sekundære afvigelsestræk. Jeg kan ikke konkludere om den ene fortolkning er mere plausibel end den anden, men kan grundlæggende konkludere, at det er et samspilmønster, som grundlæggende har nogle begrænsende mekanismer i relation til fordring af et fysisk helbredsforandrende handlingsrum.

Transformering af alvorlig fysisk sygdom til mental hygiejnetræning

Det følgende og andet eksempel på prokonisme-fænomenet finder sted i Tim-Rita-dyade-samspillet, hvor håndteringen af Tims aktuelle alvorlige situation med den livstruende lungesygdom er central. Der foreligger en mulighed for en evt. lungetransplantation, forudsat at han gennemfører og fastholder et rygestop i mindst et halvt år. Trods de relativt dystre udsigter, fordi Tim fortsat ryger og ikke synes at være i nærheden af at opnå et rygestop, udtrykkes der optimisme blandt Tim og Rita omkring Tims aktuelle situation. Optimismen omhandler ikke lungetransplantationsmuligheden,

men det at Tim i forhold til symptomer fra den psykiske sygdom mentalt har været i bedring længe - *"jeg hører ikke stemmer, og jeg har ikke hallucinationer, det er ikke det, men jeg er angst pga. lungesygdommen"*. Tim har tillige en drøm om, at han om et par år måske vil kunne gå til medierne med en positiv historie om at have kæmpet sig ud af skizofrenilidelsen.

Trods optimismen er der bagsiden med de mange negative oplevelser med det fysiske helbred. De negative oplevelser omhandler både nye og fremmedartede fysiske symptomer, der kontinuerligt støder til, og hyppige besøg hos praktiserende læge og/eller sygehusindlæggelser på lungemedicinsk afdeling mv. Dette bidrager til, at Tim ofte er utryk ved at være alene i sin lejlighed, og at han indimellem også bliver indlagt på psykiatrisk sengeafsnit pga. angst og depressionslignende symptomer. I samspillet med Rita enes de om, at Tim er i en "naturlig krisereaktion", og at hans angst og svære tanker skyldes hans vanskelige situation med de fysiske helbredsproblemer og ikke hans psykiske sygdom. Indholdet i Tim og Ritas samspil omhandler overvejende, hvordan Tim løbende og parallelt håndterer ignorering af kropsligt erfarede sygdomspåmindelser, bekymringer om fremtiden og træning af "mental hygiejne"-færdigheder, hvilket også fremgår af følgende feltnote:

Tim siger "jeg er glad for at kunne bryde det mønster, jeg havde før". Rita skifter emne og spørger "dødsangst – det er ikke det?" og Tim svarer generaliserende, at vi vel alle har en form for dødsangst, og at det har han da også, men konkluderer "psykisk føler jeg, at jeg er på toppen igen". Tim siger videre ift. til tanker om den kommende dags lægebesøg, at "hvis det er kræft, så er det sådan, det skal være. Siger de, at de ikke kan gøre mere, så har jeg besluttet, at jeg skal på hospice" og "Solvejg (red. veninde) kommer med kattene, og jeg får ringet til dem (red. bror og svigerinde)". Rita spørger videre til, om Tim er i stand til at "abstrahere fra det", og hvor Tim svarer "ja, med musikken", og hvortil Rita svarer: "det er rigtig godt, at du evner det, og det er godt, at du har tænkt de tanker, synes jeg". Flere gange i samtalen gentager Tim "det skal ikke få mig ned med nakken" og "jeg har fået en bedre form for mental hygiejne", og bentyder dermed til problemerne med sit fysiske helbred, hvortil Rita svarer, "ja det kunne nemt køre af med dig".

"Mentale hygiejne"-færdigheder omhandler aktiviteter, de forbinder med, at Tim motiveres og oplæres i at abstrahere fra negative tanker og følelser ved fx at lytte til musik eller at se fjernsyn. Frem for en potentiel gensidig involvering i, hvordan Tim kunne få gennemført et rygestop, der ville kunne forbedre hans fysiske helbredsrelaterede fremtidsmuligheder væsentligt, er mit analytiske bud, at rygning og rygestop bliver transformeret til et vilkår, jfr. Ritas udtalelser fra et postsituationelt interview:

Grunden til, at vi kommer lidt hurtigt over det [red. rygning], det er også fordi, jeg egentlig synes, jeg kender Tim så godt at, og han kender min holdning og indstilling til tingene, at jeg vil ikke belaste ham yderligere med, at han sådan måske skal komme til at føle pres og stres, fordi han ved godt med sit intellekt, at det ikke er godt for ham, men han magter det bare ikke. Og der tænker jeg, at [...]

det måske også kan komme til at berøre relationen, hvis det er, at man er nede i kulkælderen, og man så måske, de støttepersoner man har omkring sig sådan pusher hele tiden ikke, nu skal du det, og nu skal det, og nu skal du det.

Ritas beskrivelse af situationen vidner om, at hun vurderer det uhensigtsmæssigt at involvere sig yderligere i Tims rygeproblemer. Dels fordi hun vurderer, at Tim vil blive mentalt belastet af det, og at det også kan have negative konsekvenser ift. deres gode relation. I stedet for fremtidsorienterede forestillinger om, at rygestop og lungetransplantation kunne blive realistisk, transformeres rygning som et vilkår og et indhold i ”mental hygiejne”-træning, der omhandler at samtale om og abstrahere fra forudsigelser og forestillinger om nærtstående terminalstadiet og død. Fokus er rettet mod, hvordan Tim i dagligdagen kognitivt og reflektorisk tackler psykiske reaktioner, som i et fremtidsperspektiv er meningsgivende ift., at han tillige har overvejet situationen, når han måske skal dø. Dette sker samtidig med, at rygning, rygestop og lungetransplantation definitions-mæssigt udviskes eller negligeres. Tillige har Tim, som nedenstående feltnote illustrerer, også fået kognitive redskaber til på rationel vis at tolke nogle kropslige/fysiske symptomer som psykisk betingede:

Rita siger, ”du er blevet god til at tale dig selv ned”, og hvor Tim svarer ”ja, jeg ved, jeg ikke har blå fingre eller blå løber og ingen trykken for brystet”. Dernæst siger Rita ”jeg tror, det vil være så godt, hvis du har nogle redskaber i dig selv, som kan bruges og [...] det at dit hjerte hamrer, det er jo angst”

Ifølge min læsning sker der således en gensidig og kontinuerlig omdefinering af Tim som en psykiatrisk patient, der er i en psykisk positiv udvikling, og hvor Tim identificeres som ”mester i sit eget liv”, når han formår at abstrahere fra negative fremtidstanker og omfortolker negative kropslige symptomer som psykisk betingede. I et temporalt perspektiv kan dette sidestilles med træning af en form for virkelighedsflugt ved at udvikle og evne at fantasere sig væk fra nutidige negative tanker og bekymringer, hvilket indholdsmæssigt også svarer til en form for dagdrømmeri⁵⁷ (Ehn & Löfgren, 2010:198). Dagdrømmeri har i tidligere tider været anset for negativ beskæftigelse, men betragtes i nyere tider tværtimod ofte som en personlig ressource med individuelle kapaciteter til at udøve adspredelse og kreativitet (Ehn & Löfgren, 2010: 200-201). Dette stemmer overens med Ritas intention om at støtte Tims evner til at ”mentaltræne” og dagdrømme som en måde at håndtere sin ”livskrise” på som et kontrapunkt til den barske virkelighed, han står i. Til forskel fra at de identificerer relationen og interaktions-potentialet som en aktiv medierende ressource, positionerer de sig som passive tilskuere og uden proaktive indgribelsesmuligheder til at kunne regulere Tims tilbageværende krops-tid.

⁵⁷ Dagdrømmeri kan sidestilles med en flugt fra krævende realiteter eller kedelige rutiner i en mere belønnende fantasi-verden. Dagdrømmeri befinder sig i dele af hverdagslivet, hvor der ingenting sker, og som kan være i overgange fra et til noget andet og med tidsrum for pause, venten eller ubeslutsomhed (Ehn & Löfgren, 2010: 4, 127).

Transformation af Tims fysiske helbred fra noget fysiologisk til noget mentalt, hvilket ifølge Tim også indeholder udsigter til en potentiel fremtid som døende, betyder, at jeg også ser, at situationen kan defineres som en social kamp mellem det kropslige selv og den fysiologiske krop. Kroppen er både subjekt og objekt for fysisk helbredshåndtering. Den subjektive krop er identisk med krop-selvet, og hvordan Tim handler, interagerer med omverdenen og fortolker andres forestillinger om kroppen. Dette svarer til "the looking glass body", hvilket Waskul og Vannini (2006) omtaler og beskriver som familiært med Cooleys "looking-glass self". The looking glass body-begrebet omhandler, hvordan det kropslige refleksivitetsmønster afspejler, hvordan relationelle forhold og sociale netværk konstituerer meningen med den menneskelige krop (Waskul & Vannini, 2006: 5). Tims netværksrelation med Rita, der er kendetegnet ved relativt hyppig kontakt, har en forholdsmæssig stor plads i hans både formelle og uformelle netværk i øvrigt. Derfor indgår hun også i "the looking glass body"-interaktioner med Tim og influerer på hvordan Tims kropslighed og kropsimage reflekteres. Herunder hvordan kropsliggjorte vaner eller "vane-gjorte kroppe", med kroppen anskuet som en meningsbeholder, danner grundlag for videre forestillinger og handlinger (Waskul & Vannini, 2006: 7). I kraft af Tims både indre fysiologiske kropsreaktioner, og hvordan han i det ydre fremtræder over for Rita og omvendt, og hvordan de spejler sig i hinandens kroppe, dannes der sæt af meninger, hvor Tims fysiske helbred og sygdomme i et fremtidsperspektiv giver mening i form af, at døden forventeligt er relativt nærtstående og skal tackles med "mental hygiejnetræning". Dette bekræftes tillige af, at jeg undervejs i feltarbejdet oplever, at det er synligt/mærkbart for begge, at hans fysiske symptomer med tiden forværres. Deres interaktioner er kendetegnet ved meningsdannelser, hvor de kontinuerligt tilstræber i nutiden at fragmentere eller udlejre den subjektive krop, idet den objektiveres i social-tid som et ikke-manipulerbart kropstids-orienteret vilkår. Kroppen forsøges kontinuerligt, trods dens omfattende fremtræden med fysisk helbredsrelaterede symptomer og sygdom at blive redefineret som adskilt fra den psykiatriske behandlingspraksis. Dette foregår ved kolonisering af fortidens og nutidens omfattende kropslige symptomer og nutidige sygdomspåmindelser med akkumulerede manglende sociale reguleringer deraf. I rollen som patient positioneres og reduceres Tim, ifølge min læsning, til et passivt afventende menneske og med den fysiologiske negative kropsudvikling som et vilkår.

Dette samspilsmønster afspejler også, at casemanager inspireres af og adapterer psykiater-perspektiveringer på fysisk helbredshåndteringspraksis. Med psykiater-indikationer om, at fysiske helbredsproblemer er en opgave for praktiserende læge, at involvering skal undgås til fordel for beskyttelse af den gode relation, eller at der kun skal være en involvering i det, der tolkes som psykisk betinget, efterlever Rita dette til fulde. I stedet for at der bliver taget aktivt hånd om at bremse sygdomsprogressionen, kan Ritas position repræsentere en statist-rolle i psykiateres professionskampe på tværs af lægefaglige specialer og beskyttelse af miskreditering, fordi hun negligerer helhedsperspektivet og omdefinere Tims fysiske helbred ind i en psykologisk

forståelsesramme. Dette understøttes tillige af, at Rita, jfr. afsnit 6.2.3, i et journalnotat beskriver Tims vægtøgning, som forårsaget af den medicinske behandling for lungesygdommen.

Samspilsmønstret kan ligesom i det foregående Jeppe-Jette-eksempel anskues som en form for prokronisme. Det prokronistiske samspilsmønster består her i, at de konventionelle muligheder og løsningsforslag om nutidig indsats for rygestopindsats og efterfølgende lungetransplantation forkastes og transformeres til mental træning af psykologiske færdigheder. I stedet for at de interaktionelle fremtids-forestillinger omhandlede hospice, begravelse og testamente, kunne de omhandle ”vejen hen til” et rygeophør, en lungetransplantation og efterfølgende et forventeligt liv med både en fysisk og psykisk bedring. I stedet dannes en nutidig illusorisk virkelighed af, at de fysisk helbredsrelaterede problematikker i et fremtidsperspektiv kun kan udvikle sig med negativ progression, og en nutidigt illusorisk ”som om”-forestilling om, at arbejdet med bedring af det fysiske helbred ikke kan forenes med indsats rettet mod, at Tim oplever sig mindre belastet samt bevarelse af den gode relation.

I artiklen ”Time-framing and health risks” problematiseres, hvordan mennesker med svære psykiske lidelser pga. angst-problematikker er passive omkring tidshåndtering og fremtidsplaner i relation til håndtering af fysisk helbred (Brown, Heyman, & Alaszewski, 2013: 481). Forklaringen med, at passivitet ift. fremtidsorientering skyldes angst, kan muligvis også være et aspekt i Rita-Tim-samspillet, men kan ikke stå alene. Rita-Tim-samspillet illustrerer, hvordan den passive tilgang til en bedret fremtid også kan bunde i interaktionel omdefinering af problematikken, hvor fagprofessionelle undlader at intervenere fremtidsorienteret, men i stedet aktivt bidrager til i nutiden at transformere problemet til et vilkår, som dermed bremser et potentielt konstruktivt forandringsrum. Argumentet om at beskytte relationen og indirekte beskytte psykiater-positioneringen, som spores tilbage til psykiater-perspektiveringerne i Subcase I-delstudiet, svarer også til udøvelse af det, som Brown et al. (2013) beskriver som ”defensiv praksis”, hvilket kendetegnes ved, når fagprofessionelle underminerer effektiv pleje og behandling (Brown et al., 2013: 483).

Uge- og månedsplanlægning – som illusorisk forandringsstrategi

I det tredje eksempel på illusorisk tidsforskydelses-samspilsmønstre vender vi igen tilbage til Hjalte og hans samspil med casemanager Sanne. At især Hjalte-Sanne-dyaden er fremtrædende i mine analyser, tilskriver jeg, at Hjalte er den af de seks patienter, der i største omfang åbenlys og mere vedholdende forsøger at få fagprofessionel støtte til fysisk helbredshåndtering. Dyaden bliver dermed repræsentant for tydeligere modsætningforhold mellem, hvordan fysisk helbredshåndtering defineres og forhandles i patient-fagprofessionel-samspilssituationerne. Som det er beskrevet i afsnit 6.2.7, er det almindeligt, at Hjaltes fysiske helbredsforhold dagsordensættes. Til at håndtere og kommunikere med Sanne om sine ønsker og udfordringer med sine uge- og månedsplaner ift. økonomi, madindkøb og motion, har Hjalte ofte, forinden Sanne

ankommer til hans lejlighed, udarbejdet et forslag til en plan for, hvordan han skal sikre sig at have økonomi til mad og madindkøb i den kommende periode. Planen er skrevet på et stykke papir, som han præsenterer for hende, og som de taler ud fra under mødet. Selvom interaktioner om Hjaltes fremadrettede planer har fundet sted over en lang periode, og intentionen er at forbedre Hjaltes vilkår ift. at forvalte sit hverdagsliv, er det et tiltag, der reelt ikke hjælper på hans generelle fastlåste økonomi- og madsituation, hvilket følgende citat fra et postsituationelt interview med Hjalte også beskriver:

Sanne, nu har hun kendt mig i 3-4 år, og stort set hele tiden har jeg spist færdig-pizza [...] Så på en eller anden måde, så kan jeg sagtens sidde og dø af sult lige foran øjnene på hende, og uden at hun kan gøre noget og sige, det er mit eget valg - hun kan ikke rigtig gøre noget.

Det bemærkelsesværdige er, hvordan dette samspil om planlægningsarbejde har stået på meget længe og ikke har ændret på det faktum, at Hjalte fortsat overvejende ved alle måltider lever af ensidig kost og ”færdig-pizza”. Udfordringerne med at løse den klokkemæssige fordeling af Hjaltes uge- og månedsaktiviteter er, at få ønskede fremtidsplaner om at kunne have en hverdag med sunde motions- og spisevaner til at gå op i en højere enhed og blive til realiteter. Fremtidsplaner er ifølge Scott (2009) en måde at skabe orden og struktur på, og det indholdsmæssige i disse fremtidsplaner kan tillige bidrage til at kropsliggøre ideen om at følge nogle bestemte regler (Scott, 2009: 71). Dette stemmer også overens med, hvordan Sanne backstage fra samspilssituationerne anskuer hendes interaktioner med Hjalte omkring fremadrettede planer:

Den der tidshorizont med, hvornår noget bliver bedre, den bliver kortere og kortere, kan jeg jo se. For år tilbage, der var det et år frem i tiden, til eksempelvis februar næste år, så er ”jeg er ovenpå”. Tidshorizonten bliver kortere og kortere”, og nu går der måske en måned eller to måneder mere, og hvor han kan se, at han kommer ovenpå, og at han kan begynde at leve sundt.

Trods disse planer giver mening for Sanne, og hvor hun også ser progression og en konstruktiv udvikling, er der en diskrepans, idet Hjalte ikke kan identificere samme fremskridt. Dette fremgår af følgende samspilssekvens med Sanne, hvor han forsøger at problematisere dette:

Hjalte: Min plan er at gøre min mor glad og gøre mig glad og at få det til at hænge sammen med at bo her for 2000 kr om måneden og spise, træne og ryge [red. hash-rygning] for 500 kr mv. - og så har jeg endda lommepenge til at købe snolder for. Men jeg har jo ikke prøvet det, men jeg skal nok have prøvet det minimum i 3 måneder, før jeg kan give et realistisk bud på, om det er realistisk, og efter et halvt år vil jeg kunne give et endnu mere realistisk billede - fordi nu er det bare på papir, og det er altid lettere at få tingene til at hænge sammen på papir og...

Sanne: Men det er jo der, det starter.

Hjalte: Jeg har prøvet det her i 7 år.

Sanne: Ja (hyder optimistisk).

Hjalte: Det bliver svært, og det bliver et helvede, og jeg er ligeså bange, som hvis jeg skulle i krig [...] og min moral den er nede, den siger lige nu, hvorfor, det er jo meningsløst.

Sanne: Du skal nok finde den igen, du har jo gjort det før [...] du kender rumlen.

Ifølge min fortolkning er Hjalte, trods hans forsøg på at undslippe, presset til at forblive i dette illusoriske samspilsmønster. Trods Hjaltes beskrivelser af angst og frustrationer over den fastlåste situation han oplever med omfattende erfaringer fra fortiden med ikke-indfrie fremtidsplaner, indikerer Sanne en stålfasthed og optimisme i, at det er vigtigt, at han fortsat laver disse planer. Sanne bidrager således til et fastholdende interaktionsmønster, hvor det er meningsfuldt at "lade som om", at papirplanlægningsarbejdet fortsat er den rette vej i relation til fremadrettet forbedring af Hjaltes vilkår. I stedet for at klatre Sanne for ikke at hjælpe ham ud af det for ham ufordelagtige mønster, der har stået på meget længe, bliver problematikken centreret omkring, at "moralen er nede", hvilket også afspejler den føromtalt bagvedliggende selvansvarliggørelses-teknik.

Som led i enten at opmuntre Hjalte, eller fordi Sanne muligvis ikke aktivt reflekterer over Hjaltes situation, eller fordi hun ligesom psykiater i det foregående afsnit håndterer situationen med som-om interaktioner, introducerer hun også en løsning for ham, som aktuelt er irrelevant, og som han håndterer med inddragelse af formildende humor:

Sanne: Jeg kom til at tænke på, at man kan få en app med madspild, hvor man kan få ideer til, hvordan man kan udnytte sin mad, hvis man har rester af et eller andet. Det svarer lidt til, jeg tror, det er Karolines køkken, hvor man kan finde ud af, hvis fx man har noget fars, noget rød peber og noget fløde, hvad kan man lave ud af det? og så kommer der en opskrift, og det er også fint ift. madspild, og det er jo både praktisk og økonomisk forsvarligt, og også ift. til miljøet er det jo oppe i tiden, jeg tror den bedder madspild.

Hjalte: Ja - der findes køleskabe, der kan gøre det også, og så kan den bare scanne, hvad der er i køleskabet, og kommer med forslag til opskrifter, "nå jeg kan se, du har det og det" [...] men det er også lidt svært, fordi den kan jo ikke se, hvor meget mælk, der er, og hvor mange æg.

Sanne: Og så mangler der bare, at der går bud ned til købmanden, og (ler) de så kommer og leverer det, der skal bruges

I stedet for at blive vred, hvilket kunne være en naturlig reaktion over Sannes illusoriske forslag, vælger Hjalte i situationen at gøre det til en komisk situation og fantaserer videre i Sannes spor. Dette stemmer overens med Goffmans (2009) pointe om, at

stigmatiserede personer tilstræber at gøre det nemt for andre ved at begrænse sin påtrængenhed og at kende sin plads i det normative dilemma imellem afvigelser og konformitet i identitetsforhandlingerne som del af "indtryksstyringens kunst" (Goffman, 2009: 169-170). Hjaltes reaktion på Sanne's forslag om en mad-app, hvilket fremkommer i det efterfølgende postsituationelle interview bliver:

Jeg er bare ikke der, hvor jeg har pengene til det og bysten til det og tiden til det, og jeg har ikke et køkken fyldt med mad, så jeg har ikke noget stort behov for at gå op i mit madspild, fordi jeg har ikke noget madspild [...] og jeg har ikke engang prøvet at købe for de der 2000 kr. endnu, så jeg ved ikke engang hvad for en form for madspild, jeg ville have, men 75% af tiden i de her 4 år der har jeg været på færdig-pizzeriaer.

Ligesom samspilsmønstret i de før præsenterede prokronistiske samspilsmønstre i Tim-Rita- og Jeppe-Jette-dyaderne, ser jeg også dette som prokronistisk. Det består her i, at der kontinuerligt i samspillet indgår forestillinger om, at Hjaltes fremtidige situation med økonomi og mad virkeliggøres af i nutiden at "lade som om", at samtaler om en illusorisk nutid vil blive til virkelighed i fremtiden. Under overfladen kan meningen bag, at Sanne fastholder dette samspilsmønster, trods Hjaltes opfattelse af det som meningsløst, skyldes, at Sanne grundlæggende identificerer sig med at være uden for indflydelses-horisonten, eller at Hjaltes bagvedliggende intentioner om bedre styr på tilværelsen for Sanne udgør urealistiske fantasier om fremtiden (Ehn & Löfgren, 2010: 197).

Planlægningsarbejdet i sig selv kunne indikere en samspilsorienteret opmærksomhed rettet mod en potentielt bedre fremtid og kunne være aspekter af fremtidshåb. Idet Sanne synes at fastholde Hjalte i planlægningsarbejdet, trods hans tydelige fortidserfaringer med, at hans situation ikke bedres af dette, kan det ses som en fastholelse i en koloniseret illusorisk nutid med et udlejret handlingspotentiale i relation til et fremtidsscenario om bedring. På den måde kan samspilsmønstret i mødet mellem Hjalte og Sanne tillige identificeres som enten et undertrykkende tidsforskydelses-samspil, eller som et samspil, der dækker over ligegyldighed og/eller håbløshed. Dette svarer samlet set også til den fortolkning, at Sanne, ligesom psykiater over for Jeppe, anvender illusion-making som et instrument til at kunne distancere sig og agerer robotagtigt for evt. at undgå smertelige negative følelser.

Som alternativ til det udlejrede handlingspotentiale i relation til indfrielse af fremtidsdrømme kunne en prokronistisk tidsforskydnings-interaktions-strategi ud over håbløshed også indeholde håb ud fra et forestillet indlejret aktivt handlingspotentiale for fremtidig realisering. Dette kunne bl.a. omhandle det såkaldte "håb-arbejde", hvilket er et begreb, der omfavner, at indhold i samtaler om fremtiden kan give mening i en form af en fiktiv nutidig tilstand, der vil føre til virkeliggørelse i fremtiden (Johansen, 2014: 135). Når der i stedet for håb-arbejde anvendes illusions-samspilsmønstre, kan

det implicit handle om, at håbarhedets skrøbelighed undgås for at forebygge at risikere ansatser til fortvivlelse (Johansen, 2014: 143).

Ifølge artiklen "Futility in the practice of community psychiatry" af Brodwin (2011) er det ikke ualmindeligt at ACT-fagprofessionelle oplever formålsløshed. Dette viser sig bl.a., når personalet konfronteres med begrænsninger i målsætningsarbejdet, og fordi patienters liv opleves som værende domineret af en negativ spiral. Når arbejdet med at udarbejde behandlingsplaner o.l. forudsætter konstruktive forestillinger om patienternes fremtid og fremgang, kan det skabe frustrationer, fordi casemanagers anser deres opgave som at støtte frem for at gøre rask. Ydermere vurderes succes ikke at skulle måles på fremgang, men overlevelse og på, hvorvidt patienterne holdes væk fra hospitalsindlæggelse og udviser "engagement" ved regelmæssigt at mødes med casemanager (P. Brodwin, 2011: 201). Indsatsen retfærdiggøres i nuet af, at forestillinger om patienternes fremtid uden en ACT-indsats ville være værre, og disse korttids-perspektiver gør professionelle sårbare over for demoralisering. Når der ifølge Brodwin (2011) blandt personale i ACT-team-kontekst opleves et gab mellem identificering af forbedringstiltag og/eller resultater og den konkrete praksis, kan det håndteres med sort humor, sarkasme og kynisme. Dette dækker over bagvedliggende følelser af formålsløshed og fremmedgørelse, men som de fleste fagprofessionelle dog ikke oplever eller undgår ved, at de omfortolker tidshorisonten (Brodwin, 2011: 203-204).

Med Brodwin's (2011) pointer kan de tre samspilsmønstre præsenteret ovenfor, samlet set også være udtryk for fagprofessionelles håndtering af frustrationer og håbløshedsfølelser, der kommer til udtryk frønstage ved illusoriske og tidsforskydende samspilsmønstre. Dette understøttes også af, hvordan fysisk helbredshåndtering i øvrigt defineres i både Subcase I og Subcase II delanalyserne.

Opsummering på "som om"-interaktioner

Gennemgående træk for de tre dyade-samspil-situationer er i min tolkning, at forudsætninger for effektivering af konstruktive fremtidsplaner i relation til fysisk helbredshåndtering forbliver fraværende. Dette betyder, at der skabes fælles nutidige illusoriske meninger og meningstilblivelser, hvormed der undlades at interagere omkring de mere eller mindre gennemgribende usikkerhedsprocesser, der er forbundet med at skulle forholde sig aktivt til fremtiden i nutiden (Brown et al., 2013). Ifølge Hochschild (2012) er problemet med illusion-making, at det skaber barrierer for refleksioner (Hochschild, 2012: 45). Dermed forhindres interaktionspotentialet, som en aktivt medierende ressource, i relation til fysisk helbredshåndtering.

Fra de tre delanalyser demonstreres samspilsmønstre, hvor den nutidige virkelighed marginaliseres og transformeres til fremtidig tidsforskydnings-dimensionerede virkeligheds-illusioner. Dette opsummeres i oversigtstabellen nedenfor.

Tidsforskydnings-subjekt	Jeppe	Tim	Hjalte
Problematik:	Fravær af motion i relation til vægtøgning	Fravær af rygeophørsindsats trods udsigt til lungetransplantation	Fravær af progression ved fastlåst fremtidsplanlægning
Nutidig illusorisk problemløsning:	Forestillingen om, at Jeppe motionerer	Mental træning i at abstrahere fra fysisk sygdoms-symptomer	Planlægning transformerer fremadrettet bedre økonomi
Fagprofessionel-incidenter	Psykiater-rettet stigmatiseringsforebyggelse	Fastholde ”den gode relation”, herunder mindske belastninger	Sløring af casemanager-håbløsheds-følelser
Patient-incidenter	Patient-rettet stigmatiseringsforebyggelse	Fastholde ”den gode relation”	Fastholde ”den gode relation”

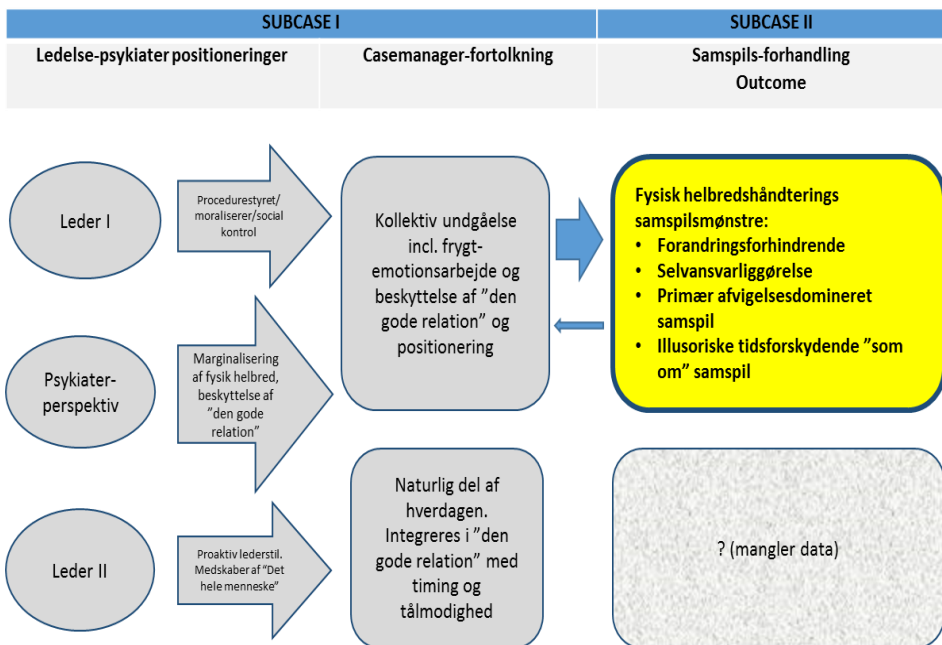
Tabel 19 Tidsforskydende samspilsmønstre

Af tabel 19 fremgår ligheder og forskelle på, hvad der tidsforskydes, og hvilke bagvedliggende incitamenter, der især viser sig i de tre samspilssituationer. Når den tentative fremtidsorienterede begivenhed konstrueres og virkeliggøres som en illusorisk nutidig begivenhed, bidrager det med forklaringer på, hvorfor fysisk helbredshåndtering koloniseres som enten fortidige vilkår, der ikke kan manipuleres med, eller som illusoriske fremtidsperspektiver. Jo mere denne dynamik finder sted, jo mere akkumuleres fysiske helbredsrelaterede problematikker over klokketid, hvilket også stemmer overens med den metaforisk beskrivelse af drivtømmer, der hober sig op i en flods indsnævring, hvis og når der ikke gribes ind. Dermed afspejler denne analyse også, hvordan de identificerede samspilsmønstre, domineret af afvigelses samspilsmønstre med tidsforskydninger og illusion-making, udgør et genkendeligt produkt af, hvordan fysisk helbredshåndtering i øvrigt i den psykiatrifaglige arena og verdener er et mindre prioriteret indsatsområde. Nedenfor i afsnit 6.5 præsenteres Subcase II analysens delkonklusionen.

6.5. Delkonklusion patient-fagprofessionel samspil

Konkluderende indeholder denne analyse svarene på henholdsvis forskningsspørgsmål to og tre om, hvordan fysisk helbredshåndtering indgår i patient-fagprofessionel-samspilssituationer, og hvordan disse samspilssituationer afspejler handlerum og handlemuligheder i forhold til fysisk helbredshåndtering.

Indledningsvist og som illustration af, hvordan resultaterne i Subcase II skal ses i lyset af resultaterne fra Subcase I-analysen, præsenteres figur 11 nedenfor. Det er en samlet grafisk oversigt over, hvordan fysisk helbredshåndtering defineres og giver mening i konkrete samspilssituationer mellem patient og fagprofessionel (den gule firkant).



Figur 11 Grafisk præsentation af Subcase II analysens resultater

Figuren illustrerer, hvordan ledelses⁵⁸- og psykiater-perspektiver, som repræsentanter for øverste lag i psykiatriens magthierarki, genfindes i, hvordan fysisk helbredshåndtering diffunderer ned gennem psykiatrienaen til både OP-teams og casemanager-patient sociale verdenerne. De samspilmønstre, der viser sig i Subcase II-analysen, kan tilsvarende anskues som transformationer af psykiatrinstitutionelle

⁵⁸ Selvom figuren og analyser umiddelbart indikerer, at L1-lederstilen kunne have større indflydelse på OP-team A og C end L2-lederstilen, kan disse sammenhænge kun delvist verificeres. Som omtalt i kapitel 3 har der dels foregået ledelsesmæssige omrokeringer før og undervejs i datagenereringsprocessen, og dels indgår der ikke Subcase II samspilsdatamateriale til sammenligning fra alle OP-teams.

ledelses-psykiaterperspektiveringer, men også som spejlinger af mere generelle samfundsdiskurser, der omhandler stigmatiseringer i forbindelse med psykisk sygdom og individualiseringsdiskurser i relation til helbred, sund og usund levevis. Som tidligere beskrevet og også angivet i figur 11, indeholder analysen ikke samspilmønstre fra OP-team B. Dette kan potentielt afspejle et i analysen mere negativt billede af praksis end virkeligheden, idet OP-team B, jfr. Subcase I analysen, perspektiverer fysisk helbredshåndtering mere positivt end de to andre OP-teams. Resultaterne af analysen beskriver dermed nogle *interaktionelle barrierer* for konstruktiv fysisk helbredshåndteringspraksis.

Nedenfor uddyber jeg de analyseresultater, der fremgår af figur 11, og som samtidigt udgør besvarelsen af henholdsvis det andet forskningsspørgsmål om, *hvordan fysisk helbredshåndtering indgår i patient-fagprofessionel-samspillet*, afsnit 6.5.1, og det tredje forskningsspørgsmål, der omhandler, *hvordan samspilssituationer afspejler handlerum for fysisk helbredshåndtering*, afsnit 6.5.2.

6.5.1 Fysisk helbredshåndterings samspilmønstre

Patienter og fagprofessionelle i OP-team-regi mødes og interagerer relativt hyppigt med hinanden og over et meget langstrakt forløb på flere år. Tilsvarende at de inkluderede OP-teams i Subcase II analysen (OP-team A og C), jfr. resultater fra Subcase I-analysen, overordnet set har negative og reaktive perspektiveringer på fysisk helbredshåndtering, domineres de konkrete samspilmønstre også af dette. Gennemgående indeholder samspilssituationerne sociale reguleringsmekanismer, der enten sikrer negligering, nedjustering eller tranformering af mere eller mindre dominerende fysisk helbredsrelaterede problemstillinger. Dette mønster er fremtrædende, på trods af at alle patienter tidligere har gennemført relativt omfattende helbredsrelaterede forandringer og i enten frontstage eller backstage samspilssituationer, også giver udtryk for fortsatte fysisk helbredsrelaterede forandringsønsker. De fire fysisk helbredsrelaterede samspilmønstre, jeg fremanalyserer, er:

- 1) *Forandringsforhindrende samspil* – patientgruppen udelukkes fra adgang til aktivt involverende fagprofessionelle
- 2) *Selvansvarlighedsforståelse samspil* - patientgruppen identificeres med afsæt i en institutionel selvansvarlighedsforståelse og illusorisk normalitet.
- 3) *Primært afvigelsesdomineret samspil* - fysiske helbredsproblemer defineres som del af psykisk sygdom identifikation som et primært afvigelsestræk
- 4) *Tidsforskydende "som om" samspil* – fysiske helbredsproblemstillinger koloniseres som nutidige ikke-foranderlige vilkår

Nedenfor uddybes disse samspilmønstre i en opsummerende version:

Ad 1 Forandringsforhindrende samspil

Det overvejende billede fra Subcase II-analyserne er, at patientgruppen har ønsker om at forbedre deres fysiske helbred, men at fagprofessionelle umiddelbart ikke involverer sig som medansvarlige i at skabe konstruktive forandringer. Selvom ”den gode relation” generelt set tillægges stor værdi, tillægges det relationelle aspekt i håndtering af patienternes fysiske helbredsproblematikker ikke stor værdi, og det er gennemgående, at fysiske helbredsproblemer identificeres som et normalt aspekt af psykisk sygdoms billede.

Når der bliver gjort forsøg på at forandre den sociale orden mhp. initiativtagning til fremadrettet bedring af det fysiske helbred, er det i de indsamlede data/undersøgte eksempler altid patient-initieret. Til forskel fra studiet af Carson et al. (2010) - jfr. kapitel 2, viser dette casestudie derimod, at der *kan* være patient-initierede initiativer til interaktioner om fysisk helbred, men at de ikke understøttes af fagprofessionelle. Tværtimod genetableres den individualiserede sociale orden i form af, at patienterne fastholdes i en passiverende og indimellem tilnærmelsesvis underdanig positionering. Forsøg på som patient at overskride og bevæge sig fra en marginaliseret position til en mere inkluderet og aktiv position forhindres, hvilket bl.a. eksemplet med forhandling om adgang til lægecheck mellem Hjalte og Sanne i afsnit 6.3.3 er et eksempel på.

Ad 2 Selvansvarliggørelses samspil

Patienter defineres kontinuerligt som selvansvarlige for både status og evt. fremadrettede initiativer i relation til deres fysiske helbred. Når fysisk helbredshåndtering defineres som en individualiseret selv-ansvarligheds problemstilling frem for en problemstilling der kræver fagprofessionel-involvering, bliver fagprofessionelles betydning for konstruktiv udvikling og støtte samtidig nedskaleret eller marginaliseret. Dette formodes at føre til den konsekvens, at der ikke skabes rammer for udvikling af institutionelle konstruktive sociale regler og normer for, hvordan fysisk helbredshåndtering kunne være et aspekt af kollektiv og gensidig praksisudøvelse. Potentielt forandrende samspilmønstre elimineres og definitioner af fysiske helbredsproblemer domineres formodentlig af generelle samfundsdiskurser om selvansvarlighed, hvormed fysisk helbredshåndtering implicit og ureflekeret bliver et intrapersonelt anliggende.

Ad 3 Primært afvigelsesdomineret samspil

I forvejen positioneres patientgruppen i samspilssituationerne overvejende som afvigende i kategoriseringerne som psykisk syge. Når fysisk helbredsrelaterede problemstillinger identificeres som forudsigelige og som mere eller mindre uundgåelige konsekvenser af den psykiske sygdom, dannes det primære afvigelsesdominerede samspilmønster. Når fysisk helbredsrelaterede problemstillinger sættes på dagsordenen, positioneres patientgruppen på én gang i en inferior rolle som dysfunktionel og inkompetent, men tillægges samtidig en illusorisk normalitet, der identificerer patientgruppen inden for selvansvarlighedsdiskursen i relation til fysisk

helbredsrelaterede problemstillinger. I takt med selvansvarliggørelsen delegitimeres almindeligt anerkendte skizofrenirelaterede dysfunktioner som fx nedsat initiativ, manglende engagement og social tilbagetrækning (Nordentoft & Vandberg, 2017: 299).

Det betyder, at fortids og nutids fysiologiske og biologiske kropssignaler transformeres eller koloniseres til irrelevante aspekter i de nutidige patient-fagprofessionel-interaktioner. Patientkroppe indgår på én gang i samspilssituationerne som både fysisk nutidige tilstedeværende subjekter, som "krops-selver" i interaktionerne og som historiske objekter, der som backstage fænomener i frontstage situationer, signalerer forskellige stadier i patienternes fysisk helbredsrelaterede udviklingsforløb. De biologiske/fysiologiske kroppe forsøges kontinuerligt transformeret ved profetidominerende interaktioner, præget af fagprofessionelles negative forudsigelses reaktioner, der definerer patientgruppen som selvansvarlig men forventeligt inkompetente individer. Disse interaktionsmønstre bygger på forvrængede definitioner af virkeligheden - herunder, at positive fysiske helbredsforandringer ikke er mulige ved samtidig psykisk sygdom. Dette falske grundlag bliver udslagsgivende for, at patienter på mere eller mindre subtil facon ved en institutionel diskriminerende overbeskyttelse, sanktioneres eller adskilles fra adgang til proaktiv fagprofessionel støtte og behandling i eget regi eller i det øvrige sundhedsvæsen.

Ad 4 Tidshorskydende "som om" samspil

Som et aspekt af det afvigelsesdominerende samspilsmønster, omtalt under pkt. 3, indgår også et kombineret tidsdimensionelt og "illusion-making" aspekt. Samspilsmønstret betyder, at patientgruppen indgår i et tidshorskydende "som om" samspilsmønster, hvor deres fysiske helbredsrelaterede problemstillinger transformeres til ikke-forandringmulige nutids- eller fremtidsscenerier. Dette får den konsekvens, at sociale reguleringer af krop og kropstid forbliver fraværende eller ophæves og i stedet erstattes med illusoriske samspilprocesser, hvor den fysiske krop implicit objektiviseres som et uforanderligt vilkår, eller hvor patientgruppen sidestilles med ikke-psykisk syge som selvansvarlige mennesker, der pådrager sig selvforskyldte fysiske helbredsproblemer. Patient-casemanager-samspilsmønstrene kendetegnes ved, at nærværende og mere eller mindre synlige fysiske helbredsproblematikker enten nedjusteres eller transformeres til stereotypificerede afvigende kroppe af psykologisk selvansvarlige patienter, eller som helbredsproblemer, der koloniseres som uforanderlige fortids- eller fremtidsproblemer.

6.5.2 Fysisk helbredshåndterings handlerum

Ved besvarelse af forskningsspørgsmål tre om, hvorvidt patient-fagprofessionel-samspil bidrager til handlerum og handlemuligheder, er det korte svar, at patientgruppens fysiske helbredsproblematikker hverken helt eller delvist bliver løst af den indsats, som patienterne tilbydes i de to OP-teams, som jeg har fulgt. I stedet for en proaktiv involvering forbliver fysisk helbredshåndtering i patient-fagprofessionel

samspilssituationerne et reaktivt samspilsmønster med fravær af fagprofessionelt aktivt medierende ressourcer, hvilket forhindrer et potentielt konstruktivt handlerum for forandringsmuligheder i relation til fysisk helbredshåndtering.

For patientgruppen resulterer dette samspilsmønster i, at de på forskellig vis separeres fra interaktionspotentialet i, at kunne indgå i et konstruktivt samspil omkring fysisk helbredshåndteringsudvikling med de fagprofessionelle. Mere konkret fastholdes patientgruppens kroppe som fysisk/biologisk/fysiologisk subjekt for det forandringsforhindrende samspilsmønster. Det betyder, at kroppe i samspilssituationerne indgår i de fremanalyserede samspilsmønstre i 6.5.1 og dermed separeres fra adgang til konstruktive handlemuligheder, der potentielt kunne initieres i samspilssituationerne med de fagprofessionelle. Dette får den konsekvens, at sociale reguleringer af krop og kropstid er fraværende. I stedet objektiviseres patientkroppene i en fastlåst position, hvor de identificeres som enten et ikke-foranderligt vilkår og et intrapersonelt anliggende (selvansvarlighed) som forventligt afvigende (normalisering) og konsekvens af psykisk sygdom, transformeres til psykologiske dysfunktionaliteter og/eller koloniseres som illusoriske ikke-foranderlige fortids-eller fremtidsproblemer.

Samlet set består fysisk helbredshåndtering af fastholdende og dermed forandringsforhindrende handlerum. Selvom fremtiden umiddelbart tilskrives værdi, fordi den dagsordensættes på forskellig vis, så udtrykker samspilsmønstrene generelt set en form for devaluering af patientgruppen og deres fremtid, idet patientgruppen på en måde overordnet set ”forføres” til ikke-håndterbar selvansvaliggørelse. Dette på trods af, at der potentielt kunne være samspilsmønstre med konsensus om gensidighed og fælles ansvar *mellem* patienter og fagprofessionelle om at prioritere handlerum for fysisk helbredshåndtering.

Samlet set kan de identificerede samspilsmønstre også betragtes som stigmatisering. Ifølge Link og Phelan (2006) kan stigmatisering være fremtrædende i form af separation fra deltagelse, hvilket i sig selv kan bidrage til helbredsforværring (Link & Phelan, 2006). Ud over at stigmatisering og afvigelsesmønstre i sig selv har negativ indflydelse på helbred, er det også problematisk, at patientgruppen udsættes for strukturelle stigmatiserings konsekvenser. Konsekvenserne er, at patientgruppen forhindres adgang til medierende fagprofessionel-ressourcer - herunder konventionelle menneskerettighedsnormer om lige adgang til behandling i sundhedsvæsenet og muligheder i relation til håndtering af fysiske helbredsproblemer.

Ifølge Nash (2014) og Hultsjö (2012, 2013) har stigma og diagnostic overshadowing-problemer også den konsekvens, at der sker forsinkelser i behandlingen, hvilket kan medføre dårligere prognose, øget udsathed i forhold til ubehandlede sygdomme og udvidede associerede komplikationer. Således kan alle seks patienters fysiske helbredssituation og deres interaktioner med deres respektive fagprofessionelle over tid være udtryk for netop denne udviklingstendens. De seks dyader repræsenterer

forskellige stadier i patienternes forløb med psykisk og fysisk sygdoms- comorbiditet. Uanset hvor fremtrædende de fysiske helbredsrelaterede problemstillinger er, så indeholder samspillet ikke konstruktiv interaktionel gensidighed i forhold til at bremse en negativ udvikling.

I forlængelse af henholdsvis Subcase I og II-analyserne vil jeg i det følgende kapitel diskutere udvalgte aspekter fra undersøgelsen i et lidt bredere perspektiv. Diskussionen vil dels indeholde refleksioner over afhandlingens valg af anvendte metoder og dels omhandle, hvordan fysisk helbredshåndterings-samspilsmønstrene også er udtryk for en paradoksalt patientpositionering med begrænset eller ingen indflydelse på eget behandlingsforløb, og at den overvejende defensive tilgang også kan være udtryk for at institutionelle behov får større indflydelse på praksis end patientrettede behov.

Kapitel 7. Diskussion

7.1. Indledning

På baggrund af centrale elementer, som jeg vurderer har særlig betydning for gennemførelse og resultaterne af dette casestudie, vil jeg nedenfor diskutere følgende tre emner: valg af design og metoder (afsnit 7.2), patientgruppens manglende magt og indflydelsesmuligheder (afsnit 7.3) og endelig temaet omkring den psykiatrikulturelle styring af, hvordan fysisk helbredshåndtering defineres og integreres i samspillet med patientgruppen (afsnit 7.4).

7.2. Refleksioner over design og metodevalg

Ambitionen med det valgte casestudiedesign har været, at studiets resultater skal bidrage med viden, der kan bidrage til at løse empiriske problemstillinger omkring fænomenet fysisk helbredshåndtering, og herunder besvarer de tre stillede forskningsspørgsmål. Hvorvidt det har været et velvalgt design og metoder, bliver det styrende spørgsmål for, hvad afsnittet nedenfor omhandler.

Symbolsk interaktionisme og situationel analysestrategi

Med valget af pragmatisme og symbolsk interaktionisme som det epistemologiske udgangspunkt har jeg kunnet fastholde en åben og sensitiv tilgang til den empiriske verden og med den teoretiske forforståelse, at der eksisterer pluralitet af viden og sandheder, der udspringer af, hvordan situationer opfattes og italesættes. Med dette udgangspunkt har jeg samtidig lagt afstand til den kritik, der ifølge Cornish & Gillespie (2009) kunne være rejst, hvis jeg eksempelvis havde valgt konstruktivisme som det epistemologiske udgangspunkt for min afhandling. En sådan kritik kunne have omhandlet, at jeg havde negligeret sociale handlingers betydning og i for høj grad havde tillagt individers meninger om den empiriske verden sandhedsværdi (lokal viden) (Cornish & Gillespie, 2009). Havde jeg alternativt og til forskel fra situationel analyse ifølge Clarke (2005) ”kun valgt” en Grounded Theory-tilgang, havde jeg kun haft analyser af sociale processer og handlinger og dermed manglet opmærksomheden på den større kompleksitet, som situationer indeholder. Valget af symbolsk interaktionisme og situationel analysestrategi vurderer jeg, har resulteret i nogle analyser med udsigelseskraft, som frembringer umiddelbar usynlig viden men med væsentlige implikationer for praksis.

Som omtalt i indledningen i kapitel 1, problematiserer jeg fysisk helbredshåndtering som en del af oversygeligheds- og overdødelighedsproblemstillingen for mennesker med skizofrenilidelser som en sociologisk problemstilling. Dette har afstedkommet, at analyseresultaterne indeholder viden om, hvordan fysisk helbredshåndtering interaktionelt og situationelt defineres og indgår i patient-fagprofessionel samspil, samt at dette har implikationer for, hvordan der tages hånd om psykiatriske patienters fysiske

helbredsrelaterede problemstillinger i den del af sundhedsvæsenet, som den psykiatriske behandling repræsenterer. Den situationelle tilgang, jeg har anvendt, har eksempelvis bidraget med analyseresultater, der viser, at patienterne ønsker støtte og kan tage initiativ over for casemanager, men at de ikke opnår adgang til konstruktive medierende casemanager-ressourcer. Afhandlingens resultater vidner dermed om, at det er meningsfuldt ikke blot at reducere fysisk helbredshåndtering til en afgrænset medicinsk/biologisk problemstilling eller et strukturelt problem ved måden, sundhedsvæsenet er organiseret på, men at der også indgår kulturelle dynamikker, som er determinerende for fysisk helbred. Casestudie-designet, inkl. anvendelse af flere forskellige trianguleringsstrategier og kvalitative undersøgelses- og analysemetoder, bidrager samlet set med sociologisk viden, som også er en forudsætning for at kunne forstå og løse de relaterede sociale problemstillinger.

Min metodologiske tilgang har også sine svagheder. Udover at symbolsk interaktionisme kritiseres for at ignorere magt-relationelle forhold, hvilket nærmere problematiseres i afsnit 7.3, har selve casestudiedesignet også, som jeg allerede har problematiseret i afsnit 4.4.2, haft den svaghed, at jeg ikke på optimal vis har kunnet sikre intern fortrolighed mellem dyadernes aktører. Dette indikerer dermed, at det kontekstnære patientperspektiv-datamateriale kan være biased. Omvendt vurderes det at have haft en positiv betydning ud fra et nærheds-distance-perspektiv, at jeg har analyser baseret på situationelle forhold i både snæver (Subcase II) og bredere (Subcase I) forstand.

Kritisk case som et strategisk valg

OP-teamene blev, som beskrevet i afsnit 3.5, strategisk valgt som case, herunder med forventninger om at kunne bidrage med mere dybdegående viden end en mere typisk case, som fx et distriktspsykiatrisk ambulatorium, ville kunne generere. I den sammenhæng er det relevant efterfølgende at reflektere over, om det var et godt strategisk valg. De fordele (og ingen ulemper), jeg har identificeret ved at undersøge fysisk helbredshåndteringsfænomenet i OP-team-regi, er følgende:

- Der har været relativt gode muligheder for datagenerering i OP-team-regi pga. intensive patientforløb, herunder hyppige gentagelser af patient-fagprofessionel-interaktioner, der foregår i patienternes hjemmemiljø. Samlet set har OP-team-konteksten bidraget med gode muligheder for, ud over deltagelse i samspilssituationer, at få mere dybdegående kendskab til både fagprofessionelle og patienters hverdagsliv og miljø og dermed opnå viden om, hvordan disse kontekstuelle forhold også har betydning for patient-fagprofessionel-interaktioner.
- Resultater af Subcase II viser, at patientgruppen i OP-team-regi ønsker et så godt fysisk helbred som muligt. Disse ønsker fremkommer blandt både de yngre og lidt ældre patienter i dyaderne og uanset om de i forvejen ikke har deciderede symptomer på somatiske sygdomme eller har relativt omfattende fysiske helbredsrelaterede problemer. Det gennemgående er, at ingen af patienterne har en

klar forventning om, at casemanagers kan give den støtte eller behandling, der skal til, for at de opnår den forandring, de ønsker. Og at fagprofessionelle heller ikke identificerer sig med at være en reel forandringskabende og helbreds-fremmende ressource i patienternes netværk i relation til fysiske helbredsproblemer.

- Selvom patientgruppen i Subcase I-analysen identificeres som ”worst case”-patienter af Team A og C, og som ”de allerdårligste patienter”, er der i samspilssituationerne ikke noget, der indikerer, at fagprofessionelle har nogle intentioner eller forventninger til patienterne, som ikke kan indfries. Reelt er casen dermed kun worst case i forståelsen, at fagprofessionelle *forestiller sig*, at patientgruppen ikke formår at deltage konstruktivt i fysiske helbredshåndterings-interventioner, men at det i ansigt til ansigt-møder med patienterne er de fagprofessionelle, der ikke initierer konstruktive fysisk helbredshåndterings-interaktioner. Ligeledes viser casen også, at de *forestillinger* som casemanagers i OP-team A og C har om, at fysisk helbredshåndtering kan være relationsnedbrydende, ikke nødvendigvis stemmer overens med virkeligheden, idet der ikke fremgår eksempler i de 22 samspilssituationer på, at interaktioner om fysiske helbredshåndtering er ødelæggende for relationerne.
- Er OP-team-patienter blandt de mest eller mindst udsatte i folkesundhedsøjemed? Trods patienterne behandles i det mest intensive psykiatriske ambulante behandlingsforløb i Danmark, er de jfr. resultaterne af Subcase II undersøgelsen tilsyneladende ikke mindre udsat for ulighed i sundhed. Muligvis er de dårligere stillet, fordi 1) fagprofessionelle marginaliserer eller transformerer fysiske helbredsproblemer til et psykisk problem 2) patientgruppen afskæres fra ikke at blive støttet til relevante adgangsveje og/eller relationelle handlerum for fysisk helbredshåndtering 3) casemanagers udgør en forventet vigtig ressource i patienters netværk jfr. værdien om ”den gode relation”, men som reelt kan repræsentere det modsatte ift. konstruktiv fysisk helbredshåndteringspraksis. Fagprofessionelle kan i ”worst case” være en ekstra forhindring for hensigtsmæssig helbredsforandring i forhold til, hvis patienterne *ikke* var tilknyttet OP-team-regi. Fænomenet kan være særlig udtalt netop i OP-team-regi, fordi der implicit i ACT-modellen er en indbygget forventning om, at casemanager agerer helhedsorienteret og har en brobyggerrolle til de støtte- og behandlingsforanstaltninger, som patientgruppen forventes ikke selv at kunne opsøge.
- De undersøgte OP-teams har gennemgående en højere caseload end anbefalet (10-15:1 mod anbefalet max 10:1) og er organiseret med individuel frem for shared caseload. Selvom disse aspekter er udtryk for forringede institutionelle rammer for de respektive behandlingsforløb, vurderes de alligevel i dansk kontekst, at være blandt de bedst mulige ift. psykiatrisk behandling i ambulante regi og casen vurderes fortsat at være en ekstrem case.

ACT-team-konceptet er i Danmark udnævnt til at være en løsning på problemet med manglende sammenhæng i sundhedsvæsenet (Folker et al., 2017). Deri ligger de ydre forventninger til, at OP-teams udgør en helhedsorienteret tilgang til en patientgruppe, der kun er visiteret til dette ressourcekrævende og relative udgiftstunge tilbud, fordi de har en forudgående psykiatrisk sygdomskarriere, der indikerer et omfattende behov for behandling og støtte.

Som omtalt tidligere har de deltagende OP-teams individuel frem for shared caseload. Dette sandsynliggør, at værdien og efterlevelsen af ”den gode relation” måske bliver særlig sårbar, idet den er meget personafhængig. En potentiel frygt for blandt casemanagers at blive identificeret som inkompetente vurderes derfor at kunne være større end i andre institutionelle fortolkninger af ACT-team-modellen. Omvendt, og fordi øvrige kollegaer i disse OP-team-cases generelt ikke har mulighed for ”at kigge hinanden over skuldrene” som ved shared caseload, er fagprofessionelle mindre sårbare end i de ACT-model-teams, hvor de i højere grad er flettet ind i hinandens behandlingstiltag over for de respektive patienter. På den måde kan dette studies fund af fx frygt-emotionsarbejde i analysen af Subcase I forklare, hvor potentielt sårbart det kan være for casemanagers i netop denne case, at blive udpeget og identificeret med fx ”løftet pegefinger” eller ”sundhedsapostel”. Dette aspekt kan derfor være medforklarende ift. en måske stærkere involvering blandt fagprofessionelle i at efterleve normer og regler om udøvelse af ”den gode relation” end fagprofessionelle i andre tilsvarende kontekster. Hvorvidt denne case måske indeholder eksempler på en mere ekstrem marginalisering eller nedprioritering af arbejdet med fysiske helbredsproblematikker end andre ACT-team-sammenhænge, kan således ikke udelukkes.

Praksis-nær forskning som afsæt for vidensbaseret praksis for sårbare grupper

Selvom denne afhandling omhandler, hvordan fysisk helbredshåndtering som fænomen defineres i et meget begrænset behandlingsfelt i den psykiatriske praksis, så vurderes resultaterne at indeholde en analytisk generaliserbarhed, der betyder, at de fremanalyserede perspektiver og samspilsmønstre i større eller mindre omfang forventeligt vil kunne genfindes i andre psykiatri-relaterede kontekster. Et særligt aspekt af dette studie er, at afhandlingen giver patientgruppen en relativ fremtrædende stemme. I artiklen ”Who knows best? Evidence-based practice” af Glasby & Beresford (2006) kritiseres den herskende forståelse for, at ”evidensbaseret praksis” skal bygge på regler og værdier om ”objektivitet”, syntetisering efter evidens-hierarki og systematiske reviews som bedste kvalitet med indbyggede værdier om neutralitet og distance. Ifølge Glasby & Beresfords (2006) er der dermed risiko for, at der potentielt skabes ”false and potentially dangerous view of the world” (Glasby & Beresford, 2006: 271), fordi nærhed til genstandsfeltet undervurderes, og herunder værdien af viden om menneskers erfaringer, holdninger og handlinger. Især problematiserer de, at denne dominerende forskningspraksis ikke giver plads til ”practice wisdom or tacit knowledge” blandt de mest sårbare grupper i samfundet (Glasby & Beresford, 2006: 278). De argumenterer

også for, at forskning inden for social- og sundhedsvæsenets serviceområde i højere grad bør inkludere bruger-perspektiver mhp. at opnå ”vidensbaseret praksis”. Til udførelse af praksisnær forskning, der kan resultere i vidensbaseret praksis, anbefaler de en ikke-distanceret forskning med en så lige social relation mellem forsker og de inkluderede deltagere som muligt (Glasby & Beresford, 2006: 281).

Denne afhandlings design og resultater understøttes af Glasby & Beresfords bekymring om, at distanceret forskningspraksis kan risikere at nå frem til falske slutninger om især udsatte gruppers perspektiver og handlinger. Med resultaterne fra henholdsvis Subcase I og II fremgår der flere eksempler på det betydningsfulde i, at forskning, hvis formål er at generere viden om behandlingspraksis og udsatte patienters erfaringer og perspektiver på den behandling, de indgår i, også fordelagtigt bør tilrettelægges, så datagenerering så vidt muligt foregår på den svage parts premisser. Fx kunne afhandlingen med kun Subcase I's resultater understøtte en sandhedsforståelse af, at patientgruppen i OP-teamene enten ikke magter, ikke forstår eller ikke ønsker fysisk helbredsrelaterede forbedringer i kategoriseringen som ”de allerdårligste patienter”. Subcase II-analyserne giver patientgruppen mere plads og stemme. De i flere sammenhænge almengjorte forestillinger om psykiatriske patienters ønsker, behov og ressourcer, stemmer ifølge Subcase II analysen nødvendigvis ikke overens med virkeligheden set fra et patient- og patient-fagprofessionel samspilsperspektiv.

Undervejs i analyseprocessen af Subcase I og II har jeg sammenholdt undersøgelsesresultater med resultater fra litteraturgennemgangen. Kun i meget begrænset omfang har jeg kunnet genfinde direkte sammenlignelige fund med et tilnærmelsesvis interaktionelt/situationel fokus i andres studier af fysisk helbredshåndtering. Litteraturgennemgangen viser overordnet set, at der forskes i området, men at der er yderst begrænset forskning omkring, hvordan de kulturelle og kontekstuelle forhold har betydning for problemstillingen. Især forskning om psykiaterpraksis eller psykiaterperspektiver på problemstillingen er der meget begrænset viden om. Derfor er mine resultater omkring både psykiater og ledelses-perspektiver på problemstillingen at betragte som enestående fund. Fund, der også har analytisk tyngde ift., at dokumentere disses magtfulde positioneringer, herunder hvordan disse positioneringer i høj grad dagsordensætter og definerer fysisk helbredshåndtering inden for casens ramme iøvrigt. Selvom der er fund fra analyserne i dette studie, som jeg ikke direkte genfinder i litteraturgennemgangen, men kun indirekte, hvilket især omhandler patientperspektiver, så vurderer jeg umiddelbart, at studiets troværdighed og analytiske generaliserbarhed er stor, fordi analyserne dels er baseret på en kritisk case og dels er baseret på datagenerering med omfattende trianguleringsstrategier (jfr. afsnit 3.4.1), der samlet set resulterer i en dybdegående analyse af fænomenet fysisk helbredshåndtering, med relativ omfattende udsigelseskraft.

Udover at tilvejebringe viden om fænomenet fysisk helbredshåndtering tilvejebringes også viden om udfordringer og handlingsanvisninger ved intentioner om praksisnær

forskning, der vægtlægger at generere viden om socialt udsatte og sårbare gruppers perspektiver, erfaringer og handlinger. Risikoen for, at den svage part og dens perspektiver på praksis ikke kommer frem i lyset, er tilstede. Hvis Subcase II i stedet for at undersøge samspilssituationer med fagprofessionelle, ”kun” havde undersøgt patienters perspektiver ved fx interviews omhandlende, hvordan fysisk helbredshåndtering indgår i deres samspil med fagprofessionelle, så ville de afvigelsesrelaterede samspilmønstre, som fremgår af Subcase II-analysen, ikke nødvendigvis være blevet identificeret. Patientgruppen kunne undlade at beskrive negative oplevelser af hensyn til eller af frygt for at blive stillet i et dårligere lys over for fagprofessionelgruppen. Eller patientgruppen kunne, fordi de kunne have vænnet sig til negativt samspilmønster som ”det normale”, måske slet ikke perspektivere samspilmønstret med afvigelsesrelaterede erfaringer, fordi fysiske helbredsproblemer identificeres som aspekt af en generel selvansvarlighedsdiskurs. Endvidere bidrager Subcase I analysen til at belyse, at de fagprofessionel-initierede samspilmønstre i Subcase II, i omfattende grad styres af fagprofessionelles kollektive medlemskab af psykiatri-institutionelle sociale verdener og psykiatriarenaen. Denne praksisnære forskningstilgang bidrager dermed til at tydeliggøre, at trods fagprofessionelles evt. intentioner om at arbejde integritetsfremmende i de undersøgte OP-team A og C og trods ledelsesmæssige og formelle krav, der ”burde efterleves”, så domineres fysisk helbredshåndteringspraksis af fastholdende og ikke-forændrende afvigelsesdominerende interaktioner, der medieres af kategorisering af psykisk sygdom, som et primært og dominerende afvigelsestræk. Andre foromtalte studier angiver som begrundelser for manglende fysisk helbredshåndteringspraksis, at patienter *vægrer sig ved* at lave aftaler (Happell et al., 2012; Nordentoft, 2014; Vanderlip et al., 2014), eller at patienterne er *for passive*, har ”*doktor-træthed*” eller præges af *håbløshed* (Hyland et al., 2003). I nærværende studie er der tilsvarende eksempler på, at patienter ikke tager initiativ, men der findes også flere eksempler på, at de proaktivt forsøger at tage initiativet mhp. at få fagprofessionelles støtte til fysisk helbredshåndtering. Udover at patienterne tager initiativ, viser dette casestudies resultater, at patient-casemanager-forhandlingen resulterer i et negativt udfald i form af, at initiativer forpures. Dette illustrerer, at manglende patient-initiativer i stedet for alene at blive fortolket som fx enten en patientdysfunktion eller en individuel viljesbetinget passivitet, også kan og bør fortolkes mere nuanceret. Som vist i denne afhandlings analyser, kan samspilssituationen indeholde fagprofessionel initieret reaktiv forhindring af patienten i at få adgang til casemanagers ressourcer til at få dækket et konkret behandlingsbehov. Afledt deraf kan man med rette stille spørgsmål ved, hvorvidt patienter, der ikke tager initiativ eller undgår at efterspørge fagprofessionelles hjælp, især undlader dette, fordi de med en vis sandsynlighed kan have gjort sig erfaringer med, at fagprofessionelle i bedste fald afviser at involvere sig og i værste fald udsætter dem for miskrediterende oplevelser.

En forudsætning for øget bevidsthed af et praksisfelt er, at der er tilgængelig viden, herunder at de forskningshuller, som denne afhandling også synliggør i relation til

problemstillingen, mindskes. Den eksisterende forskning på området har dokumenteret, at der på den ene side, som omtalt i kapitel 1, er en oversygelighed og overdødelighed, som er i en forværende udvikling, og på den anden side, at tiltag som fx rådgivning og guidelines i den psykiatriske kontekst i relation til patienters fysiske helbredsproblemer ikke har effekt (Tosh, Clifton, & Bachner, 2011; Tosh, Clifton, Xia, & White, 2014). Selvom Nash (2013) i relation til den eksisterende, men begrænsede, forskning omkring diagnostic overshadowing-fænomenet beskriver, at det er et vanskeligt fænomen at undersøge på mere end et overfladisk niveau, fordi det kræver ”critical examination of peoples attitudes” (Nash, 2013: 25), så mener jeg i denne afhandling at introducere et anvendeligt design. Udover at have undersøgt ”attitudes”, er også praksis og handlingsmønstre undersøgt og ikke kun *forestillinger* om handlinger. Dette har bidraget med opnåelse af viden om fysisk helbredshåndtering, herunder diagnostic overshadowing, i en form, der udspringer direkte fra situationer i den empiriske kontekst, og med tilføjelse af viden om bagvedliggende betingelser og vilkår for, hvorfor det undersøgte fænomen fremtræder, som det gør. Da både fysisk helbredshåndtering og diagnostic overshadowing er kontekst-sensitive fænomener, undersøges de også med fordel ud fra et videnskabsteoretisk og metodologisk udgangspunkt, der tager højde for dette.

Når de resultater, der fremkommer i dette studie, ikke genfindes i andre studier, behøver det ikke være udtryk for, at patienter i andre psykiatri-praksisser ikke forsøger at tage lignende initiativer til at opnå fagprofessionel støtte til fysiske helbredsforandringer. Men alene det, at det ikke identificeres, fordi der ikke anvendes studiedesigns rettet mod at identificere sociale handlingsmønstre, kan være et udtryk for, at den form for praksisnær forskning, fortsat er relativt usædvanlig. Hvor denne afhandling beskriver, hvordan fysisk helbredshåndteringspraksis ud fra et mikrosociologiske og situationelt perspektiv skilddrer, hvordan psykiatriske patienter diskrimineres ift. håndtering af fysisk helbredsrelaterede problemstillinger på de indre linjer i den psykiatriske behandlingspraksis, beskrives det tilsvarende, men ud fra en mere distanceret position med begrebet diagnostic overshadowing. Overordnet set beskrives fænomenet af Thornicroft (2011) og Callard et al. (2012) som *strukturel diskrimination* og kynisk forbigåelse. Henderson et al. (2014) beskriver endvidere, at konsekvenserne af stigmatisering ift. fysisk helbredshåndtering er, at patientgruppen udvikler komplikationer, mangler kvalitet, oplever forsinkelser i behandlingen eller dør (Henderson et al., 2014).

Som dette casestudie indikerer, så kan den ikke-konstruktive tilgang til fysisk helbredshåndtering ikke rettes alene mod hverken patienter som en dysfunktionel gruppe eller casemanagers som en inkompetent fagprofessionel gruppe, men skal derimod betragtes som et multikomplekst problem, hvor resultaterne indikerer, at især ledelse og psykiatere på hver deres måde har en særlig indflydelse på, hvordan fysisk helbredshåndtering prioriteres og udøves i den kliniske praksis mellem casemanagers og patienter. Således hverken kan eller skal problemstillingen alene betragtes som et

spørgsmål om holdninger og/eller manglende uddannelse, men i højere grad som en problemstilling, der efterspørger øget politisk og ledelsesmæssig bevågenhed.

I det følgende afsnit forfølges problemstillingen, der omhandler, hvorfor patientgruppen ikke i højere grad reagerer på, at deres umiddelbart tildelte og anerkendte støtte og behandlingsbehov i OP-team-regi og i relation til fysisk helbredshåndtering bliver til selvansvarliggørelse og profetidominerende interaktioner i stedet for konstruktiv støtte. Hvad kan forklare, hvorfor patient-initiativer sløres eller afmonteres som forandringskabende initiativer i samspilsmønstret? Og hvorfor reagerer patienterne i det hele taget ikke på, at de ikke får den støtte og behandling, de formelt har krav på? Afsnittet nedenfor zoomer mere konkret ind på patienternes manglende magt og handlemuligheder, og i den sammenhæng inddrages aspekter af Giddens strukturteori og specifikt begrebet transformativ kapacitet.

7.3. Patientgruppens manglende magt

Uden at det eksplicit fremgår af analysene, kan fagprofessionelle muligvis, være overbeviste om og identificere sig med, at de arbejder integritetsfremmende ved at udelade, og/eller transformere patienternes fysiske helbredsproblemer til fx psykologiske problemstillinger, hvilket dog ikke altid stemmer overens med patientgruppens samspilserfaringer. Ligesom det fremgår af andre studier, viser Subcase II analysen, at patientgruppen reelt set, dog uden at de udtaler det direkte, på forskellig vis indikerer oplevelser af professionelles måder at interagere omkring fysisk helbredshåndtering på som problematisk. Der kan jfr. andre studier mangle støtte og imødekommenhed fra fagprofessionelle (Johnstone et al., 2009; Kemp et al., 2014), erfaringer med ikke at blive taget alvorligt (Chadwick et al., 2012), oplevelser med fastlåsthed (Wärdig et al., 2013) og/eller erfaringer med splittet social identitet ved fysisk-psykisk comorbiditet oplevelser (Johnstone et al., 2009; Rastad et al., 2014).

Det er nærliggende at stille spørgsmålstejn ved, hvorvidt casen kan anskues som en case af, hvordan psykiatriske patienter passivt eller frivilligt lader sig udsætte for negative interaktionsmønstre og støtte i relation til deres mere eller mindre omfattende fysiske helbredsrelaterede problemstillinger og hvorfor de evt. gør det? Uanset om patientgruppen har ønsker eller behov i relation til at opnå en psykiatrisk behandling, der integrerer og tager hånd om fysiske helbredsrelaterede problemstillinger, så viser analyserne, at patientgruppen ikke er i besiddelse af tilstrækkelig magt eller styring til at opnå en behandling, der modsvarer disse behov eller ønsker, hvilket dette afsnit nærmere vil uddybe.

Normalisering af fysiske helbredsproblemer

Med udgangspunkt i en logik om, at vi først forstår situeret normalitet, når vi kender det unormale i det normale, er det af central betydning, at fysiske helbredsproblemer i patient-fagprofessionel-samspilssituationer udgør et situeret normalt aspekt af, hvordan

psykisk sygdom identificeres. Når der i forskningsojemed i relation til overdødeligheds- og oversygelighedsproblematikken, som kapitel 2 dokumenterer, i omfattende grad fremføres ikke-erfarings- eller fortolknings-baserede data og resultater, kan det i sig selv betragtes som en form for miskreditering af patientgruppen. Et eksempel på dette fremgår i relation til problemstillingen om den akkumulerende fysiske helbredsforværende udviklingsproces ved psykiatiske patienter, som blev omtalt i kapitel 1 og som i studiet af Laursen et al. (2014) omtales som ”accelereret aldring”. Der tages således udgangspunkt i en medicinsk forståelse af, at mennesker med skizofreni dør i en tidligere alder end andre pga. accelererede fysiologiske forandringer (Laursen et al., 2014). Denne forståelsesramme indikerer, at patienternes generelle negative fysiske helbredsrelaterede karriere på forskellig vis normaliseres og identificeres som en biologisk og evt. genetisk problemstilling, der er knyttet til lidelsen og ikke omgivelserne. Pointen er ikke at afvise denne sammenhæng, men at problematisere, når og hvis ”accelereret aldring” står tilbage som den eneste eller den dominerende forklaringsmodel ift. patientgruppens oversygelighed og overdødelighed. Dette er blot et af flere eksempler, der også tidligere er nævnt, at patientgruppens fysiske helbredsproblemer defineres som et aspekt og som en konsekvens af den psykiske sygdom, hvilket også samtidig er med til at definere problemstillingen som et normalt individuelt medicinsk anliggende. Konsekvensen af denne kontinuerlige normalisering af psykiatiske patienters dårligere fysiske helbred er, at den manglende sociale regulering, som denne afhandlings resultater viser, fortsætter, hvilket også kan sidestilles med systemsvigt og herunder manglende efterlevelse af menneskerettigheder om lige adgang til sundhedsvæsenets ydelser.

Selvom der som tidligere nævnt eksisterer formelle regler, der adresserer krav, der skulle efterleves i relation til fysisk helbredshåndtering, som kunne bidrage til mindsning af stigmatisering, efterleves disse regler ikke. Ifølge Link og Phelan (2006) er love og krav redskaber, som kan bruges til at tage brodden af stigma-effekter ved at adressere handlinger, men hvor pointen er, at love og krav nødvendigvis ikke ændrer på de holdninger, som producerer handlinger (Link & Phelan, 2006: 529). Fra et tidsdimensionelt og karriereorienteret perspektiv kan denne normalisering af fysiske helbredsproblemer i den psykiatiske behandlingspraksis afstedkomme, at der ikke alene foregår stigmatiserende interaktioner ud fra et her og nu horisontalt perspektiv. I sammenhæng med at der ikke tages hånd om patienternes fysiske helbredsrelaterede behov over tid, og fordi patienternes fysiske helbredsproblemer ifølge Subcase II-analysen koloniseres som fortids- eller fremtidsfænomener, får det den konsekvens, at patientgruppen kan opnå fysiske helbreds-skader forårsaget af et langstrakt behandlingsforløb, som marginaliserer fysiske helbredsrelaterede problemstillinger. Allerede i en artikel fra 1973 problematiserer Graziano og Fink (1973), at selvom psykiatri-professionerne tidligere er blevet udfordret og kritiseret af bl.a. Goffman, Parsons og Scheff, så er der i den psykiatiske behandling et ensopret fokus på i uddannelseslitteraturen og certificeringssystemet, at der kun kan komme et positivt

outcome ud af den terapeutiske behandling. At der i virkeligheden kan være både et positivt og negativt outcome illustrerer Graziano & Fink (1973) i en model, som gengives nedenfor. Modellen illustrerer deres pointe om, at den terapeutiske relation ikke naturgivent altid og alene fører til et positivt patientrettet forandrings-outcome, men at det relationelle arbejde også kan forårsage et negativt outcome.

Effect	Positive	Negative	Total
First order	A Positive first order	C Negative first order	A+C Total first order effects
Second order	B Positive second order	D Negative, second order	B+D Total secondorder effects
	Total positive effects A+B	Total negative effects C+D	A+B+C+D

Table 18 "Levels and direction of change dimensions" (Graziano & Fink, 1973: 357)

Med patienten som objekt for forandringer, der ”processes” i behandlingsforløbet, opdeler Graziano & Fink (1973) behandlingseffekten⁵⁹ i henholdsvis førsteordens og andenordens positiv eller negativ effekt. *Førsteordens-effekt* betyder, at der er overensstemmelse mellem behandlingsmål og indsats og *andenordens-effekt* omhandler den effekt, behandlingen har, men som er uden for det planlagte og den terapeutiske kontrol. Alle fire scenarier med gensidig antagonistiske positive og negative forandringer lagt sammen definerer det samlede outcome af behandlingsprocessen. Den centrale problemstilling ifølge Graziano & Fink (1973) er, at hvor førsteordens-negativ effekt (C) er sjælden, men oftest opdages og korrigeres, er især negativ andenordens-effekt (D) problematisk, fordi den hverken opdages af behandler eller bliver genstand for forskning. Værdien af negativ andenordens-effekt forbliver således både uklar og kan i komplekse interaktioner, hvis den er stor, være anledningen til reduceret positiv effekt af den samlede behandling (A+B+C+D) (Graziano & Fink, 1973: 362-362). Udover at risikere at indsatser har en forringende effekt på behandlingsoutcome i sig selv, kan det også blive et etisk problem, når og hvis fagprofessionelle ikke er opmærksomme på negativ andenordens-effekt af den terapeutiske behandling og hermed heller ikke forsøger at forebygge eller minimere dette (Graziano & Fink, 1973).

At Graziano & Finks model her inddrages, og at jeg i den sammenhæng ikke har kunnet genfinde nyere litteratur om samme problemstilling, kan i sig selv indikere, som Graziano & Fink også påpeger, at problemstillingen fortsat kan være et tabuiseret

⁵⁹ Jeg angiver her artiklens anvendelse af begrebet effekt, selvom det i denne sammenhæng ikke skal relateres til den traditionelle naturvidenskabelige forståelse som et årsagsvirknings-forhold, men her skal tolkes/anvendes som noget, der har indflydelse på noget andet.

område. Modellen illustrerer, hvordan den psykiatriske behandlingspraksis uforvarende kan forårsage behandlingsskader, når der tages udgangspunkt i en idealsituation, hvor patienter forventes at kunne handle ansvarsfuldt og kontrolleret. Den bidrager her til at synliggøre den problemstilling, at fagprofessionelle i den psykiatriske kontekst kan overse/negligere konsekvensen af, hvis og når praktisering af den terapeutiske relation og herunder at ”den gode relation” bliver et behandlingsmål i sig selv. At patienternes reelle behandlingsbehov såsom fysisk helbredsrelaterede og/eller andre vigtige problemstillinger overses, kan dermed forårsage negative outcomes og dermed afstedføre utilsigtede skader forårsaget af behandlingen. Når og hvis disse negative konsekvenser overses, kan det afstedkomme akkumulerende og accelererende fysiske helbredsrelaterede behandlingsskader over tid.

Negativ andenordens-effekt kan således sidestilles med utilsigtede konsekvenser og fejlbehandling og kan muligvis tillige indeholde elementer af det, som Becker (1967) omtaler som *tabuisering af inkompetence*. Der er tale om en problemstilling, hvor medicinske professioner offentligt tager udgangspunkt i og hævder, at alle er lige kompetente, og samtidig efterstræber, at det for patienter er illegitimt at skulle stille spørgsmål ved denne påstand (Becker, 1967: 5). Uanset psykiatriorganisationens vilje eller kompetencer i relation til at initiere konstruktive fysisk helbredshåndteringsinteraktioner med patientgruppen, og uanset omfanget af, hvor meget patientgruppen ikke modtager den behandling, de har behov for i relation til fysiske helbredsproblemer, er patientgruppen i overvejende grad underlagt regler og normer om ikke at betvivle fagprofessionelles ekspertisepositionering.

Med udgangspunkt i internationale beskrivelser af hvordan ACT-team-konceptet ideelt set udmøntes, er den danske version i dette casestudies OP-team-regi atypisk. Casens OP-teams er, som beskrevet i afsnit 3.6, struktureret således, at patienter ”kun” møder én og samme casemanager over meget lang tid. Dette kendetegnes ifølge George et al. (2015) ved en ”individual caseload”, hvor den oprindelige intention er ”shared caseload” med inddragelse af teamets forskellige medlemmer afhængigt af, hvilken casemanager der bedst dækker patientens aktuelle behov (George et al., 2015). Når der på samme tid i OP-teamene både er en prioritering af ”den gode relation” som mål og middel, og at OP-teamene er organiseret med ”individuel caseload”, så kan det have en negativ konsekvens for outcome på kort og lang sigt. I stedet for en potentiel sammenhængende, tilpasset og konstruktiv progression i interventioner i relation til patienternes fysiske helbred undervejs i den psykiatriske behandling, udmønter casens praksis sig, pga tilrettelæggelsen med ”individual caseload”, som potentielt yderligere forværrer og akkumulerede konsekvenser for patienternes fysiske helbredssituation.

Manglende transformativ kapacitet

Når patienter indikerer behov og ønsker i relation til løsninger af fysisk helbredsrelaterede problematikker, som sammenfattet i tabel 15, afsnit 5.5.4, er det overvejende oplysninger, der fremkommer under feltarbejdet, når deres respektive

casemanagers ikke er til stede. Dette kunne også stemme overens med at patientgruppen i samspilssituationerne også handler i overensstemmelse med den høje prioritering af ”den gode relation” og hvor fysisk helbredshåndtering, jfr. Subcase I analysen, i overvejende grad (bortset fra OP-team B) ikke er et velanset emne at dagsordensætte. I den sammenhæng omtaler Johansen (2008) og med inspiration fra psykiater og antropolog A. Kleinman skelen mellem ”disease” og ”illness”, hvor disease-begrebet refererer til lægevidenskabens forståelse af sygdom, og illness refererer til patienters subjektive oplevelser af deres problemer. Denne skelen bidrager til forståelsen af, at patienter muligvis deltager i udøvelsen af ”den gode relation”, fordi de lærer af personalet, hvordan de forventes at være patienter på den rigtige måde. Patientgruppens erfaringsverden og perspektiver på, hvad deres problemer består af, og hvordan de skal håndteres, bliver i behandlingssituationen i overvejende grad uvedkommende, fordi patienterne er underlagt den medicinske verdens kontrol og forståelse af normalitet og unormalitet (Johansen, 2008).

Dette kan give en forklaring på, at patientgruppen i denne case generelt set undlader at efterspørge hjælp, fordi fysisk helbredshåndtering ikke er inkluderet i det, som casemanager forbinder med normalpraksis. I stedet bidrager patientgruppen i høj grad til ”at bevare den gode stemning” og er således aktive ambassadører i relation til at sikre fagprofessionelles identificering med den eftertragtede relations-entreprenørrolle. Denne gensidige nedprioritering af fysisk helbredshåndterings-interaktioner kan have omfattende negative konsekvenser for patienterne, og alligevel forsøger de kun i meget begrænset omfang at vinde mere styring og magt i relation til, hvordan de overordnet set opnår den bedst mulige indsats. Patienterne står nederst i magthierarkiet og bliver eksponenter for, hvordan fysisk helbredshåndtering defineres gennem de strukturer, sociale regler og normer, der dannes og medieres gennem psykiatriarenaen og de relaterede sociale verdener. Dette svarer til, at de gennemgående er modtagere af det ”reaktive tryk”, der udspringer fra og adapteres gennem de forskellige sociale lag i psykiatriorganisationens magthierarki. Som analyserne viser, formår patienterne ikke at mobilisere tilstrækkelige modreaktioner opadtil, og de fastholdes i stedet i den individualiserede sociale orden, hvor de både positioneres som afvigende og selvansvarlige. Samtidig bliver de fysisk og kropsligt ”bærere af konsekvensen”, som er, at der ikke bliver taget hånd om deres fysiske helbredsproblematikker.

At patientgruppens behov ikke altid behandles med respekt og lydhørhed, er en problemstilling, som Det Ethiske Råd også fremsætter i 2012 i baggrundsrapporten ”Mødet med patienten og kulturen i psykiatrien”. Rapporten indeholder diskussioner og bekymringer om, hvorvidt ”der er noget galt med kulturen” (Det Ethiske Råd, 2012: 2). Fokus er rettet mod omfanget af tvangsforanstaltninger og set i relation til, hvorvidt psykiatriske patienter bliver behandlet med respekt, værdighed og ligeværdighed. Det Ethiske Råd frembringer opfattelsen af, at der eksisterer en ”ubalance” bestående af, at *”de mere humanistiske orienterede menneskeopfattelser er trængt i baggrunden til fordel for biomedicinske modeller og andre modeller, hvor patienten ikke opfattes som en ligeværdig person”* (Det

Etiske Råd, 2012: 5). Endvidere fremkommer de med anbefalinger til reducere af denne ubalance, ved at have fokus rettet mod ligeværdighed, anerkendelse og beskyttelse af patientgruppens urørlighedszonen (Det Etiske Råd, 2012: 4-13). Trods rapportens fokus på etiske problemstillinger i relation til tvangsforanstaltninger, kan disse problemstillinger, og som denne afhandling illustrerer, også genfindes i umiddelbart mindre indgribende områder af den danske psykiatriske behandlingspraksis. Selvom OP-teams både repræsenterer ambulante behandling og behandling, der foregår i patientgruppens eget hjem, så viser samspilsmønstrene alligevel, at patientgruppen reelt ikke har magt og indflydelse ift. at sikre sig en respektfuld og helhedsorienteret praksis. Denne fraværende magt kan også være tilstede, selvom fagprofessionelle, som beskrevet i afsnit 5.5.4, har en opmærksomhed rettet mod ikke at ”pådufte” patientgruppen noget.

Sanders (2006) stiller et relevant spørgsmål om, hvem der er ejer af kroppen, og nærmere hvorvidt kroppen ejes af det enkelte individ, eller om den er til låns fra magtfulde netværk af politiske, religiøse og/eller medicinske karakteristika (Sanders, 2006: 287). Dette spørgsmål er også relevant at stille i denne afhandlings sammenhæng og kan naturligt føre diskussionen videre til, ud fra et magtperspektiv, at problematisere patientgruppens manglende muligheder for proaktiv indflydelse på konstruktiv fysisk helbredshåndteringssamspil. At anlægge et sådant perspektiv imødekommer i en vis grad også en velkendt kritik af, at der i Blumers tilgang til symbolsk interaktionisme i utilstrækkeligt omfang tages højde for interaktionelle magtaspekter. Eksempelvis problematiserer Denzin (1992), at anvendelse af Blumers tilgang til symbolsk interaktionisme (og andre såsom Becker og Goffman) bidrager med en realisme, der kun *afspejler* virkeligheden og en virkelighed, som fremstår for subjektivistisk og anti-strukturel (Denzin, 1992: 47). Som Denzin (1992) beskriver, har det vha. symbolsk interaktionisme været muligt at afspejle virkeligheden ved at beskrive hvilke dynamikker, der er til stede, men stadigvæk uden at kunne hente tilstrækkelig teoretisk forklaringskraft til at forstå og forklare den tilstedeværende magtubalance mellem patienter og fagprofessionelle.

Til en mere konkret diskussion af magtperspektivet introduceres begrebet *transformativ kapacitet*, et begreb født af Anthony Giddens og som er et aspekt i hans strukturationsteori. At jeg inddrager noget af Giddens’ teori om magt, begrundes også i, at teorien knytter an til det teoretiske udgangspunkt, jeg i forvejen anvender. Subcase I og II-analyserne udgør samlet set det, som Giddens ifølge Kaspersen (2001) omtaler som en *strukturationsdualitet*, der både består af individer og handlende aktører, der interagerer inden for en institutionel ramme. Det, der produceres på mikroniveau i interaktioner, bidrager samtidig til reproduktion af sociale systemer og omvendt (Kaspersen, 2001: 66). Ifølge Kaspersen (2001) er ”dualitet” og ”strukturationsprocesser” nøglebegreber i Giddens’ strukturationsteori. Struktur består af foranderlige egenskaber, der både kan være mulighedsskabende og handlingsbegrænsende, men som kan justeres af aktørers værdier og normer

(Kaspersen, 2001: 66-67). Begrebet transformativ kapacitet dækker over grundforståelsen af, at mennesker er kyndige, og at de grundlæggende udøver magt, når de handler (Kaspersen, 2001: 63). Hvordan handlinger bliver mulighedsskabende eller mulighedsbegrænsende for videre handlinger i den sociale praksis, er afhængigt af hvilke *ressourcer og regler*⁶⁰, der produceres i samspilssituationer, og hvilke strukturer der dannes. Selvom et patient-fagprofessionel relationelt forhold ifølge Giddens (1984) implicit er et gensidigt afhængighedsforhold, er det i overvejende grad et asymmetrisk magtforhold, men hvor relationerne ikke er mere asymmetriske, end at den inferiøre positionering kan påvirke den superior positionering. Dette fænomen omtaler Giddens som ”*dialectic of control*” (Giddens, 1984: 16).

Tilsvarende Giddens’ (1984) forståelse af, at alle aktører er i besiddelse af tilstrækkelig transformativ kapacitet til at kunne indgå i den dialektiske kontrol, skulle patientgruppen i denne case også være i besiddelse af tilstrækkelig magt til at kunne handle og deltage i konstruktive interaktioner med fagprofessionelle om fysisk helbredshåndtering. Selvom de analyserede samspilssituationer i Subcase II-analysen repræsenterer et asymmetrisk patient-fagprofessionel magtforhold, og selvom de inkluderede seks dyader og deres samspil ikke grundlæggende er udtryk for aktører af modspillere, så viser analysen alligevel, at det ikke er muligt, trods forsøg, for patienterne at mediere tilstrækkelig transformativ kapacitet til at opnå og tilegne sig konstruktiv støtte og hjælp til deres fysiske helbredsproblematikker. Trods Giddens’ påstand om, at aktører er kompetente og har den transformative kapacitet til at gøre deres indflydelse gældende, viser der sig derimod en tydelig og strukturerende asymmetri, der udgrænser fysisk helbredshåndtering. Med afsæt i Giddens’ fokus på, at aktørers kyndighed i at kunne handle skabes vha. de ressourcer og regler, vi alle er i besiddelse af, besidder patientgruppen specifikt i deres relation til casemanager følgende ressourcer, 1) de er en forudsætning for, at de fagprofessionelle kan udføre deres arbejde 2) de er ”medudøvere” i at opbygge og bevare den gode relation 3) de har identificerede helbredsmæssige problemstillinger, der matcher de fagprofessionelles definitioner af, hvad deres opgaveportefølje indeholder.

Idet patientgruppen er afhængig af casemanager, der også indgår som en betydningsfuld relation i deres generelle netværk, er det naturligt, at punkt et og to ovenfor er vigtige aspekter, som bidrag til at være medskabere af at fastholde den gode relation. I relation til punkt tre er patienterne pga. de første punkters vigtighed nødsaget til at finde en balance i forhandlingerne med fagprofessionelle ift., hvilken opgaveportefølje personalet reelt har over for patienterne, og dermed, som analyserne viser, er de ikke i

⁶⁰ Ressourcer betyder i denne sammenhæng det medie, som den enkelte aktør består af, som en vidende agent, der tilkendegiver og legitimerer, hvorigennem den transformative kapacitet udøves. Regler henviser til de procedurer, der anvendes i udførelse af sociale praksisser (Giddens, 1984: 15-18). Ifølge Kaspersen (2001) kan ressourcer uddybende beskrives som henholdsvis allokative (kontrol over mennesker) og autoritative (kontrol over objekter) (Kaspersen, 2001: 88).

besiddelse af hverken tilstrækkelige ressourcer og anvendelige sociale regler, der kan styre fagprofessionelles praksis, så involvering i patienternes fysiske helbredsproblemer bliver meningsfuld i deres opgaveportefølje. Dog kunne man argumentere for, at patienter der undlader at tage initiativ også kunne relateres til en form for transformativ kapacitet og kyndig handling, hvorved de opnår at undgå eller begrænse de fagprofessionelles involvering i deres fysiske helbredsrelaterede problematikker. Denne undgåelsesstrategi kan af de fagprofessionelle potentielt tolkes som fx manglende patientrettet motivation eller ønske om involvering.

Selvom ”den gode relation” formentlig bidrager til en ontologisk sikkerhed, der skaber tillid og selvtillid for begge parter, så indeholder patienterne ikke tilstrækkelige medierende ressourcer og regler til reelt at være i besiddelse af en transformativ kapacitet til at kunne udøve en tilstrækkelig magt, der kan mobilisere adgang til adækvate fagprofessionelle ressourcer. Umiddelbart synes der ikke at være nogle fordele for patientgruppen ved at tage disse initiativer. Risikoen er for stor, og håbet om, at det lykkes at få den støtte, de efterspørger, er lille. Valget står mellem som patient at blive indirekte sanktioneret ved enten ikke at turde efterspørge de fagprofessionelles hjælp og stå tilbage med et uløst problem eller at turde det med risiko for at blive direkte sanktioneret ved forskellige former for selvansvarliggørelse eller profetidominerende interaktioner, som illustreret i Subcase II-analyserne. Hvor undladelse ikke får nogen konsekvenser for de fagprofessionelle, bliver det i stedet en indirekte sanktion, der adresseres til patienterne selv, fordi der ikke bliver taget hånd om problemstillingerne.

Ifølge min fortolkning af Giddens’ transformativ kapacitetsbegreb ”kommer det til kort” i denne case. Ifølge Giddens’ logik sidestilles en ikke-tilstedeværende transformativ kapacitet med, at agenten ophører med at være agent, fordi alle agenter grundlæggende besidder transformativ kapacitet til at kunne skabe forandring (Giddens, 1984: 14). Som beskrevet ovenfor, opnår patientgruppen inden for rammen af denne case ikke tilstrækkelige transformativ kapacitet til at skabe de forandringer, de ønsker. Denne analyse er således også et empirisk bidrag til at korrigere det element af Giddens’ strukturteori, som omhandler transformativ kapacitet. Casen viser hvor omfattende strukturelle kræfter, der kan være til stede i samspilssituationerne, hvor der fra casemanagers side, trods formodentlige intentioner om at behandle patientgruppen ligeværdigt, ikke i relation til fysisk helbredshåndtering er tegn på intentioner om at mindske den skæve magtfordeling. Nedenfor udfoldes nærmere, hvad der kan være de fagprofessionelles bagvedliggende intentioner med den dominerende styring af at begrænse involveringen i patientgruppen i relation til fysisk helbredshåndtering.

7.4. Fagprofessionelles styring på normer om stabilitet

Afledt af og som en naturlig følge af det foregående afsnit, der fremhæver patientgruppens manglende magt og styring, i forhold til hvordan fysisk helbredshåndtering indgår i deres interaktioner med fagprofessionelle, vil dette afsnit

diskutere hvordan man nærmere kan forstå de fagprofessionelles incitamenter til at tage så meget styring på patientgruppen i relation til fysisk helbredshåndtering. Afsnittet vil med inspiration fra Freidson (1988) tage udgangspunkt i diskussionen af, hvorvidt praksis styres af *kollega-afhængig praksis versus klient-afhængig praksis*. En kollegaafhængig praksis er ifølge Freidson (1988) organiseret således, at personalet er mere afhængige af at referere til kollegaer og herunder er mere sensitive over for professionelles behov og normer, end de er afhængige af at udøve indflydelse på den patientrettede intervention, svarende til patient-afhængig praksis (Freidson, 1988: 307).

Stabilitet versus recovery-orientering

Dette casestudie har taget udgangspunkt i den forforståelse, at aktuelle behandlingsrelaterede samspilssituationer forventeligt danner afsæt for at skabe fremadrettede muligheder for forandringer. Dette udgangspunkt viser sig, jfr. analyserne i kapitel 5 og 6, ikke altid at stemme overens med, hvordan OP-teamene identificerer og interagerer omkring fysisk helbredshåndtering med patientgruppen. Med afsæt i forståelsen af, at det modsatte af forandring er stabilitet⁶¹, vil jeg i det følgende diskutere, hvorvidt fysisk helbredshåndterings interaktionsmønstre også kan identificeres som aspekter af, hvordan OP-teams i øvrigt efterstræber stabilitet, som en patientrettet attraktiv tilstand, men som samtidig kan blive en barriere i relation til formelle ambitioner om, at behandlingsindsatser skaber patientrettede og recoveryorienterede forandringmuligheder.

Som tidligere omtalt i både afsnit 2.3.2 og 3.6.3 er ustabilitet i forståelsen svingninger mellem tilbagefald og forbedringscykluser i den psykiske tilstand, et særligt prioriteret psykiatrisk indsatsområde generelt set og specifikt ift. patienter i ACT-team relateret behandling (Kemp et al., 2014; Brodwin, 2013; Stein & Santos, 2000). Stabilitet, som et aspekt af at vedligeholde eller ændre den sociale orden og med anvendelse af modsætningsparret forandring-fastholdelse, har allerede været berørt i Subcase I-analysen. Her blev det omtalt i relation til, at personalet bruger frygt-emotionsarbejde til at forebygge eller begrænse, at fysisk helbredshåndtering dagsordensættes blandt kollegaer. Stabilitet genkendes også i Subcase II analyserne, som værende en gennemgående bagvedliggende norm i samspilmønstrene, med fagprofessionel initieret efterstræbelse af uforanderlighed. At stabilitet udgør en central værdi og indeholder højt prioriterede sociale regler, stemmer også overens med den grundlæggende ide bag ACT-modellen om at forebygge ”svingdørspatient”-problematikken, herunder at casemanagers, som beskrevet i afsnit 3.6.3 udgør den stabiliserende kraft i OP-team-regi.

⁶¹ Stabilitet udspringer fra begrebet stabil og beskriver noget, der er i en ligevægtstilstand og solidt konstrueret uden store muligheder for utilsigtede tilstand. Personer, der er stabile, opfører sig passende og pålideligt. Begrebet anvendes også til at beskrive det modsatte af noget, der er kritisk, uforudsigeligt, forandringer eller omskiftelser <http://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=stabil>.

Tilsvarende beskriver Johansen (2008) også, at den psykiatriske behandling af mennesker med skizofrenidiagnoser i Danmark, har stabilitet som et centralt omdrejningspunkt. Stabilitet defineres her nærmere og også som en indikation på, at behandling ikke handler om at helbrede, men om at sikre, at patientgruppen tager deres medicin regelmæssigt og er i regelmæssig kontakt med behandlingssystemet. Endvidere indgår stabilitetsaspektet også i en kontinuerligt påmindelse til patienterne om deres behov for systemets hjælp til at erkende, at de ikke selv har tilstrækkelig føling med deres sygdom (Johansen, 2008: 100-101). Dermed indikerer Johansen (2008), at normen om stabilitet i relation til den psykiatriske behandling også kan have en bagside.

Som tidligere omtalt i afsnit 3.6.3, problematiserer Brodwin (2013) tilsvarende, at når stabilitet bliver et mål for behandlingsindsatsen i ACT-regi, så bliver tilgangen reaktiv. Dermed problematiseres, at der fokuseres for ensidigt på patologi, patienter fastholdes i en afhængighed og at der ikke initieres inklusions- og recoveryfremmende tiltag. Tilsvarende problematiseres stabilitet som mål også af Smith & Newton (2007). Ved hjælp af et litteraturreview undersøger de effekten af casemanagement. De finder frem til at ACT-regi casemanagement bidrager til følgende effekter: reducerede antal sengedage, compliance, uafhængighed ift. "living skills" og øget patienttilfredshed. Disse effekter problematiseres, idet de udadtil udtrykker stabilitet og en effektiv struktur i ACT-indsatsen, men som indadtil og i relation til specifikke patientrettede helbredsforbedrende "kliniske outcomes", såsom mentale tilstand, symptomer, livskvalitet og sociale færdigheder, ikke nødvendigvis har en positiv effekt. Smith & Newton, (2007) problematiserer dermed, at værdien om stabilitet som mål udtrykt ved fx færre eller kortere hospitalsindlæggelser ikke nødvendigvis er ensbetydende med individuelle forbedringer, hvis ikke det stabilitetsfremmende tiltag også fremmer patienternes individuelle recovery-proces (Smith & Newton, 2007).

På den ene side kan stabilitetsbegrebet opsummerende omhandle efterstræbelse af psykisk stabilitet, herunder undgåelse af psykiatriske indlæggelser, regelmæssighed omkring medicinsk behandling og regelmæssigt kontakt. På den anden side, som en negativ konsekvens af den psykiatriske behandling, hvor patientgruppen fastholdes i sygerollen og en afhængighed til det psykiatriske behandlingssystem, der ikke fremmer patientgruppens individorienterede recovery og udviklingsmuligheder. Når og hvis den psykiatriske behandlingspraksis præges af stabiliserende strategier, der fastholder patientgruppen i sygerollen, kan det dermed betragtes som modsætningsfyldt over for samtidige intentioner om nyorientering. En nyorientering af den psykiatriske behandlingspraksis, der samtidig med standardisering og effektivisering også kan omhandle recovery-orientering med implicite forventninger til øget humanisering. Også fysisk helbredshåndtering kan anskues som et element i de politiske og brugerorienterede strømninger og intentioner om, at psykiatrien i højere grad forventes at udvikle sig i en mere humanistisk og recovery-orienteret retning. Men hvad indeholder recovery-begrebet mere konkret, hvordan indgår det i beskrivelserne af den

danske psykiatriske behandlingspraksis og hvordan knytter det an til fysisk helbredshåndtering?

Recovery er ifølge Jensen et al. (2004) et engelsk begreb, som på dansk betyder ”at komme sig”. Det dukker op i Danmark i 1990’erne og udvikler sig i tre spor inden for henholdsvis en bio-medicinsk-, pædagogisk-/social- og en medborgerkabs-/rettighedsreferenceramme (Jensen, Bach Jensen, Sørensen, & Olsen, 2004: 18-19). Principper for recovery-orientering, som ifølge Jensen et al. (2004) ”er formuleret op imod den dominerende psykiatriske tilgang” (Jensen, Bach Jensen, Sørensen, & Olsen, 2004: 237), bygger på følgende fire nøgleverdier:

- *Personorientering* omhandler at tage udgangspunkt i personen og ikke diagnosen
- *Personinvolvering* udtrykker, at det enkelte menneskes erfaringer og præferencer bør inddrages i alle faser herunder planlægning, implementering og evaluering af indsatser
- *Selvbestemmelse* handler om menneskerettigheden i at have valgmuligheder, herunder at patienter ikke nødvendigvis skal affinde sig med kun at få en behandlingsmulighed, hvor alternativet er ingen behandling
- *Potentiale for udvikling* indeholder implicit håbet om, at alle kan opnå at komme sig efter psykisk sygdom. Det er samtidig et opgør med undertrykkende og begrænsende forestillinger om håbløshed og lave forventninger (Jensen et al., 2004).

Recovery identificeres også som et centralt element i en psykosocial rehabiliteringsproces, der består af følgende tre faser: en *stabiliseringsfase* med fokus på at reducere og kontrollere symptomer, en *reorienteringsfase*, der omhandler undersøgelse af, hvordan den psykisk syge kan vende tilbage til et normalt liv, og endelig *reintegrationsfasen*, der omhandler genopretning af hverdagslivsrelationer og aktiviteter (Eplow et al., 2010: 40-44).

Fra en gennemgang af, hvordan recovery-begrebet omtales i nyere offentlige psykiatirelaterede policydokumenter fra henholdsvis Regeringen, Danske Regioner og Sundhedsstyrelsen, viser der sig en tendens til, at recovery-begrebet i større og større omfang dagsordensættes, men ikke konsekvent. Recovery dagsordensættes tilsyneladende i højere grad i Danmark i sammenhæng med og efter, at begrebet to gange omtales i den ”*Nationale Strategi for psykiatri*” udgivet af Sundhedsstyrelsen i 2009. I denne rapport omtales recovery som en af flere rekommandationer fra en WHO-deklaration, som Danmark tilslutter sig i 2005 i relation til rehabilitering og sammenhængende patientforløb. I handlingsplanen fra Regeringen i 2014 ”*Ligevevd –*

nyt fokus for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser” beskrives recovery som en værdi i den psykiatriske behandlingsstrategi. Fra Danske Regioner i et notat fra 2014, *”Otte fokuspunkter for den fortsatte udvikling af behandlingen af mennesker med psykiske sygdomme”*, indgår begrebet i relation til, at der tilstræbes en indsats, der ”mobiliserer egne ressourcer” i en ”recovery-proces. I *”National klinisk retningslinje for behandling af patienter med skizofreni og komplekse behandlingsforløb”* udgivet af Sundhedsstyrelsen i 2015 indgår recovery-begrebet også som led i en beskrivelse af, at ACT-modellen ikke kun bør fokusere på reduktion af symptomer, men også optimering af dagliglivsfunktioner. Recovery indgår dog *ikke* i følgende dokumenter fra Danske Regioner: *”Fremtidens ambulans psykiatri”*, 2008, *”Kvalitet i Psykiatrien”*, 2011 og *”Ti pejlemærker for en bedre psykiatri”*, 2016. Hvorvidt recovery-begrebet vinder større og større indpas i Danmark generelt set, kan derfor synes usikkert, idet Danske Regioner ikke konsekvent anvender begrebet i nyere tid (begrebet indgår som beskrevet ovenfor i notat om psykiatriske pejlemærker i 2014, men ikke i 2016).

Kan fysisk helbredshåndtering på den ene side defineres som et aspekt af de politiske intentioner med recovery-orienteringen og på den anden side defineres som en antagonist til de psykiatrukulturelle mål om stabilitet i den psykiatrinære kontekst? Når jeg stiller dette spørgsmål, hænger det sammen med, at det stemmer overens med, at fysisk helbredshåndtering i Subcase I og II-analyserne grundlæggende defineres som et udefrakommende krav, der identificeres som ustabilitetsskabende, og som i psykiatriarenaen i overvejende grad mobiliserer marginaliserende kræfter. At stabilitet vægtes højt i OP-team-behandlingen, kunne også stemme overens med det forømtalte arbejde med, at etablere og fastholde ”den gode relation” som et mål frem for et middel i behandlingsindsatsen. Fysisk helbredshåndtering kan i den sammenhæng samlet set forstås som et forstyrrende element, der forhindrer eller obstruerer stabilitetsindsatsen. Dermed kan ”den gode relation” også være et middel til at opnå det overordnede mål om stabilitet, hvilket jfr. Smith & Newton (2007) også udadtil er definerende for ”effektiv struktur”.

Som ovenfor skitseret, kan stabilitet betragtes som et problematisk mål, fordi det kan forhindre patientgruppens individualiserede udviklings- og recovery-proces. Som opposition til dette perspektiv kritiserer Møller & Johansen (2016) i artiklen *”Spændingsfeltet mellem dynamik og stabilitet”*, hvordan nyere politiske strømninger stiller krav om forandring, der kan have negative konsekvenser for både psykiatrifagligt personale og patient-/borgergruppen. Møller og Johansen (2016) problematiserer netop, hvordan udvikling og forandring er dagsordensat som politiske ønsker i det danske velfærdssamfund generelt og specifikt i den psykiatriske behandlingskontekst. Den deraf afledte øgede styring, der omtales ”styringsteknologier”, stiller krav til, at behandlingsindsatser skal føre til forandring. I den sammenhæng identificeres negative konsekvenser, såsom at styring udefra mindsker personalets rum til refleksion, at en forandringsdagsorden kan være ensbetydende med disrespect for patienters/brugeres

perspektiv, og herunder enten være en uetisk indgriben i menneskers liv eller en eksklusion af mennesker, der blot ønsker en stabiliserende indsats.

Ved sammenligning af Møller og Johansens (2016) perspektiver og denne afhandlings problematisering af det psykiatriske fravalg af aktiv involvering i fysisk helbredshåndtering, er det i sig selv interessant, at de bruger begreberne dynamik-stabilitet-dikotomien, og som i denne afhandling omtales med begreberne forandring og fastholdelse. Valget af især begrebet ”fastholdelse” over for ”stabilitet” kunne indikere nogle grundlæggende forskellige perspektiver på, hvorvidt tilstedeværende forandringsmål i den psykiatriske behandlingspraksis skal betragtes med henholdsvis positive eller negative konnotationer. Når fysisk helbredshåndtering i denne case forsøges udgrænset fra den psykiatriske behandlingspraksis, fordi det identificeres negativt og som en forandring, der kan true den efterstræbte stabilitet, er det ifølge formelle regler problematisk, men formodentlig ifølge Møller og Johansen (2016), et konstruktivt tiltag, der både beskytter fagpersonale og patienter fra unødige forstyrrelser og krav til forandringer. Møller & Johansen (2016) problematiserer implicit forandringsperspektivet som et element, der relaterer sig til, at patienter nærmest tvinges til at skulle forandre sig, og at det er problematisk, hvis forandring er et mål i sig selv, uden at der skeles til, hvad patienten eller borgeren selv ønsker. Endvidere påpeger de, at en forudsætning for at kunne skabe forandring er, at der er en vis grad af stabilitet til stede, og at det netop er stabilitet, der skaber rummet for, at konstruktiv forandring er mulig. De beskriver, at der er mennesker, ”*der vil blive, hvor de er*” (Møller & Johansen, 2016: 81), men som dette studie viser, er der også psykiatriske patienter, der netop ønsker interventioner, der skaber forandring, men som forhindres af fagprofessionelle.

Fysisk helbredshåndtering kan, som det defineres i både Subcase I og II-analyserne, identificeres som en spejling af denne såkaldte styringsteknologi, som Møller og Johansen (2016) kritiserer, idet fysisk helbredshåndtering overordnet set kommer på tværs af værdier og normer af den gældende praksis, herunder målet om ”den gode relation” og stabilitet. Således kan man se casen som en case af, hvordan praksis reagerer på en udefrakommende styringsteknologi, når den ikke giver mening ift. lokale kulturer. Artiklen er interessant, fordi den umiddelbart indeholder en kritik af ydre krav til forandringsaspektet i den psykiatriske behandlingspraksis, hvilket denne case ud fra analyser af et indefra-perspektiv illustrerer, også kan få negative konsekvenser for patient-outcome, fordi disse ydre krav ikke er meningsfuldt integreret i den kliniske praksis.

Et interessant aspekt omkring reaktioner imod de udefrakommende trusler på stabilitetsværdierne, som både viser sig i denne afhandlings case og i Møller & Johansens artikel, er, hvorvidt stabilitetsværdien, der opleves truet af udefrakommende styringsteknologier, er rettet mod *stabile behandlingsstrategier* eller *stabile patienter*? Efterstræbes der en stabil behandlingsstrategi, der kontinuerligt udvikles og efterstræber en recovery-orienteret praksis, der gør patienter så symptomfri, raske og selvhjulpne

som muligt, eller efterstræbes der en patientrettet stabilitet, der sikrer, at patienterne er i en ligevægtstilstand, hvor de er så forudsigelige og pålidelige ud fra fagprofessionelles værdier og normer som muligt? Virkeligheden kan formentlig ikke adskilles i et enten eller, men noget tyder på, hvilket også afspejler sig i recovery-bevægelsens relativt træge adgang gennem flere årtier til behandlings-psykiatrien, at den stabilitet, der efterstræbes i overvejende grad, relaterer sig til at skabe forudsigelige patienter. Denne stabilitet er dermed indeholdt i en kollega-afhængig praksis, hvor psykiatri-normer og værdier om god behandlingspraksis og outcome endnu ikke levner meget plads til recovery-værdierne om personorientering, involvering, selvbestemmelse og udvikling.

Implicit i lovgivning og retningslinjer omkring fysisk helbredshåndtering indgår intentionen om bedre muligheder og bedre adgang til relevante fysiske helbredsrelaterede behandlingsmuligheder for patientgruppen. Disse styringsteknologier er således ikke direkte møttet på patientgruppen, men på psykiatriorganisationen, der således implicit forventes at kunne transformere denne styring til en hensigtsmæssig behandlingsstrategi. Hvis disse styringsteknologier fortolkes som styring af patienter, sker der samtidig en negligering eller ansvarsfralæggelse af, at intentionen med styringsteknologier er målrettet de politisk styrede organisationers ledelses- og praksisudøvelse. Umiddelbart er problemstillingen om, at der fra ledelsesside ikke tages tilstrækkeligt ansvar for at omsætte en styringsteknologi til meningsfuld klinisk praksis, genkendelig i dette studie. Fysisk helbredshåndtering er et eksempel på, hvordan en udefrakommende styringsteknologi i psykiatriorganisationen i omfattende grad tolkes negativt eller med ambivalens på ledelsesniveau, hvilket samtidig kunne afspejle hvordan fysisk helbredshåndtering nedadtil i det hierakiske system forsøges marginaliseret og delegitimeret.

Møller & Johansens (2016) diskussion af dynamik og stabilitet kan ifølge min fortolkning indikere en reaktiv reaktion på implementering af oppefra initierede styringsteknologier. Det problematiske ligger især i, at patientgruppen inddrages som ikke-fysiske tilstedeværende men implicerede aktører, der tillægges ønsker om en psykiatrifaglig praksis, der beskytter dem mod, at forandring, og herunder recovery-orientering, generelt skal indgå i den psykiatriske behandlingspraksis. Stabilitets-dynamik-dikotomien præsenteres overvejende som en god-ond-dikotomi med stabilitet som det onde, der udfordres af, at velfærdsstaten har ændret sig til en konkurrencestat, hvor selv mennesker med psykisk sygdom skal forandres, og hvor der ikke er plads til stilstand. Jeg er ikke uenig i Møller og Johansens (2016) anklage mod, at forandrings-aspektet ligesom fastholdelsesaspektet kan få islæt af tvang og for meget styring. Mine indvendinger rettes mod at gøre stabilitet til en vigtigere eller bedre værdi end dymanik eller forandring og herved stereotypificere mennesker med psykiske sygdomme som en homogen gruppe, der ikke ønsker eller magter, at der i behandlings- og rehabiliteringsstrategier stilles krav til patientrettet forandring og udvikling.

Forandring betragtes dog ikke alene som et onde af Møller & Johansen, fordi de også påpeger, at ”de fleste” mennesker med psykisk sygdom også ”*har et ønske om, at forbedre sig på nogle områder af livet*” (Møller & Johansen, 2016: 85). I sig selv er denne afhandlings case en case af, at selv mennesker med langvarig svær psykisk sygdom ønsker forandringsmuligheder. Når stabilitet som behandlingsstrategi, jfr. Møller og Johansen (2016), defineres som: ”*et rum til at skabe udvikling*”...og hvor ”*stabilitet og dynamik i denne optik anskues som to poler i et spændingsfelt, snarere end som hinandens modsætninger*”...og at ”*stabilitet er et nødvendigt skridt på vejen mod en potentiel udvikling*” (Møller & Johansen, 2016: 83) indikerer også de, at stabilitet og forandring konstruktivt kan gå hånd i hånd i fagprofessionelles behandlingsstrategier.

Indledningsvis blev dette afsnit introduceret til at omhandle, hvorvidt fysisk helbredshåndtering afspejler en kollega- eller patientafhængig praksis. Det enkle svar, som understøttes af denne diskussion, er, at afhandlingen i overvejende grad udgør en case om en kollega-afhængig praksis. En praksis der styres af, at stabilitet og ”den gode relation” er mål frem for middel i den psykiatriske behandlingspraksis, og hvor fysisk helbredshåndtering uanset patienters behov og ønsker i overvejende grad identificeres som stabilitets-forstyrrende. Jeg er enig med Møller og Johansen (2016) i, at forandring skal betragtes som en pol i et modsætningsfelt mellem stabilitet og dynamik - og ikke som hinandens modsætningspar. Men til forskel fra deres udlægning anser jeg, at forandring som en del af en styringsteknologi også kan fortolkes som konstruktiv styringsteknologi, der potentielt både kan fremme behandlingspraksis og herunder et positivt patientrelateret outcome. Dette svarer til, hvad team B jfr. afsnit 5.4.5 i Subcase I-delanalysen indikerer, at fysisk helbredshåndtering kan betragtes som en naturlig del af hverdagen, hvor OP-team-rammen udgør en ressource, der muliggør, at fysisk helbredshåndtering kan times og tilpasses patientgruppens aktuelle situation. Team B's definition af fysisk helbredshåndtering indikerer, at det også i OP-team-regi er muligt at det konstruktivt integreres i praksisudøvelse af både ”den gode relation” og fremme af stabilitet, og samtidig indeholder aspekter af de fire recoveryorienterede nøgleværdier om personorientering, personinvolvering, selvbestemmelse og udvikling.

7.5. Opsummering

Når stabilitet og ”den gode relation” gensidigt danner par som behandlingsindsatsens overordnede mål, har det konsekvenser for patienters karrierer, livschancer og kropstid. Dette diskussionskapitel har overordnet set omhandlet, dels hvordan denne afhandlings metodologi, design og metoder har bidraget til nogle resultater, der har tilvejebragt usynlig viden om, fx hvordan ledelses- og psykiater-perspektiver adapteres og omsættes i den kliniske praksis i mødet mellem patientgruppen og fagprofessionelle. Dette har endvidere givet grundlag for eksplicit at kunne diskutere patienters manglende magt og styringsmuligheder på den behandlingspraksis, de som patienter indgår i. Desuden har diskussionen anlagt et bredere perspektiv på, hvordan fagprofessionelles styring på den kliniske behandlingspraksis i højere grad kan være

udtryk for en kollega-afhængig styring med stabilitet som et overordnet mål end en mere individuel tilrettelagt recovery-orienteret patient-afhængig styring. Dette stemmer også overens med den i kapitel 1 omtalte bureaukratiske ethos af Scheid & Greenberg (2007), der fremfører, at fagprofessionel-identificeringskampe kan være stærkere end organisatoriske intentioner.

At psykiatriarenaen dagsordensætter stabilitet som behandlingsmål kan med afsæt i denne case, hvor patienter indirekte efterspørger forandringsrettet behandling i relation til fysisk helbredshåndtering, betragtes som en strukturerende norm og værdi, der kan sidestilles med strukturel diskrimination af patientgruppen. Der, hvor der er en sammensmeltning eller et link mellem den patientrelaterede manglende transformative kapacitet og forandrings-fastholdelse eller forandrings-stabilitetsdiskussionen, er indeholdt i det grundlæggende problem, at patienter har for lidt transformativ kapacitet til, at de reelt er i besiddelse af magt og styringsmuligheder til at sikre, at de får den behandling, de har behov for. Uanset om det omhandler magt til at sikre, at der *skabes forandring* som outcome af patient-professionel samspilssituationer, eller om det omhandler magt til at sikre *forbindring* af forandring som outcome, er casen også et eksempel på, at trods mulige gode intentioner om recovery-orienteret behandlingstilgang, afspejles det ikke i, hvordan fysisk helbredshåndtering defineres indenfor rammen af dette casestudie.

Kapitel 8. Konklusion

Fysisk helbredshåndtering i den psykiatriske behandlingskontekst er et socialt problem. Der er uoverensstemmelse mellem formelle regler og politiske målsætninger om den psykiatrifaglige opgave, og hvordan fysisk helbredshåndtering i praksis begrænses af komplekse sociale problemstillinger, som begrænser patientgruppens adgang til at opnå adækvat støtte og behandling. Litteraturgennemgangen i kapitel 2 dokumenterer, at det samtidig er en underbelyst problemstilling, og at den eksisterende forskning på området overvejende identificerer relaterede sociale problemstillinger uden nærmere at tilføre viden om, *hvordan* disse sociale problemstillinger opstår og nærmere gør sig gældende. Især viser der sig at være et forskningshul ift., hvordan psykiatere relationelt involverer sig i fysisk helbredshåndtering, og hvilken betydning det har for den kliniske praksis i mødet mellem patient og fagprofessionelle. Endelig viser litteraturgennemgangen også, at problemstillingen i dansk kontekst hidtil er forskningsmæssigt underbelyst både i OP-team-regi og generelt i den psykose-relaterede psykiatriske behandlingskontekst.

Afhandlingen formidler viden om betingelser og konsekvenser af betydning for, hvordan fysisk helbredshåndtering defineres og udøves i OP-team regi. En viden, der er baseret på et casestudiedesign og datamateriale generet ved både praksisnære deltagende observationsstudier og anvendelse af interview og fokusgruppeinterview metoder. Forskningsdesignet og de opnåede resultater fra henholdsvis Subcase I og II analyserne bidrager samlet set med væsentlig mere nuancerede resultater, end hvis de respektive subcases ”stod alene”. Resultaterne indeholder således unik viden om patient-fagprofessionel-samspilsmønstre ved fysisk helbredshåndtering (Subcase II), og også hvordan disse mønstre afspejler, hvordan fysisk helbredshåndtering i øvrigt defineres blandt kollegaer og ledelse inden for casens ramme (Subcase I).

Nedenfor opdeles konklusionen i tre underafsnit, der modsvarer afhandlingens tre forskningsspørgsmål.

8.1 Organisatoriske fysisk helbredshåndterings-perspektiver

Det første spørgsmål i afhandlingens forskningsspørgsmål lyder: *Hvordan identificerer ledere og fagprofessionelle patientrettet fysisk helbredshåndtering i ambulant psykiatriregi?* Dette besvares med afsæt i Subcase I-delanalysen, hvor ”fagprofessionelle” både omhandler henholdsvis psykiatere og casemanagers, der tilsammen udgør medarbejdere i OP-team-regi.

På trods af, at lederrepræsentanter identificerer fysisk helbredshåndtering som et vigtigt emne, der dog ikke løses tilfredsstillende i den psykiatriske behandlingspraksis, er der ikke ledelsesmæssig konsensus om, hvordan fysisk helbredshåndtering bliver meningsfuldt blandt det kliniske personale. Der indgår to forskellige perspektiver på,

hvordan ledelsesudøvelse i relation til opgaven med fysisk helbredshåndteringspraksis identificeres. De to perspektiver er henholdsvis den ”institutionele entreprenør”-lederstil, der indikerer en proaktiv involvering med medarbejdere omkring, hvordan fysisk helbredshåndtering bliver meningsfuld i praksis, og så den mere reaktive og tilbagetrukne ”audit-society”-lederstil, der indeholder en distancering til fysisk helbredshåndtering og herunder identificerer sig med et reduceret ledelsesmæssigt styringspotentiale. Hvor L2 identificerer OP-teams, som en fordelagtig ramme for at udøve helhedsorienteret behandlingspraksis og sikring af konstruktiv fysisk helbredshåndtering, har L1, trods identifikation af patientgruppen som særligt udsatte, ikke forholdt sig til hvorvidt OP-team regi, har fordele eller ulemper, ved sammenligning med andre behandlingsenheder. Sammenfattende identificerer ledelsesrepræsentanterne følgende uløste problemstillinger: manglende patientrettet helhedssyn og herunder manglende opfattelse blandt personale af fysisk og psykisk helbred som to sider af samme sag, manglende syn på patienter som medansvarlige for eget helbred, amoralske obstruerende psykiatere/læge-faglige medarbejdere af udefra-initierede ”skal-opgaver”, og at fagprofessionelle ikke udnytter forventet sundhedsfaglig viden. Fra lederperspektiveringerne fremkommer hverken eksempler på allerede iværksatte eller fremadrettede planer for løsning af disse problemer, hvilket indikerer, at fysisk helbredshåndtering ledelsesmæssigt enten er uopdyrket, et ledelsesmæssigt lavstatus område og/eller et område, der uformelt styres af psykiater-positioneringer.

Psykiater-perspektiveringer om fysisk helbredshåndtering indikerer generelt set, at patientgruppens fysiske helbredsproblemer er en mindre betydningsfuld og nærmest en ikke-behandlingsrelateret problemstilling, undtaget når det identificeres som relateret til den medicinske behandling og bivirkninger. Fysisk helbredshåndtering identificeres i stedet som enten et aspekt af andre lægefaglige specialer eller et ledelsesmæssigt/organisatorisk ansvarsområde, der samtidig delegitimerer psykiatergruppen som behandlingsansvarlige både ift. egen praksis og ift., hvordan det øvrige sundhedsfaglige personale involverer sig. Fysisk helbredshåndtering identificeres som del af en meningsløs standardiseringsbølge og dokumentationskrav, og nytteløs over for en patientgruppe som er for ”skrøbelige” til at deltage i fysisk helbredshåndtering. I relation til teamsamarbejdet i OP-teams bliver fysisk helbredshåndtering i overvejende grad defineret som en relationsnedbrydende praksis over for en patientgruppe, der generelt set kategoriseres som skrøbelig og/eller dysfunktional. Psykiatere definerer fysisk helbredshåndtering som en ødelæggende risikofaktor ift. relationsarbejdet, herunder opbygning og bevarelse af ”den gode relation” med patientgruppen. I den sammenhæng, hvilket også udgør afhandlingens titel, indikerer udsagnet ”en sundhedsapostel i psykiatrien er livsfarlig”, at der for psykiatergruppen kan være mere på spil. I den sammenhæng fremanalyseres, at psykiatergruppen kan anvende følelsesarbejde, som institutionel emotionshåndtering, hvor de med ”rule reminders” og ”emotion memories” applicerer sociale regler om at fysisk helbredshåndtering bør udelades. Explicit argumenteres der både med et

beskyttelsesincitatment i relation til patienter og casemanagers og et mere skjult incitament kunne være, at beskytte psykiater-positioneringer fra både forestillet og måske reelt erfaret risiko for miskreditering og tab af autonomi-status.

Som en afspejling af uklare ledelsesmæssige strategier og negative psykiaterindikationer bliver fysisk helbredshåndtering blandt casemanager-gruppen overvejende også defineret som et negativt aspekt af deres opgaveportefølje. Dog er der eksempel på, fra OP-team B, at fysisk helbredshåndtering defineres som et meningsfuldt aspekt af den psykiatriske behandlingspraksis, hvilket uddybes nedenfor. Trods det at casemanager-gruppen umiddelbart indgår i et krydspres mellem ledelsesmæssige udstukne rammer, formelle regler og retningslinjer på den ene side og psykiater-perspektiveringerne på den anden side, identificeres fysisk helbredshåndtering i overvejende grad ligesom hos psykiater-gruppen som meningsløs registreringspraksis og en vanskelig arbejdsopgave at håndtere pga. en pr. definition dysfunktionel patientgruppe. Derudover bliver fysisk helbredshåndtering subjekt for frygtrelateret emotionsarbejde, hvor der kollektivt medieres et sæt af meninger om, at fysisk helbredshåndtering er en trussel mod ”den gode relation”. Frygt-emotionsarbejdet udgør en form for teknologi til at beskytte og forsvare ”relations-entreprenørarbejdet”. Det risikofyldte forbindes med, at involvering i patientgruppens fysiske helbredsrelaterede problemstillinger har en indbygget risiko for, at patientgruppen kan opleve det som et totaliserende indgreb og manglende respekt for autonomi, hvilket kan udløse vrede og virke ødelæggende på arbejdet med at opbygge og bevare ”den gode relation”. Ydermere identificeres fysisk helbredshåndtering med aspekter af tvang, der med især det metaforiske begreb om en ”løftet pegefinger” indikerer formynderisk og/eller stigmatiserende påtvingelse af samfundsnormer om godt helbred og sund levevis. Fysisk helbredshåndtering identificeres også som risikabelt at involvere sig i som casemanager pga. muligt statustab i positioneringsforhandlingerne med især psykiatere, men også med kommunale bostøttemedarbejdere og hinanden. Subcase I-analysen illustrerer netop, at når og hvis en casemanager inden for en OP-team-gruppe, der generelt set er negativ stemt over for fysisk helbredshåndtering, identificerer sig ”for meget” med fysisk helbredshåndtering som meningsfuldt og gavnligt for patienterne, sker der en kollektiv modreaktion, der truer vedkommende med statustab blandt kollegaer.

Subcase I-delanalysen identificerer også, og netop i OP-team B regi, at fysisk helbredshåndtering kan være meningsfuldt, en integreret del af praksis og som også kan indeholde et relationsopbyggende aspekt. Fysisk helbredshåndtering identificeres her i overvejende grad som en integreret psykiatrisk opgave, der kan ”times og tilpasses” den enkelte patients behov og dagsform inden for OP-team-rammerne, og som en opgave, der også giver mening i relation til fagprofessionsidentiteten i øvrigt. Denne OP-team-gruppe oplever til forskel fra de øvrige OP-teams, at rammerne inden for ACT-modellen er fordelagtige ift. at løse opgaven, og fysisk helbredshåndtering betragtes overordnet set som en naturlig og integreret del af deres arbejdsopgaver. Team B’s overvejende positive perspektivering kan relateres til, at de tidligere har haft en proaktiv

leder, der identificerede fysisk helbredshåndtering som betydningsfuldt og som del af en helhedsorienteret psykiatrisk behandlingspraksis.

Til forskel fra de ovenfor skitserede psykiatri-organisationsnære perspektiveringer på fysisk helbredshåndtering som et fænomen, der i overvejende grad og trods formelle regler af det kliniske personale ønskes marginaliseret eller udgrænset (bortset fra OP-team B), så viser Subcase II, at fysisk helbredshåndtering alligevel dagsordensættes.

8.2. Fysisk helbredshåndterings samspilmønstre

Det andet forskningsspørgsmål lyder: 2) *Hvordan defineres fysisk helbredshåndtering i patient-fagprofessionel samspilssituationer?* Til besvarelse af dette spørgsmål indgår Subcase II-undersøgelsen og relaterede analyser. Det betyder, at datamaterialet udspringer fra ansigt til ansigt-interaktioner mellem patienter og fagprofessionelle i OP-team-regi, som fysisk foregår i patienternes hjemlige omgivelser. Analysen er alene baseret på 22 samspilssituationer i OP-team A og C regi. Fordi OP-team B ikke indgår i Subcase II analysen, kan det have betydning ift. at besvarelsen nedenfor tegner et mere ensidigt billede af samspilmønstre omkring fysisk helbredshåndtering end virkeligheden. Alle seks patienter, der bidrager til analysens empiriske materiale, har mere eller mindre omfattende fysiske helbredsrelaterede problematikker og har alle ønsker til fysisk helbredsrelaterede forandringer. Dog anser de i overvejende grad, og ligesom deres respektive casemanagers, fysisk helbredshåndtering som et ikke-psykiatrifagligt relevant indsatsområde, men som alligevel indgår i større eller mindre omfang i samspilssituationerne. Det mest kendetegnende for samspilssituationerne er, at rammerne for at skabe forandringer i relation til fysisk helbred er begrænsede af overvejende ikke-forandrende men fastholdende fagprofessionel initierede interaktionsmønstre. Analysen viser dog, at patienter i få situationer tager initiativ til at få casemanagers støtte til forandringer. Disse tiltag kunne være initierende for, at patienter og fagprofessionelle gensidigt kunne skabe bedre betingelser og udvide handlingshorizonten for håndtering af patienternes fysiske helbredsproblematikker, men dette sker ikke. I stedet får casemanagers, som de styrende i relationen, genforhandlet og genetableret den sociale orden, hvor fysisk helbredshåndtering udgrænses som et ikke-behandlingsrelevant ansvarsområde. Dette resulterer i, at fysisk helbredshåndtering gennem samspilmønstrene identificeres som enten en individualiseret problemstilling eller det transformeres til en psykologisk problemstilling.

Kombineret med de implicitte forventninger om patientgruppens selv-entreprenørskab indgår fysisk helbredshåndtering, trods frygten herfor, jfr. resultater fra Subcase I, også i samspilmønstre hvor patientgruppen identificeres med afvigelsestræk, der betyder, at fysiske helbredsproblematikker identificeres som selvforskyldte og/eller en forventelig normaltilstand i relation til psykisk sygdom. Disse samspilmønstre betegnes nærmere som profetidominerende interaktioner, sekundære afvigelsestræk reaktioner eller

illusoriske ”som om” interaktioner. Dermed risikerer patientgruppen også, at de placeres i et limbo med modsatrettede sociale regler. På den ene side forventes de, at fremtræde som afventende og hjælpe-søgende psykiatriske patienter og på den anden side, i relation til fysisk helbredshåndtering, at fremtræde som proaktivt handlende og selvansvarlige individer uden behov for fagprofessionelles involvering. Dette udgør samtidig et samspilsmønstre, hvor patienters behov for OP-team støtte og involvering devalueres. At fagprofessionelle i samspil med patientgruppen applicerer, at fysisk helbredshåndtering i overvejende grad ikke er et fagprofessionelt ansvarsområde, stemmer overens med psykiaterperspektiveringer, jfr. kapitel 5, hvor fysisk helbredshåndtering også defineres som et indsatsområde, casemanagers bør undlade at involvere sig i. Samlet set udgør fysisk helbredshåndtering et negativt og reaktivt samspilsmønster, der baseres på følgende normaliserede antagelser:

- At patienter forventes eller formodes at have fysiske helbredsproblemer som konsekvens af den psykiske sygdom og/eller den medicinske behandling
- At patienter i forhold til fysiske helbredsproblematikker forventes at have handlepotentiale og ligeværdige initiativtagings muligheder svarende til baggrundsbefolkningen. Denne antagelse indeholder implicit negligering af dysfunktioner relateret til psykisk sygdom og begrænset socialt netværk, herunder casemanagers, som repræsentant for en betydningsfuld relation.
- At patienters fysiske helbredsrelaterede dysfunktionaliteter, trods formelle regler, i den psykiatriske behandlingspraksis skal udlejres/marginaliseres eller transformeres til psykologiske problemstillinger.
- Af hensyn til enten at beskytte og skåne patientgruppen for miskrediteringsoplevelser og/eller at skjule evt. håbløshedsfølelser, anvendes illusionsarbejde. Dette udgør et samspilsmønster med tidsforskydninger, således at aktuelle fysiske helbredsrelaterede problemstillinger koloniseres som enten fortids eller fremtidsrettede problematikker.

Konsekvensen er samlet set, at patientgruppen afskæres fra, at få adgang til casemanagers, som en potentiel medierende ressource, til enten at skabe handlerum for forandring i patient-fagprofessionel samspillet eller at bane vej og fremme patientgruppens tilgængelighed ift. øvrige relevante aktører i social og sundhedsvæsenet.

Opsummerende defineres fysisk helbredshåndtering ind i et reaktivt fastholdelsesmønster, hvor fysisk helbredshåndtering overvejende defineres som et vilkår, der er uden for fagprofessionelles handlingshorisont, og som således bliver negative selvforstærkende samspilsprocesser. Patientgruppen positioneres som afventende, og patientinitiativer forebygges eller kompromitteres af fagprofessionelle med

begrænsende selvansvarligheds- og afvigelsesrelaterede samspilsmønstre. Patientgruppen lades tilbage med over tid akkumulerende kropslige-dysfunktioner. Disse kan overordnet set spores, som konsekvenser af den psykiatrifaglige og institutionelle håndtering af patientgruppens fysiske helbredsproblematikker.

8.3. Handlerum for fysisk helbredshåndtering

Til besvarelse af det tredje forskningsspørgsmål som lyder *Hvordan afspejler disse samspilssituationer handlerum for fysisk helbredshåndtering?* vælger jeg indledningsvist at vende spørgsmålet på hovedet. Det umiddelbare og korte svar på spørgsmålet er, at der, bortset fra potentielle muligheder i OP-team B-regi, ikke skabes konstruktive handlerum for fysisk helbredshåndtering. Men hvad der er mere interessant er spørgsmålet om, *hvad* det er, der begrænser eller forhindrer samspilsmønstre, der kunne skabe handlerum for at mediere fremadrettede konstruktive løsninger i måden, som fysisk helbredshåndtering praktiseres på.

Det er gennemgående, at det relationelle forhold mellem fagprofessionelle og patienter, der i afhandlingen identificeres som ”den gode relation”, indeholder nogle stærke psykiatrinære værdier og sociale spilleregler blandt de psykiatrifaglige aktører, som, der er konsensus om, udgør kerneopgaven i det kliniske arbejde. I analysen viser det sig, at ”den gode relation” ikke alene indgår som et middel og et redskab til at opnå et tilfredsstillende outcome af behandlingen, men at det også indikeres at være målet med den psykiatriske behandling. Samtidig er det også en dominerende værdi, hvilket nærmere introduceres i diskussionskapitel 7, at den psykiatriske behandlingspraksis forventes at skulle resultere i stabilitet og herunder stabiliserede patienter. Både de psykiatri-arena-faglige værdier og sociale regler om at etablere og fastholde ”den gode relation” og at efterstræbe opnåelse af patient-rettet stabilitet, stemmer overens med de føromtalte fastholdelses-interaktionsmønstre, hvor forandring i relation til gensidig involvering i patientgruppens fysiske helbredsrelaterede problemstillinger kontinuerligt søges undgået, marginaliseret eller afværget af casemanagers. Fordi både ”den gode relation” og stabilitetsværdigrundlaget i praksis blandt fagprofessionelle er blevet til et mål med behandlingsindsatsen, efterstræbes aspekter, der defineres som forstyrrende eller forandringsskabende, at blive marginaliseret eller tilintetgjort. Fysisk helbredshåndtering defineres overordnet set som et stabilitets-forstyrrende fænomen.

Samspilsmønstrene præges således af reproduktioner af sociale ordener, hvor fysisk helbredshåndtering er subjekt for marginalisering eller identificeres som relationsnedbrydende relationsarbejde og herunder modarbejder den fælles værdi om at værne om ”den gode relation” og stabilitet. Derfor dannes der dominerende organisatoriske, men uformelle sociale regler, der forhindrer et potentielt handlerum for muliggørelse af fysisk helbredsrelaterede forandringer. Dels ved passiv eller reaktiv leder-involvering og psykiater applicerede beskyttelsesregler, dannet ved identificering af fysisk helbredshåndtering som trussel mod enten patienter, casemanagers eller

psykiatergruppen selv. Måden, som casemanagers adapterer leder- og psykiaterperspektiverne på, er, at de i samspil med patienter medierer en selvansvarlighedsdiskurs, og/eller identificerer fysisk helbredsproblemer, som naturlige afvigelser i sammenhæng med psykisk sygdom og eller initierer, at fysisk helbred indgår i nutidige illusoriske samspilsmønstre, hvor aktuelle fysiske helbredrelaterede problemstillinger sløres eller udviskes, herunder koloniseres som konsekvenser af fortiden eller indgår i et uforanderligt fremtidsrettet vilkår.

Fra et patient-positioneringsperspektiv forhindres et potentielt handlerum af, at de både er subjekt og objekt i forhold til, at understøtte de ovenfor skitserede ikke-forændrende samspilsmønstre. Når de fysiske helbredsproblematikker overvejende indgår i et samspilsmønster, hvor ansvarsplaceringen internaliseres, fratages patienter deres handlingspotentiale for konstruktiv fagprofessionel-involvering. Dette handlepotentiale bliver yderligere stækket af, at de ikke har tilstrækkelig transformativ kapacitet, og at de mangler ressourcer og sociale regler til, at kunne mobilisere tilstrækkelig styring. I overvejende grad må patientgruppen affinde sig med at modtage det, som casemanagergruppen identificerer som patientgruppens behandlingsbehov og opnår dermed i relation til fysiske helbredsproblemer ikke den støtte og behandling, de reelt har behov for.

Konsekvenserne af fysisk helbredshåndteringspraksis afspejler oveordnet set også en terapeutisk indsats, der med stabilitet og ”den gode relation” som centrale behandlingsmål uforvarende kan resultere i en såkaldt negativ andenordenseffekt eller behandlingsrelateret skadevirkning. Dette kan overordnet set bidrage til en forcering af patientgruppens akkumulerede fysiske helbredsrelaterede forværringer over tid, hvilket i eksisterende forskning på området tilskrives en medicinsk problemstilling som fx ”forceret aldring”, men, som denne afhandling dokumenterer, også kan relateres til en kulturel, social og strukturel problemstilling. Dette har den konsekvens, at patientgruppens fysiske helbred over tid udvikler sig i en forceret nedadgående spiral, fordi den psykiatriske behandlingspraksis i relation til fysisk helbredshåndtering domineres af, at patienter ikke har magt og styringsmuligheder til at opnå, at den psykiatriske behandlingspraksis understøtter deres fysiske helbredsrelaterede behandlingsbehov. At OP-teams mere betragter stabilitet som et mål end et middel, er problematisk i relation til fysisk helbredshåndtering, fordi stabilitet derved bliver antagonist til forandring i stedet for, at stabilitet og forandring potentielt kunne betragtes som to modpoler i et konstruktivt spændingsfelt.

Denne afhandling er overordnet set ikke sat i verden for at af- eller bekræfte hypoteser eller teorier og er heller ikke en evaluering af fysisk helbredshåndteringsindsatsen, men værdien ligger i at der er generet viden om hvordan fysisk helbredshåndtering giver mening i den psykiatriske behandlingskontekst og specifikt i OP-team-regi. Derved bidrager afhandlingen med viden, der både kan være informerende i relation til fremtidig forskning, samt informerende ift. at praksis fremadrettet i højere grad bliver

vidensbaseret praksis. Som afslutning på konklusionskapitlet vil jeg nedenfor først fremhæve de problemstillinger, som jeg anser, den fremtidige forskning på området med fordel kunne undersøge nærmere. Efterfølgende præsenterer jeg i overskrifter, nogle anbefalinger, som affødt af denne afhandling muligvis kunne være til inspiration for den videre udvikling af, at integrerer fysisk helbredshåndtering i den psykiatriske behandlingspraksis.

8.4. Anbefalinger til yderligere forskning og til praksis

I kølvandet af den internationale forskning, der omtaler afhandlingens problemstilling som diagnostic overshadowing, supplerer denne afhandling med viden om, hvad der kan nære dette fænomen. Diagnostic overshadowing kan udspringe af reaktioner på fysiske helbredsproblemer, som et sekundært afvigelsestræk, herunder transformering og mentalisering af fysiske helbredsproblemer, tidsforskydende illusions-samskabelser af fysiske helbredsproblemer og negliger af både formelle regler og reelle fysisk helbredsrelaterede handlinger og symptomer. At disse aspekter i den eksisterende forskning ikke er så fremtrædende, stemmer tillige overens med, at stigmatisering ifølge Link & Phelan (2001) er en underestimeret nøgle-determinant ift. livschancer og forskellige former for livsforløb (Link & Phelan, 2001: 381-382). Nedenfor præsenteres kortfattede anbefalinger til både videre forskning på området og anbefalinger til praksis.

8.4.1 Anbefalinger til fremtidig forskning

Som nævnt tidligere, er der generelt set meget begrænset forskning omkring håndtering af psykiatriske patienters fysiske helbredsproblemer i dansk psykiatrikontekst, hvilket i sig selv - og i sammenhæng med denne afhandlings dokumentation af omfattende og komplekse problemstillinger - indikerer behov for yderligere forskning på området.

Psykiatergruppen udgør en central behandlingsfaglig rolle i relation til, hvordan fysisk helbredshåndtering udmøntes i praksis (De Hert et al. 2009; De Hert et al. 2011; Lambert & Newcomer, 2009; Walsh, 2011), hvilket denne afhandling også yderligere dokumenterer. Hidtil er der meget begrænset forskning om gruppens syn på og praksis omkring fysisk helbredshåndtering, herunder hvordan de interagerer med henholdsvis ledelse, øvrige kliniske kollegaer og/eller patienter. Dette illustrerer samlet set et forskningshul med utilstrækkelig viden om psykiater-positioneringer i den psykiatri-organisatoriske kontekst generelt og indflydelse på hvordan fysisk helbredshåndtering defineres og praktiseres.

I bredere forstand omhandler dette casestudie ”kun”, hvordan fysisk helbredshåndtering defineres i den ambulante psykiatrifaglige kontekst. Flere steder i afhandlingen berøres en central problemstilling ift. psykiatriske patienters vanskeligheder med at møde frem til og interagere med praktiserende læge. I den sammenhæng beskriver et nyere dansk studie, hvordan en praktiserende læge, der undersøger psykiatriske patienter ift. fysiske helbredsproblemer i den psykiatriske

ambulante behandlingskontekst og samtidig efterstræber og langt hen af vejen lykkes med at skabe, et konstruktivt samspilsmønster med patientgruppen og herunder undgåelse af stigmatisering (Andersen et al. 2018). Hvilke rammer der er de bedst egnede for sikring af konstruktiv fysisk helbredshåndtering, herunder opnåelse af mere viden om hvordan fysisk helbredshåndtering foregår i patient-læge samspil i almen praksis kunne være relevant at undersøge nærmere. Denne forskningsinteresse kunne yderligere udvides til også at inkludere den specialiserede somatik, og herunder hvordan samspillet mellem de psykiatriske patienter og disse behandlingstilbud som fx diabetesbehandling af mennesker med psykisk sygdom foregår. Besvarelser af den type af spørgsmål vil kunne bidrage til at identificere fysisk helbredshåndtering både i et tværfagligt og tværsektorielt perspektiv, og tilsvarende denne afhandling med både fokus på situationelle samspilsmønstre i snæver og bred forstand.

8.4.2 Anbefalinger til det psykiatriske praksisfelt

Selvom jeg med denne afhandlings resultater beskriver omfattende og komplekse problemstillinger, der hersker omkring fysisk helbredshåndteringspraksis i OP-team-regi, har jeg ikke endelige og entydige svar på ”de rigtige” anbefalinger til praksis. Alligevel afslutter jeg med nogle få anbefalinger til, hvordan jeg ser, at den psykiatrifaglige praksis fremadrettet vil kunne imødekomme, at fysisk helbredshåndtering i højere grad integreres og resulterer i konstruktive patientrettede outcomes:

- **Aktiv lederinvolvering:** Som analyseresultaterne viser, jfr. Team-B’s perspektiveringer, *kan* fysisk helbredshåndtering implementeres som meningsfuldt og *kan* give konstruktive erfaringer for fagprofessionelle ved aktiv ledelsesmæssig involvering. Proaktiv ledelsesopbakning til holistisk behandlingsstrategi er vigtigt (Hültsjo, 2013; Roberts & Bailey, 2011; Robson et al., 2013). I den sammenhæng og ifølge denne afhandling er det også betydningsfuldt med entydig ansvarsplacering mellem læge- og det ikke-lægefaglige personale inklusiv stratificering af forskellige fysisk helbredsrelaterede opgaver og ansvarsområder. Endvidere er det centralt, at den intervention hvori fysisk helbredshåndtering indgår, skal definere et fysisk helbredrelateret outcome, at fysisk helbredshåndterings-interventionen defineres med et forventet helbredsforbedrende mål.
- **Aktiv psykiaterinvolvering:** Som led i at tydeliggøre psykiateransvar er kommunikation og dialog mellem især ledelse og psykiatergruppen en forudsætning. I den sammenhæng kan holdningsbearbejdelse ift., at udvikle en psykiaterinitieret proaktiv understøttelse af en helhedsorienteret behandlingspraksis være et fordelagtigt tiltag. Når ansvarsplaceringer er tydeliggjort, kan psykiatergruppen også indgå i rollen som en proaktiv understøttelse af det øvrige kliniske personales arbejde med fysisk

helbredshåndtering. Dette mhp. sideløbende at undgå eller minimere samspilsmønstre, der forhindrer potentielle konstruktive handlerum og integrering af fysisk helbredshåndtering, som et aspekt af opbygning og bevarelse af stabilitet og ”den gode relation”.

- **Udfordre dominerende værdier om ”den gode relation” og stabilitet.** Med fordel vurderes psykiatri-organisationen proaktivt at kunne arbejde på at mindske, at ”den gode relation” og stabilitet implicit udgør normen for efterstræbte behandlingsmål. Disse værdier er vigtige og afgørende, som midler (”værktøj”) til at efterkomme patientcentrerede behandlingsbehov og behandlingsmål, men ikke altid som behandlingsmål.
- **Aktiv patientinvolvering.** For at patientgruppen kan blive mere proaktive, er det, jfr. denne afhandling, en central forudsætning, at fagprofessionelle trænes i at skabe handlerum for gensidig dialog og refleksioner over aktuelle fysisk helbredsrelaterede problemstillinger. Samtidig er det også afgørende, at patienter trænes i, også jfr. recoveryorienteringen, at de ikke alene skal tage ansvaret for deres fysiske helbredsproblemer, men at de skal tage medansvar for, at fagprofessionelle bliver involveret. Proaktiv patientinvolveringsstrategi vil processuelt forventes, at kunne mindske magtubalancer og de ikke-forændrende samspilsmønstre, der fremgår af kapitel 5 og 6.

Som en afsluttende kommentar i denne afhandling, er det min forhåbning, at jeg er lykkedes med formidling om, at psykisk sygdom ikke i sig selv behøver at være en hindring for et godt fysisk helbred, men at det måske er *fordomme* mod psykisk sygdom, der kan være den første eller største hindring.

Resumé dansk

”En sundhedsapostel vil være livsfarlig i psykiatrien”

Et casestudie om fysisk helbredshåndtering i ambulant psykiatri

Formålet med denne afhandling er at formidle en undersøgelse af, hvordan psykiatriske patienters fysiske helbredsproblematikker håndteres i en ambulant psykiatrisk behandlingskontekst. Omfattende epidemiologisk forskning dokumenterer, at mennesker med svær psykisk sygdom og især skizofrenisygdom, sammenlignet med baggrundsbefolkningen, har en oversygelighed og overdødelighed på 15-20 år. Denne oversygeligheds- og overdødelighedsproblemstilling tillægges i overvejende grad, at patientgruppen relativ hyppigt udvikler alvorlige kroniske fysiske sygdomme. Dette forklares ofte ud fra en medicinsk eller en social sygdomsforståelse og som enten et intrapersonelt eller strukturelt problem. Denne afhandling anskuer problemstillingen ud fra et interaktionistisk perspektiv. Med denne mikrosociologiske tilgang anskues psykiatriske patienters fysiske helbred ud fra, hvordan sociale og kulturelle aspekter influerer på, definerer og håndterer patienters fysiske helbredsproblematikker i den psykiatriske behandlingskontekst.

Til at undersøge problemstillingen introduceres begrebet *fysisk helbredshåndtering*. Forståelsen af begrebet tager, ligesom afhandlingen i det hele taget, teoretisk udgangspunkt i symbolsk interaktionisme. Fysisk helbredshåndtering defineres som både en interaktionel proces og et produkt af sociale handlinger, der situationelt definerer, hvad fysisk helbred er, og hvordan det håndteres i nuet og fremadrettet. Fysisk helbredshåndtering udgør således det centrale fænomen, som undersøges, også mhp. at afsøge det potentielle handlerum, der ligger i de kollektive betingelser for, hvordan fysisk helbredshåndtering relationelt defineres.

Eksisterende forskning omkring forholdet mellem på den ene side, hvordan psykiatriske patienters fysiske helbredsproblemer defineres i den psykiatriske behandlingskontekst, og hvilke løsningsmodeller det på den anden side afføder, og konkret hvordan problemstillingen i praksis håndteres, er relativt begrænset. I overvejende grad bidrager den tilgængelige litteratur med viden om henholdsvis patientgrupper eller fagprofessionel-grupperes perspektiver på at interagere med den modsatte part, men ikke hvordan de interagerer med hinanden. Ud fra disse perspektiver eksisterer der viden om tilskyndelser og især omfattende barrierer i relation til, at patienter og fagprofessionelle interagerer om patientgruppens fysiske helbredsproblemer. Litteraturgennemgangen viser endvidere, at især studier om, hvordan psykiater-gruppen perspektiverer eller interagerer med kollegaer eller patienter omkring fysisk helbredshåndtering, enten ikke findes, eller kun findes i meget begrænset omfang og slet ikke i relation til dansk kontekst. Denne afhandling søger at udfylde disse identificerede forskningshuller.

Empirien, som afhandlingen bygger på, tager udgangspunkt i et single-casestudiedesign, hvor casen består af udvalgte Opsøgende Psykoseteams i Danmark (OP-teams). OP-teams, der er et ambulans psykiatrisk behandlingstilbud, bygger på den internationalt kendte ACT-metode (Assertive Community Treatment). Casen opdeles i to subcases. Subcase I omfatter de psykiatri-institutionelle perspektiver på fysisk helbredshåndteringspraksis med repræsentanter fra ledelses- og OP-team-medarbejdere inkl. psykiatergruppen. Subcase II består af konkrete ansigt til ansigt-samspilssituationer omkring fysisk helbredshåndtering mellem patienter og fagprofessionelle. Metodisk er undersøgelsen baseret på etnografisk feltarbejde med interviews af leder- og psykiaterrepræsentanter, fokusgruppeinterviews af OP-teams samt deltagende observationer i både OP-team-regi og i patientgruppens hjemmemiljø. Derudover udgør patient-fagprofessionel samspilssituationer samt efterfølgende post-situationelle interviews med de respektive parter også centralt datamateriale i casestudiet.

Resultaterne af undersøgelsen formidles i to adskilte analyser af henholdsvis Subcase I og II. Subcase I-analysen viser, at der ud fra ledelsesperspektivering er konsensus om, at fysisk helbredshåndtering bør være en prioriteret opgave i den kliniske praksis, men at der fortsat er nogle uløste komplekse problemstillinger såsom manglende patientrettet helhedssyn, obstruerende personale af udefrakommende ”skal-opgaver” og manglende aktiv inddragelse af patientgruppen. Der forekommer forskellige ledelsesmæssige perspektiver. Et lederperspektiv er, at fysisk helbredshåndtering kræver proaktiv leder-involvering, og hvor fysiske helbredsproblemstillinger identificeres som en integreret del af behandlingen af den psykiske sygdom. Et andet lederperspektiv er, at fysisk helbredshåndtering identificeres som enten et udefrakommende krav eller som nogle selvfølgelige færdigheder, som personalet qua deres sundhedsfaglige uddannelse forventes at være i besiddelse af. Dette retfærdiggør en tilbagetrukket kontrol-lederpositionering, der i overvejende grad betragter fysisk helbredshåndtering som noget personalet skal beskyttes fra eller som et blandt personalet individuelt moralsk anliggende ift., hvorvidt opgaven udføres eller ej. Modsat lederperspektivet, der betragter fysisk helbredshåndtering som et implicit ansvar blandt det kliniske personale, identificerer psykiater-gruppen sig ikke med at være ansvarlig for, at fysisk helbredshåndtering er en integreret del af behandlingsopgaven. Tværtimod efterstræber de, bortset fra helbredsproblemer der relateres til den medicinske behandling, at begrænse øvrige kollegaers involvering i opgaven ved at definere fysisk helbredshåndtering som meningsløs registrering, en ikke-psykiatrifaglig behandlingsopgave, en uløselig opgave pga. en dysfunktionel patientgruppe, eller at fysisk helbredshåndtering udgør en trussel ift. opbygning og bevarelse af en god relation til patientgruppen.

Når casemanagergruppen perspektiverer fysisk helbredshåndtering, indgår de i et krydspres mellem på den ene side at skulle efterleve ledelsens forventninger og formelle regler om registreringer og på den anden side håndtere uformelle regler fra især psykiatergruppen om at undgå eller minimere involvering i fysisk helbredshåndtering.

Der er eksempler på, at fysisk helbredshåndtering både defineres som et positivt og negativt aspekt af behandlingspraksis, herunder som henholdvis relationsopbyggende og relationsnedbrydende. I den sammenhæng, hvor det defineres som en positiv og integreret del af den psykiatriske behandlingspraksis, identificeres OP-team som en fordelagtig ramme for fysisk helbredshåndtering pga. det intensive, langstrakte behandlingsforløb, der foregår i patienter hjemmemiljø, og hvor fysisk helbredshåndtering kan times og tilpasses patientgruppens aktuelle situation. Omvendt, og som det dominerende billede af, hvad analyseresultaterne viser, så efterstræbes fysisk helbredshåndtering at være et marginaliseret indsatsområde i den psykiatriske behandlingspraksis. Fysisk helbredshåndtering identificeres ligesom i psykiatergruppen som et bureaukratisk dokumentationskrav, eller det relateres til, at patientgruppen er for dårligt fungerende til at kunne indgå i interaktioner om fysisk helbredshåndtering. Derudover marginaliseres fysisk helbredshåndtering med benyttelse af en form for kollegial teknologi bestående af gensidigt kollegialt frygt-emotionsarbejde. I den sammenhæng defineres og normaliseres fysisk helbredshåndtering som et indgreb, der kan true patientgruppens trivsel og herunder true opbygning og fastholdelse af en god relation til patientgruppen. Endvidere identificeres fysisk helbredshåndtering som en risikofaktor ift. at kunne forrykke casemanagergruppens positionering negativt ift. både patient- og psykiater-gruppen, og bl.a. fordi fysisk helbredshåndtering identificeres som potentiel miskreditering af patientgruppen og/eller udgør et lavstatus-interventionsområde. At resultaterne viser, at fysisk helbredshåndtering i et OP-team defineres væsentligt mere positivt end i de øvrige to inkluderede OP-teams, og hvor netop de kontekstuelle forhold i OP-team-regi anses for fordelagtige rammer for udøvelse af fysisk helbredshåndtering, kan relateres til, at dette team tidligere har refereret til en proaktiv ledelsesrepræsentant.

For di casestudiedesignet indeholder både Subcase I og II, viser analyseresultaterne samlet set, trods dominerende perspektiveringer i OP-team-regi om at marginalisere eller nedjustere fysisk helbredshåndtering, at fysisk helbredshåndtering alligevel indgår i patient-fagprofessionel interaktioner. Når fysisk helbredshåndtering indgår i patient-fagprofessionel-samspilssituationer, som Subcase II-analysen omhandler, udspiller der sig reaktive og fastholdende samspilsmønstre. Generelt tager patientgruppen heller ikke initiativer til at opnå casemanager-støtte i relation til fysisk helbredshåndtering, men analysen viser, at når de forsøger, så bliver initiativet ikke understøttet af konstruktiv casemanager-involvering. Tværtimod, trods umiddelbare intentioner om ligestilling i relationen med patientgruppen, fastholder casemanagergruppen en social orden, hvor der ikke skabes handlerum for, at konstruktive forandringer muliggøres.

Patientgruppen identificeres i samspilssituationerne både som afvigende ift. psykisk sygdom og også som forventet afvigende i relation til deres fysiske helbred. Dette er udtryk for reaktioner på fysisk helbred, som svarer til sekundære afvigelsestræk. Det får den konsekvens, at patientgruppens fysiske helbredsproblemer defineres på følgende tre måder: 1) fysiske helbredsproblemer identificeres som normalt, og kræver ikke

fagprofessionel proaktiv indgriben 2) trods patientgruppens tilhørsforhold til OP-team, det mest indgribende ambulante behandlingstilbud, så identificeres de i relation til fysiske helbredsproblemer som værende ikke-psykisk syge, som er selvansvarlige og selvforskyldte ift. fysiske helbredsproblemer 3) fysiske helbredshåndtering transformeres til enten psykologiske problemstillinger eller indgår i illusoriske tidsforskydende samspilsmønstre, hvor fysisk helbred koloniseres som fortids- eller fremtidsrelaterede problemstillinger. Dette resulterer i manglende forhindringer af akkumulerende og negativt accelererende patientrettede fysiske helbredsforværringer over tid.

Afhandlingen diskuterer, om analyseresultaterne samlet set viser, at fysisk helbredshåndtering er udtryk for en mere professionel-afhængig end en patient-afhængig praksis. De institutionelle perspektiveringer og de konkrete patient-fagprofessionel samspilsmønstre viser, trods patientgruppens diskrete ønsker og behov, at patientgruppen ikke har tilstrækkelig transformativ kapacitet til at opnå fagprofessionelle ressourcer til at understøtte forandringsønsker. I stedet styres og domineres fysisk helbredshåndtering af en psykiatri-institutionel retfærdiggørelse af, at patientgruppen ikke får adgang til medierende fagprofessionelle ressourcer. Dette for at beskytte højere psykiatri-institutionelle værdisatte normer om at praktisere ”den gode relation” og grundlæggende efterstræbe stabilitet og stabiliserede patienter som outcome. Trods ledelsesmæssige intentioner og formelle regler om, at fysisk helbredshåndtering bør være en integreret del af den psykiatriske behandlingspraksis, defineres fysisk helbredshåndtering i OP-team-regi som et stabilitetsforstyrrende fænomen, der kontinuerligt søges marginaliseret.

Afhandlingen bidrager med fysisk helbredshåndtering som et teoretisk begreb, der også med det anvendte casestudiedesign, er anvendeligt på et mere generelt niveau til identificering af kontekstnære og situationelle samspilsmønstre af betydning for mødet mellem borger og social- og sundhedsvæsen omkring fysisk helbredsrelaterede behandlingsbehov. Derudover udgør afhandlingen et empirisk funderet vidensbidrag, der kan fremme identificering af problemstillinger af betydning for udvikling af fysisk helbredshåndtering i den psykiatriske behandlingspraksis og i relation til mindskning af den psykisk sygdomsrelaterede oversygeligheds- og overdødelighedsproblemstilling.

English summary

”A health apostle will be deathly in psychiatry”

A case study on the management of physical health in outpatient psychiatry

The purpose of this thesis is to communicate a study of how psychiatric patients’ physical health issues are managed in the context of outpatient psychiatric treatment. Extensive epidemiological research documents that people with severe mental illness and especially schizophrenia, compared to the background population, have an increased morbidity and mortality rate of 15-20 years. The problem of these increased rates of disease and mortality is predominantly attributed to the fact that the patient group relatively frequently develop serious chronic physical diseases. This is explained from a medical or social understanding of disease and as an either interpersonal or structural issue. This thesis looks at the issue from an interactionist perspective. With the micro-sociological approach, the psychiatric patients’ physical health is viewed in terms of how social and cultural aspects influence, define, and manage patients’ physical health issues in the context of psychiatric treatment.

In order to study the problem, the term *physical health management* is introduced. The understanding of the term – as is the case with the entire thesis – is theoretically based on symbolic interactionism. Physical health management is defined as both an interactional process and a product of social actions that situationally define what physical health is and how it is managed now and moving forward. Thus, physical health management constitutes the central phenomenon being studied, also in order to examine the potential scope of the collective conditions for how physical health management is relatively defined.

There is limited existing research on the relationship between, on the one hand, how psychiatric patients’ physical health issues are defined in the context of psychiatric treatment, and, on the other hand, what solutions the definition of physical health is producing in practice. The available literature mainly offers knowledge about either the patient group’s *or* the professional group’s perspectives of the interaction with the opposite party, but not how they interact with each other. From these perspectives, we have knowledge of incentives and, in particular, extensive barriers in relation to patient-professional interactions about the patient group’s physical health issues. Furthermore, a review of the literature shows a non-existent or lacking amount of studies especially on how psychiatrists view or interact with colleagues and patients concerning physical health management, in particularly in a Danish context. This thesis seeks to fill these holes in the research.

The thesis is built on empirical data based on a single-case study design in which the case consists of selected “Opsøgende Psykoseteams” in Denmark (OP teams). OP

teams, which is an outpatient psychiatric treatment offer, is built on the internationally known ACT model (Assertive Community Treatment). The case is divided into two subcases. Subcase I include the psychiatric institutional perspectives on physical health management practice with representatives from management and OP team members including the psychiatrist group, and Subcase II consists of concrete face-to-face interactions, patient-professional, concerning physical health management. Methodically, the study is based on ethnographic fieldwork with interviews of management and psychiatrist representatives, focus group interviews of OP teams as well as participatory observations both in the OP teams and in the patient group's home environments. Additionally, patient-professional interactions and subsequent post-situ interviews with the respective parties are also central data material in the case study.

The results of the study are communicated in two separate analyses concerning Subcase I and II, respectively. The analysis of Subcase I shows that from a management perspective, there is a consensus that physical health management should be a priority task in the clinical practice, but there continues to be unsolved complex issues, such as lack of a comprehensive patient-oriented view, obstructing staff from external "must-tasks", and lack of active involvement of the patient group. There are different executive perspectives. One executive perspective is that physical health management requires proactive leader involvement in which physical health issues are identified as an integral part of the treatment of the mental illness. Another executive perspective is that physical health management is considered either a part of undue external demands or an obvious skill that the staff should possess by virtue of their health education. It justifies a position of withdrawn control from the leader that predominantly considers physical health management as a question of protecting staff from external pressure or a question of individual morals concerning whether or not the task is completed. Contrary to the executive perspective that considers physical health management an implicit responsibility among the clinical staff, the psychiatrist group does not consider themselves responsible for integrating physical health management into the treatment. On the contrary, they strive to limit the involvement of other colleagues in the task by defining physical health management as pointless registration, a non-psychiatric treatment task, an unsolvable task due to the dysfunctional patient group, or claiming that physical health management poses a threat to the building and maintaining of a good relation to the patient group.

When the case manager group identify physical health management, they are at an intersection between, on the one hand, having to comply with the expectations of the management and formal rules regarding physical health management, and, on the other hand, deal with informal rules from the psychiatrist group to avoid or minimise involvement. Examples show that physical health management is defined as both a positive and a negative aspect of treatment practice. In this context, which defines it as a positive and integral part of the psychiatric treatment practice, the OP teams are

identified as an advantageous framework for physical health management because of the intensive, lengthy course of treatment taking place in the patients' home environment, in which physical health management can be timed and adjusted to the current situation of the patient group. Conversely, and as the dominant picture of the results of the analyses, physical health management is sought to be a marginalised focus area in the psychiatric treatment practice. Physical health management is identified, as is the case in the psychiatrist group, as a bureaucratic demand for documentation or it is argued that the patient groups is too malfunctioning to be able to interact in discussions about physical healthcare management. Furthermore, physical health management is continuously devalued using a form of collegial technology consisting of mutual collegial fear emotional work. In this context, physical health management is defined and normalised as a totalising intervention that might be a threat to the wellbeing of the patient group, including a threat to the building and maintaining of a good relation to the patient group. Additionally, physical health management is identified as a risk factor that might negatively affect the position of the case manager group in relation to both the patient and the psychiatrist groups, also because physical health management is identified or constitutes a low-status intervention area. That the results show that physical health management in an OP team can be defined significantly more positively and the contextual relations in OP teams are considered an advantageous frame for the exercise of physical health management can be related to the fact that this team previously has referred to a proactive management representative.

Because the case study contains of both Subcase I and II, the collective results of the analyses show that physical health management is part of patient-professional interactions, despite dominant perspectives in OP team management to marginalise or downgrade physical health management. When physical health management is part of the patient-professional interactions, which the analysis of Subcase II concerns, reactive and defensive interaction patterns. In general, the patient group does not take initiatives either to obtain the support of the case manager in relation to physical health management, but the analysis shows that when they do try, the initiative is not supported by constructive case manager involvement. On the contrary, despite immediate intentions concerning equality with the patient group, the case manager group maintains a social order in which there is no scope for creating constructive changes.

The patient group is identified as deviant both concerning the mental illness and concerning expected deviance according to physical health issues. This is an expression of reactions on physical health as secondary deviance traits. It means that the patient group in situations of interaction is negative defined in three ways: 1) physical health issues are identified as normal, and do not require professional proactive intervention; 2) despite the patient group's connection to OP teams, the most radical outpatient treatment offer, in relation to physical health issues, they are identified in the same way as mentally sound patients and as such as self-responsible and their physical health

issues as self-inflicted; 3) physical health management is transformed to either psychological issues or is part of illusory time-shifting interaction patterns, in which physical health is colonised as issues relating to the past or the future. The result of this is lack of obstacles of accumulating and negatively accelerating patient-oriented physical health deterioration over time.

The thesis discusses whether the collected results of the analyses show that physical health management is an expression of a more professional-dependent than patient-dependent practice. The institutional perspectives and the concrete patient-professional interaction patterns shows that, despite the wishes and needs of the patient group, the patient group does not have adequate transformative capacity to gain the professional resources to support their wish for change. Instead, physical health management is controlled and dominated by a psychiatric institutional justification of the fact that the patient group does not have access to mediating professional resources in order to protect higher psychiatric institutional valued norms of practicing “the good relation” and fundamentally pursuing stability and stabilised patients as outcome. Despite executive intentions and formal rules concerning physical health management being an integral part of the psychiatric treatment practice, physical health management in OP teams is treated as a stability-disruptive phenomenon that is constantly sough marginalised.

The thesis contributes with physical health management as a theoretical term, which with the applied case study design, is applicable at a more general level for identifying contextual and situational interaction patters of significance in the meeting between citizen and social and health services concerning physical health related treatment needs. Furthermore, the thesis is an empirically based contribution of knowledge that may further recognize the identification of issues concerning the development of physical health management in the psychiatric treatment practice and in relation to the mental illness-related disease and mortality rate issues.

Referencer

- A. Kleinman, & S. van der Geest. (2009). "Care" in health care: Remaking the moral world of medicine. *Medische Antropologie*, 21(1), 159-168.
- Aagaard, J., & Müller-Nielsen, K. (2011). Clinical outcome of assertive community treatment (ACT) in a rural area in denmark: A case-control study with a 2-year follow-up. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65(5), 299-305.
- Aagaard, J. (2017). Socialpsykiatri. In E. Simonsen, & B. Møhl (Eds.), *Grundbog i psykiatri* (2.th ed., pp. 725-742), Hans Reitzels.
- Aagaard, J., Skadhede, S. C., Andersen, M. B., Kølbaek, P., Hastrup, L. H., Foldager, L., & Nielsen, J. A. (2014). *Opsøgende psykoseteams i Region Nordjylland*. Aalborg Universitetsforlag.
- Adler, P. A., & Adler, P. (1987). *Membership roles in field research* (Vol. 6). Sage.
- Aggergaard Larsen, J. (2003). Kapitel 12 Identiteten. Dialog om forandring. In K. Hastrup (Ed.), *Ind i verden En grundbog i antropologisk metode* (pp. 247-272), Hans Reitzels.
- Allison, D. B., & Casey, D. E. (2001). Antipsychotic- induced weight gain: A review of the literature. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 62 Suppl 7, 22-31.
- American Diabetes Association. (2004). Consensus development conference on antipsychotic drugs and obesity and diabetes. *Diabetes care*, 27(2), 596-601.
- Andersen, A., Laugesen, H., Nielsen, B. & Kristiansen, T. in press (2018). *Physical Health Examinations in a Psychiatric Setting: The Interactions between Medical Doctor and Patients*, *Advances in Applied Sociology*, 8.
- Antoft, R., & Salomonsen, H. (2012). Casestudier af organisationer som dynamisk proces. In M. Jacobsen, & S. Jensen (Eds.), *Kvalitative udfordringer* (pp. 129-154), Hans Reitzels.
- Antoft, R., & Houlberg Salomonsen, H. (2007). Det kvalitative casestudium - introduktion til en forskningsstrategi. In R. Antoft, M. Jacobsen, A. Jørgensen & S. Kristiansen (Eds.), *Håndværk og horisonter: tradition og nytænkning i kvalitativ metode* (s. 29-58). Odense: Syddansk Universitetsforlag.

Antoft, R., & Kristiansen, S. (2008). Mellem forandring og stabilitet - social forandring i et interaktionistisk/kvalitativt perspektiv. In L. Henriksen, & M. Jacobsen (Eds.), *Sociologiens rum - festskrift for Jens Tonboe* (pp. 73-92), Aalborg Universitetsforlag.

Aschbrenner, K., Bartels, S., Mueser, K., Carpenter-Song, E., & Kinney, A. (2012). Consumer perspectives on involving family and significant others in a healthy lifestyle intervention. *Health & social work, 37*(4), 207-215.

Aschbrenner, K., A., & Mueser, K., T. (editor). (2013). Perceived social support for diet and exercise among persons with serious mental illness enrolled in a healthy lifestyle intervention. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 36*(2), 65-71.

Baker, W., Harris, M., & Battersby, M. (2014). Health workers' views of a program to facilitate physical health care in mental health settings: Implications for implementation and training. *Australasian Psychiatry, 22*(6), 560-563.

Barnes, T. R. E., Paton, C., Hancock, E., Cavanagh, M. -, Taylor, D., & Lelliott, P. (2008). Screening for the metabolic syndrome in community psychiatric patients prescribed antipsychotics: A quality improvement programme. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 118*(1), 26-33.

Barnes, T. R. E., Paton, C., Cavanagh, M., Hancock, E., & Taylor, D. M. (2007). A UK audit of screening for the metabolic side effects of antipsychotics in community patients. *Schizophrenia Bulletin, 33*(6), 1397-1403.

Bassilios, B., Judd, F., & Pattison, P. (2014). Why don't people diagnosed with schizophrenia spectrum disorders (SSDs) get enough exercise? *Australasian Psychiatry : Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 22*(1), 71-77.

Becker, H. S. (Ed.). (1964). *The other side: Perspectives on deviance*. New York: Free Press of Glencoe.

Becker, H. S. (1988) Deviance as a master status in Farrell, R., & Swigert, V. (Eds.). (1988). *Social deviance* (Third edition ed.). California, USA: Wadsworth publishing Company, 226-227.

Becker, H. S. (2005). *Outsidere : Studier i afvigelsessociologi*. Kbh.: Hans Reitzels.

Beck-Gernsheim, E., & Beck, U. (2002). *Individualization : Institutionalized individualism and its social and political consequences*. London: SAGE.

Bergqvist, A., Karlsson, M., Foldemo, A., Wårdig, R., & Hultsjö, S. (2013). Preventing the Development of Metabolic Syndrome in People with Psychotic Disorders-Difficult, but Possible: Experiences of Staff Working in Psychosis Outpatient Care in Sweden. *Issues in mental health nursing*, 34(5), 350-358.

Berry, K., Barrowclough, C., & Haddock, G. (2011). The role of expressed emotion in relationships between psychiatric staff and people with a diagnosis of psychosis: A review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*, 37(5), 958-972.

Bhugra, D., Sartorius, N., Fiorillo, A., Evans-Lacko, S., Ventriglio, A., Hermans, M. H. M. & Bennemar, M. R. (2015). EPA guidance on how to improve the image of psychiatry and of the psychiatrist. *European Psychiatry*, 30(3), 423-430.

Bjerrum, M. (2008). Fra stat til amt. dansk hospitalpsykiatri 1930-1976. In J. V. Kragh (Ed.), *Psykiatriens historie i danmark* (pp. 222-262), Hans Reitzels.

Bloksgaard, L., & Andersen, P. (2012). Fokusgruppeinterviewet når gruppedynamikken er redskabet. In H. M. Jacobsen, & Q. S. Jensen (Eds.), *Kvalitative udfordringer* (pp. 25-54), Hans Reitzels.

Blumer, H. (1986). *Symbolic interactionism : Perspective and method*. Berkeley, Calif.; London: University of California Press.

Blythe, J., & White, J. (2012). Role of the mental health nurse towards physical health care in serious mental illness: An integrative review of 10 years of UK literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(3), 193-201.

Bobes, J., Alegría, A. A., Saiz-Gonzalez, M., Barber, I., Pérez, J. L., & Saiz-Ruiz, J. (2011). Change in psychiatrists' attitudes towards the physical health care of patients with schizophrenia coinciding with the dissemination of the consensus on physical health in patients with schizophrenia. *European Psychiatry*, 26(5), 305-312.

Bradshaw, T., & Pedley, R. (2012). Evolving role of mental health nurses in the physical health care of people with serious mental health illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(3), 266-273.

Bredahl Jacobsen, C. (2006). *Paradoksal psykiatri : Etnografiske analyser af samspejlet mellem plejepersonale og patienter i dansk retspsykiatri : Ph.d.-afhandling*. Kbh.: Det Samfundsvidenskabelige Fakultet, Institut for Antropologi, Københavns Universitet.

Brinkmann, S. (2010). Etik i en kvalitativ verden. In S. Brinkmann, & L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative metoder en grundbog* (pp. 429-445), Hans Reitzels.

- Brodwin, P. (2012). *Everyday ethics: Voices from the front line of community psychiatry*. University of California Press.
- Brodwin, P. (2011). Futility in the practice of community psychiatry. *Medical Anthropology Quarterly*, 25(2), 189-208.
- Brown, P., Heyman, B., & Alaszewski, A. (2013). Time- framing and health risks. *Health, Risk & Society*, 15(6-7), 479-488.
- Bury, M. (2007). *Sundhed og sygdom*. Kbh.: Akademisk Forlag.
- Byg, V. (2016). *Medical Professionals Designing Hospital Management Models*. Aalborg Universitetsforlag. (Ph.d.-serien for Det Samfundsvidenskabelige Fakultet, Aalborg Universitet).
- Callard, F., Sartorius, N., Arboleda - Flórez, J., & Taborda, J. (2012). Health, health care and the right to health. In F. Callard (Ed.), *Mental illness, discrimination and the law: Fighting for social justice* (pp. 125-135) Somerset : Wiley.
- Carless, D., & Douglas, K. (2012). The ethos of physical activity delivery in mental health: A narrative study of service user experiences. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(3), 165-171.
- Carson, N., Katz, A. M., Gao, S., & Alegría, M. (2010). Assessment of physical illness by mental health clinicians during intake visits. *Psychiatric Services*, 61(1), 32-37.
- Carter, S. M., & Little, M. (2007). Justifying knowledge, justifying method, taking action: Epistemologies, methodologies, and methods in qualitative research. *Qualitative Health Research*, 17(10), 1316-1328.
- Castillo, E. G., Rosati, J., Williams, C., Pessin, N., & Lindy, D. C. (2015). Metabolic syndrome screening and assertive community treatment: A quality improvement study. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 21(4), 233-243.
- Chadwick, A., Street, C., McAndrew, S., & Deacon, M. (2012). Minding our own bodies: Reviewing the literature regarding the perceptions of service users diagnosed with serious mental illness on barriers to accessing physical health care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(3), 211-219.
- Charon, J. M. (2010). *Symbolic interactionism : An introduction, an interpretation, an integration* (10th ed.). Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall.

Chase, M., Zinken, J., Costall, A., Watts, J., & Priebe, S. (2010). 'These psychiatrists rate themselves as gods': Disengagement and engagement discourses of people living with severe mental illness. *Communication & Medicine*, 7(1), 43-53.

Christensen, R. N., & Bengtsson, S. (2010). *Stigma og psykiske lidelser: Som det opleves af mennesker og borgere i Danmark*. Danske Regioner. Lokaliseret 8. juni 2017 på: https://pure.sfi.dk/ws/files/260792/Stigma_rapport_net.pdf

Citrome, L., & Yeomans, D. (2005). Do guidelines for severe mental illness promote physical health and well-being? *Journal of Psychopharmacology*, 19(6), 102-109.

Clarke, A. (2010). Communication in healthcare setting. In A. Clarke (Ed.), *The sociology of healthcare* (2 nd ed., pp. 316-346), Pearson Education.

Clarke, A. E. (2005). *Situational analysis : Grounded theory after the postmodern turn*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.

Clarke, A. E. (2014). From grounded theory to situational analysis: What's new? why? how? In Clarke, A. E., & Charmaz, K. (Eds.) *Grounded Theory and Situational Analysis: Sage Benchmarks in Social Research Methods: History, Essentials and Debates in Grounded Theory*. Sage (pp. 3-34).

Cockerham, W. C. (2004). Health as a social problem. In G. Ritzer (Ed.), *Handbook of social problems A comparative international perspective* (pp. 281-297).

Collins, E., Tranter, S., & Irvine, F. (2012). The physical health of the seriously mentally ill: An overview of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(7), 638-646.

Commission of the European Communities. (2007). *Together for health: A strategic approach for the EU 2008-2013*. Lokaliseret 8. juni 2017 på: https://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_en.pdf.

Corbin, J., & Strauss, A. (2008). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks, Calif. : Sage Publications.

Corrigan, P. W., & Kleinlein, P. (2005). The impact of mental illness stigma. In P. W. Corrigan (Ed.), *On the stigma of mental illness : Practical strategies for research and social change*, (pp. 11-65), American Psychological Association.

Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry and research design : Choosing among five approaches* (3rd ed.). Los Angeles, Calif.: Sage Publications.

Danske Regioner. (2009a). *En psykiatri i verdensklasse : På vej dertil*. København: Danske Regioner. Lokaliseret 8. juni 2017 på: <http://www.e-pages.dk/regioner/20/html5/>.

Danske Regioner. (2009b). *En psykiatri i verdensklasse : Regionernes visioner for fremtidens psykiatri*. København: Danske Regioner. Lokaliseret 8. juni 2017 på: <http://docplayer.dk/4728687-En-psykiatri-i-verdensklasse-fremtidens-psykiatri.html>.

Danske Regioner. (2011). *Kvalitet i psykiatrien : Ny dagsorden for diagnostik og behandling*. København: Danske Regioner. Lokaliseret 8. juni 2017 på: <http://www.regioner.dk/media/1235/kvalitet-i-psykiatrien.pdf>.

De Hert, M., Dekker, J. M., Wood, D., Kahl, K. G., Holt, R. I. G., & Möller, H. J. (2009). Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). *European psychiatry*, 24(6), 412-424.

De Hert, M., Cohen, D., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Leucht, S., Ndeti, D. M., . . . Correll, C. U. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry*, 10(2), 138-151.

De Leeuw, M., Van Meijel, B., Grypdonck, M., & Kroon, H. (2012). The quality of the working alliance between chronic psychiatric patients and their case managers: Process and outcomes. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(1), 1-7.

Det Etske Råd. (2012). *Mødet med patienten og kulturen i psykiatrien. Magt og afmagt i psykiatrien*. Lokaliseret 15. januar 2018: <http://www.etiskraad.dk/~media/Etisk-Raad/Etiske-Temaer/Psykiatri/Publikationer/2012-06-19-patienten-kulturen-psykiatrien.pdf>

De Vaus, D. (2001). *Research design in social research*. London: Sage.

Denzin, N. K. (1992). *Symbolic interactionism and cultural studies : The politics of interpretation*. Oxford: Blackwell Publishers.

Denzin, N. K. (2009). *The research act : A theoretical introduction to sociological methods*. New Brunswick, N.J.: Aldine Transaction.

Diderichsen, F., Andersen, I., & Manuel, C. (2011). *Ulighed i sundhed: Årsager og indsatser* (Version: 1.0 ed.). København: Sundhedsstyrelsen. Lokaliseret 8. juni 2017 på: <https://www.sst.dk/~media/F674C77308FB4B0CA00EB038F17E239B.ashx>.

Ehn, B., & Löfgren, O. (2010). *The secret world of doing nothing*. Berkeley, Calif.: University of California Press.

Ehrlich, C., Kendall, E., Frey, N., Kisely, S., Crowe, E., & Crompton, D. (2014). Improving the physical health of people with severe mental illness: Boundaries of care provision. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(3), 243-251.

Enhed for tilsyn, Sundhedsstyrelsen. (2007). *Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til patienter over 18 år*. Lokaliseret 8. juni 2017 på: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=163024>.

Eplov, L., Korsbæk, L., Petersen, L., & Olander, M. (2010). *Psykiatrisk & psykosocial rehabilitering : En recoveryorienteret tilgang*. København: Munksgaard Danmark.

Estroff, S. E. (1989). Self, identity, and subjective experiences of schizophrenia: In search of the subject. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 189-196.

Farrell, R., & Swigert, V. (Eds.). (1988). *Social deviance* (Third edition ed.). California, USA: Wadsworth publishingCompany.

Flyvbjerg, B. (2010). Fem misforståelser om casestudiet. In S. Brinkmann & L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative metoder, en grundbog* (pp. 463-487), Hans Reitzels.

Folker, A., Kristensen, M., Sølvhøj, I., Flint, S., Kusier, A., & Rod, M. (2017). *Sammenhang i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. analyse af personcases, oplevelser og evalueringer*. Lokaliseret 8. juni 2017 på: [http://www.sifolkesundhed.dk/upload/rapport_sammenh%C3%A6ng_\(rettet_udgave\).pdf](http://www.sifolkesundhed.dk/upload/rapport_sammenh%C3%A6ng_(rettet_udgave).pdf).

Forsberg, K., Lindqvist, O., Bjorkman, T. N., Sandlund, M., & Sandman, P. O. (2011). Meanings of participating in a lifestyle programme for persons with psychiatric disabilities. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(2), 357-364.

Freidson, E. (1988). *Profession of medicine : A study of the sociology of applied knowledge* (2nd ed.). Chicago: University of Chicago Press.

George, M., Manuel, J. I., Gandy-Guedes, M. E., McCray, S., & Negatu, D. (2015). "Sometimes what they think is helpful is not really helpful": Understanding engagement

in the program of assertive community treatment (PACT). *Community Mental Health Journal*, 1-9.

Giddens, A. (1984). *The constitution of society : Introduction of the theory of structuration* (Repr. ed.). Berkeley: University of California Press.

Gimmler, A. (2014). Amerikansk pragmatisme - hverdagslivets kreativitet. In M. Jacobsen, & S. Kristiansen (Eds.), *Hverdagslivet - sociologier om det upåagtede* (2. udgave, 1. oplag ed., pp. 75-108), Hans Reitzels.

Glasby, J., & Beresford, P. (2006). Who knows best? Evidence- based practice and the service user contribution. *Critical Social Policy*, 26(1), 268-284.

Goffman, E. (1990). *The presentation of self in everyday life*. Harmondsworth: Penguin.

Goffman, E. (2009). *Stigma : Om afvigerens sociale identitet* (2nd ed.). Frederiksberg: Samfundslitteratur.

Golomb, B. A., Pyne, J. M., Wright, B., Jaworski, B., Lohr, J. B., & Bozzette, S. A. (2000). The role of psychiatrists in primary care of patients with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 51(6), 766-773.

Gøtzsche, P. C. (2015). *Dødelig psykiatri og organiseret fornægtelse*. Kbh.: People'sPress.

Graham, C., Rollings, C., de Leeuw, S., Anderson, L., Griffiths, B., & Long, N. (2014). A qualitative study exploring facilitators for improved health behaviors and health behavior programs: mental health service users' perspectives. *The Scientific World Journal*, 2014, 1-7.

Graziano, A. M., & Fink, R. S. (1973). Second- order effects in mental health treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40(3), 356-364.

Halkier, B. (2010). Fokusgrupper. In S. Brinkmann, & L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative metoder en grundbog* (pp. 121-135).

Hanak, M., Falk, J., Størup, M., & Bruun, J. (2007). Forebyggelse og sundhedsfremme i kommunen-en vejledning til sundhedslovens § 119 stk. 1 og 2. *København, Sundhedsstyrelsen*. Lokaliseret 8. juni 2017 på:
<https://www.sst.dk/~media/F69660BA049649D68187AD1C12281CA6.ashx>.

Happell, B., Platania-Phung, C., Gray, R., Hardy, S., Lambert, T., Mcallister, M., & Davies, C. (2011). A role for mental health nursing in the physical health care of consumers with severe mental illness. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(8), 706-711.

Happell, B., Platania-Phung, C., & Scott, D. (2014). A systematic review of nurse physical healthcare for consumers utilizing mental health services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(1), 11-22.

Happell, B., Davies, C., & Scott, D. (2012). Health behaviour interventions to improve physical health in individuals diagnosed with a mental illness: A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(3), 236-247.

Happell, B., Platania-Phung, C., & Scott, D. (2014). What determines whether nurses provide physical health care to consumers with serious mental illness? *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(2), 87-93.

Happell, B., Platania-Phung, C., Scott, D., & Nankivell, J. (2014). Communication with colleagues: Frequency of collaboration regarding physical health of consumers with mental illness. *Perspectives in Psychiatric Care*, 50(1), 33-43.

Happell, B., Scott, D., Nankivell, J., & Platania-Phung, C. (2013). Screening physical health? yes! but...: Nurses' views on physical health screening in mental health care. *Journal of Clinical Nursing*, 22(15-16), 2286-2297.

Happell, B., Scott, D., Platania-Phung, C., & Nankivell, J. (2012). Rural physical health care services for people with serious mental illness: A nursing perspective. *Australian Journal of Rural Health*, 20(5), 248-253.

Harangozo, J., Reneses, B., Brohan, E., Sebes, J., Csukly, G., López-Ibor, J., . . . Thornicroft, G. (2014). Stigma and discrimination against people with schizophrenia related to medical services. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(4), 359-366.

Hardy, S., Hinks, P., & Gray, R. (2014). Does training practice nurses to carry out physical health checks for people with severe mental illness increase the level of screening for cardiovascular risk? *International Journal of Social Psychiatry*, 60(3), 236-242.

Harris, E., & Barraclough, B. (1998). Excess mortality of mental disorder. *British Journal of Psychiatry*, 173(1), 11-53.

Hastrup, K. (2003). *Ind i verden : En grundbog i antropologiske metode*. Kbh.: Hans Reitzels.

Hastrup, K., Rubow, C., & Tjørnhøj-Thomsen, T. (Eds.). (2011). *Kulturanalyse-kort fortalt*. Samfundslitteratur.

Henderson, C., Noblett, J., Parke, H., Clement, S., Caffrey, A., Gale Grant, O., . . . Thornicroft, G. (2014). Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *The Lancet Psychiatry*, 1(6), 467-482.

Hochschild, A. R. (2012). *The managed heart: Commercialization of human feeling*. Univ of California Press.

Holstein, J. A. (2009). Defining deviance: John Kitsuse's modest agenda. *The American Sociologist*, 40(1-2), 51-60.

Hougaard, E. (2013). Den terapeutiske alliance. In L. Iversen, & N. Rosenberg (Eds.), *Professionel kontakt i samtalebehandling* (pp. 33-49).

Hultsjö, S. (2013). Mental healthcare staff's knowledge and experiences of diabetes care for persons with psychosis--a qualitative interview study. *Primary Health Care Research & Development*, 14(3), 281-292.

Hultsjö, S., & Hjelm, K. (2012). Community health-care staff's experiences of support to prevent type 2 diabetes among people with psychosis: An interview study with health staff. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(5), 480-489.

Jacobsen, M., & Kristiansen, S. (2001). *Farligt feltarbejde : Etik og etnografi i sociologien*. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.

Jacobsen, M., Kristiansen, S., & Prieur, A. (2002). *Liv, fortælling, tekst: Strejftog i kvalitativ sociologi*. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.

Hyland, B., Judd, F., Davidson, S., Jolley, D., & Hocking, B. (2003). Case managers' attitudes to the physical health of their patients. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(6), 710-714.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2016), Bekendtgørelse af sundhedsloven, Lokaliseret d. 8. juni 2017 på:
<https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=183932>.

Institut for Kvalitet, o. A. (2009). *Den danske kvalitetsmodel: Akkrediteringsstandarder for sygehuse: 1. version*. Århus: Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet.

Institut for Kvalitet, o. A. (2010). *Den danske kvalitetsmodel*. Århus: Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet.

Iversen, L., f.1948. (2002). *Medicinsk sociologi : Samfund, sundhed og sygdom*. Kbh.: Munksgaard Danmark.

Jacobsen, M., Jørgensen, A., & Svendsen, T. (2002). Sensitiv sociologi: Undersøgelser af udsatte og udstødte mennesker. In M. Jacobsen, S. Kristiansen & A. Prieur (Eds.), *Liv, fortælling, tekst - strejftog i kvalitativ sociologi* (pp. 235-260), Aalborg Universitetsforlag.

Jacobsen, C., & Kjølbye, M. (2009). Det teoretiske grundlag for den relationelle psykiatri. In S. Broeng (Ed.), *Fokus på relationer. psykiatri i praksis* (pp. 37-73), Hans Reitzels.

Jacobsen, H. M., & Kristiansen, S. (2002). *Erving Goffman. Sociologien om det elementære livs sociale former*, Hans Reitzels.

Jacobsen, H. M., & Kristiansen, S. (2013). Symbolsk interaktionisme mening, selv, samhandling og socialpsykologi på mikroplan. In H. M. Jacobsen, E. Laursen & B. J. Olsen (Eds.), *Social psykologi en grundbog til et fag* (pp. 137-157), Hans Reitzels.

Järvinen, M. (2005). Interview i en interaktionistisk begrebsramme. In M. Järvinen, & N. Mik-Meyer (Eds.), *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. interview, observationer og dokumenter*. (3. oplag ed., pp. 27-48), Hans Reitzels.

Järvinen, M., & Mik-Meyer, N. (2005). Observationer i en interaktionistisk begrebsramme. In M. Järvinen, & N. Mik-Meyer (Eds.), *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. interview, observationer og dokumenter*. (3. oplag ed., pp. 97-120), Hans Reitzels.

Jensen, P., Bach Jensen, K., Sørensen, D., & Olsen, E. (2004). *Recovery på dansk : At overvinde psykosociale handicap*. Århus: Systime Academic; eksp. NBC.

Jensen, Q. S. (2012). Kvalitativ subkulturforskning: at studere kulturel kreativitet på samfundets bund. In H. M. Jacobsen, & Q. S. Jensen (Eds.), *Kvalitative udfordringer* (pp. 197-231), Hans Reitzels.

Johansen, K. S. (2009). Et antropologisk blik på psykiatrisk sygdomsopfattelse: Sociale og kulturelle aspekter af en sygdomsmodel for skizofreni. *Tidsskriftet Antropologi*, 58, 85-106.

Johansen, K. S. (2014). Heroin og håbløshed. In B. Thylstrup, M. Hesse, M. Pedersen & K. Frederiksen (Eds.), *Misbrugsbehandling: Organisering, indsatser og behov*, (pp. 133-145), Aarhus Universitetsforlag.

Johnstone, R., Nicol, K., Donaghy, M., & Lawrie, S. (2009). Barriers to uptake of physical activity in community-based patients with schizophrenia. *Journal of Mental Health, 18*(6), 523-532.

Jones, S., Howard, L., & Thornicroft, G. (2008). 'Diagnostic overshadowing': Worse physical health care for people with mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 118*(3), 169-171.

Jørgensen, P., & Thomsen, C. (2014). *Fysiske helbred blandt psykisk syge : Forebyggelse, diagnostik og behandling*. København: FADL's Forlag.

Juel, K. (2010). *Socialt udsattes brug af sundhedsvæsenet*. København: Statens Institut for Folkesundhed. Lokaliseret 8. juni 2017 på: http://www.si-folkesundhed.dk/upload/socialt_udsattes_brug_af_sundhedsv%C3%A6snet_-_endelig_rapport.pdf.

Kaspersen, L. B. (2001). *Anthony giddens : Introduktion til en samfundsteoretiker* (2. reviderede udgave ed.). København: Hans Reitzel.

Kemp, V. (2011). Use of 'chronic disease self-management strategies' in mental healthcare. *Current Opinion in Psychiatry, 24*(2), 144-148.

Kemp, V., Fisher, C., Lawn, S., Battersby, M., & Isaac, M. K. (2014). Small steps: Barriers and facilitators to physical health self-management by people living with mental illness. *International Journal of Mental Health Promotion, 16*(4), 216-230.

Kitsuse, J. (1962). Societal Reaction to Deviant Behavior: Problems of Theory and Method. *Social Problems, 9*(3), 247-256.

Kjær, P., & Vikkelsø, S. (2010). Organisationssociologi. In P. Andersen, & H. Timm (Eds.), *Sundheds sociologi en grundbog* (1.th ed., pp. 163-190), Hans Reitzels.

Kjølbye, M., & Jacobsen, C. (2009). Den relationelle psykiatri: Psykopatologi og behandling. In S. Broeng (Ed.), *Fokus på relationer. psykiatri i praksis* (pp. 75-91), Hans Reitzels.

- Klarlund Pedersen, B. (2010). *Sandbeden om sundhed : Få styr på dit KRAM : Kost, rygning, alkohol, motion : Sund livsstil, der gør dig 14 år yngre*. København: Politiken.
- Kølbæk, P., Schiöth, E., Aagaard, J., & Munk-Jørgensen, P. (2014). Follow-up interventions in persons with schizophrenia and metabolic syndrome. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(11), 1059-1060.
- Kragh, J. V., Simonsen, E., & Möhl, B. (2017). Psykiatriens historie i Danmark. In E. Simonsen, & B. Möhl (Eds.), *Grundbog i psykiatri* (2.th ed., pp. 899-921), Hans Reitzels.
- Kristiansen, S., & Krogstrup, H. K. (1999). *Deltagende observation: Introduktion til en samfundsvidenskabelig metode*. Kbh.: Hans Reitzels.
- Kvale, S. (2014). Hvordan kan konflikter være en vidensgenerator. In L. Tanggaard, F. Thuesen & K. Vitus (Eds.), *Konflikt i kvalitative studier* (pp. 37-65), Hans Reitzels.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Interview : Introduktion til et håndværk* (2nd ed.). Kbh.: Hans Reitzels.
- Lambert, T. J., & Newcomer, J. W. (2009). Are the cardiometabolic complications of schizophrenia still neglected? barriers to care. *Medical Journal of Australia*, 190(4), 39-42.
- Larsen, S., & Pedersen, I. (2011). In Nepper Larsen S., Kryger Pedersen I. (Eds.), *Sociologisk leksikon*. Kbh.: Hans Reitzels.
- Laursen, T. M., & Nordentoft, M. (2011). Heart disease treatment and mortality in schizophrenia and bipolar disorder – changes in the danish population between 1994 and 2006. *Journal of Psychiatric Research*, 45(1), 29-35.
- Laursen, T. M., Nordentoft, M., & Mortensen, P. B. (2014). Excess early mortality in schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 425-448.
- Lawrence, D., & Kisely, S. (2010). Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness. *Journal of Psychopharmacology (Oxford, England)*, 24(4), 61-68.
- Lee, S., Wong, Y., & Rothbard, A. (2014). Effects of social networks on physical health among people with serious mental illness. *Psychiatric Quarterly*, 85(4), 453-465.
- Lemert, E. M. (1951). Social pathology; A systematic approach to the theory of sociopathic behavior.

- Lerbæk, B., Aagaard, J., Andersen, M. B., & Buus, N. (2015). Moral decision-making among assertive community treatment (ACT) case managers: A focus group study. *Issues in mental health nursing*, 36(9), 659-668.
- Lindhardt, A. (2017). Psykiatriens organisering. *Grundbog i psykiatri* (2.th ed., pp. 953-972), Hans Reitzels.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 27(1), 363-385.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2006). Stigma and its public health implications. *The Lancet*, 367(9509), 528-529.
- Lovasi, G., Adams, J., & Bearman, P. (2010). Social support, sex, and food. Social Networks and Health. In C. E. Bird, P. Conrad, A. fremont & S. Timmermans (Eds.), *Handbook of medical sociology* (6. ed. ed., pp. 75-91), Vanderbilt University Press.
- Lynggaard, K. (2010). Dokumentanalyse. In S. Brinkmann, & L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative metoder en grundbog* (pp. 137-151), Hans Reitzels.
- Mahone, I. H. (2004). Medication decision-making by persons with serious mental illness. *Archives of psychiatric nursing*, 18(4), 126-134.
- Mainz, J., Sloth, A., & Kjølbye, M. (2014). De mange aktører og deres samarbejde. In P. Jørgensen, & C. Thomsen (Eds.), *Fysisk helbred blandt psykiske syge. forebyggelse, diagnostik og behandling*. (pp. 227-237), FADL'S forlag.
- Maj, M. (2009). Physical health care in persons with severe mental illness: A public health and ethical priority. *World Psychiatry*, 8(1), 1-2.
- Makdisi, L., Blank, A., Bryant, W., Andrews, C., Franco, L., & Parsonage, J. (2013). Facilitators and barriers to living with psychosis: An exploratory collaborative study of the perspectives of mental health service users. *The British Journal of Occupational Therapy*, 76(9), 418-426.
- Marshall, M., & Lockwood, A. (1998). Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2.
- Mcdevitt, J., Snyder, M., Miller, A., & Wilbur, J. (2006). Perceptions of barriers and benefits to physical activity among outpatients in psychiatric rehabilitation. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(1), 50-55.

- Merton, R. K., Fiske, M., & Kendall, P. L. (1990). *The focused interview: A manual of problems and procedures* (2. ed. ed.). New York: The Free Press.
- Mik-Meyer, N. (2011). Diagnosers magt. *Social Politik*, 2011(4), 5-8. Lokaliseret 6. juni 2017 på: <http://socialpolitisk-forening.dk/wp/wp-content/uploads/2010/10/Social-Politik-nr.-4.2011.pdf>.
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (3. ed. ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2009). Ten things that motivational interviewing is not. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 37(02), 129-140.
- Mitschell, A., Vancampfort D., De Hert, M., Stubbs D. Tobacco dependence, treatment and smoke-free policies: a survey of mental health professionals' knowledge and attitudes. *Psychiatric Medical Comorbidity, Volume 37, Issue 1, Pages 14–23*.
- Møhl, B., & Simonsen, E. (2017). At lytte til patienten. In E. Simonsen, & B. Møhl (Eds.), *Grundbog i psykiatri* (2.th ed., pp. 133-149), Hans Reitzels.
- Møller, J. R., & Johansen, K. S. (2016). Spændingsfeltet mellem dynamik og stabilitet. *Tidsskriftet Antropologi, Nr. 72, 67-87*.
- Møllerhøj, J. (2008). Sindssygdom, dårevæsen og videnskab i asyltiden 1850-1920. I J. Kragh (red.), *Psykiatriens historie i Danmark* (s. 88-118). Hans Reitzels.
- Molodynski, A. B.,T. (2011). What does research tell us about assertive community treatment? In Williams,C.Firm,M.Wharne,S.Macpherson,R (Ed.), *Assertive outreach in mental healthcare current perspectives* (pp. 1-14), John Wiley & Sons.
- Morgan, D. L. (2010). Reconsidering the role of interaction in analyzing and reporting focus groups. *Qualitative Health Research*, 20(5), 718-722.
- Morgan, D. L. (1997). *Focus Groups as Qualitative Research* (Vol. 16). SAGE Publications.
- Morgan, D. L. (1998). In Morgan D. L., Krueger R. A. and King J. A. (Eds.), *Focus group kit* Thousand Oaks, Calif. : SAGE Publications.
- Musaeus, P. (2012). Korttidsetnografi-hverken blitzkrig eller eksil. In M. Pedersen, J. Klitmøller & J. Nielsen (Eds.), *Deltagerobservation. En metode til undersøgelse af psykologiske fænomener*, 149-160, Hans Reitzels.

Nankivell, J., Platania-Phung, C., Happell, B., & Scott, D. (2013). Access to physical health care for people with serious mental illness: A nursing perspective and a human rights perspective- common ground. *Issues in Mental Health Nursing*, 2013, 34; Vol.34(6; 6), 442-450.

Nash, M. (2013). Diagnostic overshadowing: A potential barrier to physical health care for mental health service users: *Mental Health Practice*, 17(4), 22-26.

Nash, M. (2014). Mental health service users' experiences of diabetes care by Mental Health Nurses: An exploratory study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(8), 715-723.

Nordentoft, M. (2014). Den psykotiske patient. In P. Jørgensen, & C. Thomsen (Eds.), *Fysisk helbred blandt psykisk syge. Forebyggelse, diagnostik og behandling.* (pp. 155-165), FADL'S forlag.

Nordentoft, M., & Iversen, T. (2010). Rehabilitering ved skizofreni ved behandling i opsøgende team. In L. Eplov, L. Korsbek, L. Petersen & M. Olander (Eds.), *Psykiatrisk og psykosocial rehabilitering - en recoveryorienteret tilgang* (pp. 131-138), Munksgaard.

Nordentoft, M., Krogh, J., Lange, P., & Moltke, A. (2012). Psykisk sygdom og ændringer i livsstil. *Vidensråd for Forebyggelse*. Lokaliseret 8. juni 2017 på: http://www.vidensraad.dk/sites/default/files/vidensraad_for_forebyggelse_psykisk_sygdom_aendringer_i_livsstil_2015.pdf

Nordentoft, M., & Vandborg, S. (2017). Skizofreni. In E. Simonsen, & B. Möhl (Eds.), *Grundbog i psykiatri* (pp. 297-323), Hans Reitzels.

Nordentoft, M., Voss-Knude, S., Schultz, V., Sandsten, E., Fink-Jensen, A., Bjørnshave, T. & Fohlmann, A. H. (2015). National klinisk retningslinje for behandling af patienter med skizofreni og komplekse behandlingsforløb. Lokaliseret 8. juni 2017 fra: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2015/~~/media/A267F05263354D4FA085A12BE3310DCF.ashx>

Nyboe, L., & Videbech, P. (2010). Metabolisk syndrom ved skizofreni. *Ugeskrift for Læger*, 172(49), 3399-3404.

Papaioannou, D., Sutton, A., Carroll, C., Booth, A., & Wong, R. (2010). Literature searching for social science systematic reviews: consideration of a range of search techniques. *Health Information & Libraries Journal*, 27(2), 114-122.

- Park, A., Mcdaid, D., Weiser, P., Von Gottberg, C., Becker, T., & Kilian, R. (2013). Examining the cost effectiveness of interventions to promote the physical health of people with mental health problems: A systematic review. *BMC Public Health*, *13*, 787, 1-17.
- Pedersen, P. V., Holst, M., Davidsen, M., & Juel, K. (2012). *SUSY UDSAT 2012. Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2012 og udviklingen siden 2007*. Rådet for Socialt Udsatte. Lokaliseret 8. juni 2017 på: http://www.sifolkesundhed.dk/upload/susy_udsat_2012_webpublikation.pdf.
- Peirce, C. S. (1994). *Semiotik og pragmatisme*. Kbh.: Gyldendal.
- Pescosolido, B. A., & Levy, J. A. (2002). The role of social networks in health, illness, disease and healing: the accepting present, the forgotten past, and the dangerous potential for a complacent future. In *Social networks and health* (pp. 3-25).
- Petersen, A. (2013). *Hverdagslogikker i psykiatriske arbejde : En institutionsetnografisk undersøgelse af hverdagen i psykiatriske organisationer*. København: PhD School of Economics and Management.
- Petticrew, M., & Roberts, H. (2006). *Systematic reviews in the social sciences : A practical guide*. Malden, Mass.: Blackwell.
- Phelan, M., Stradins, L., & Morrison, S. (2001). Physical health of people with severe mental illness: Can be improved if primary care and mental health professionals pay attention to it. *British Medical Journal*, *322*(7284), 443-443.
- Prieur, A. (2002). At sætte sig i en andens sted: En diskussion af nærhed, afstand og feltarbejde. In M. Jacobsen, S. Kristiansen & A. Prieur (Eds.), *Liv, fortælling, tekst. strejftog i kvalitativ sociologi*. (pp. 135-156), Aalborg Universitet.
- Randolph, J. J. (2009). A guide to writing the dissertation literature review. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, *14*(13), 1-13.
- Rastad, C., Martin, C., & Åsenlöf, P. (2014). Barriers, benefits, and strategies for physical activity in patients with schizophrenia. *Physical therapy*, *94*(10), 1467-79.
- Ratschen, E., Britton, J., Doody, G. A., Leonardi-Bee, J., & McNeill, A. (2009). Tobacco dependence, treatment and smoke-free policies: a survey of mental health professionals' knowledge and attitudes. *General hospital psychiatry*, *31*(6), 576-582.

- Roberts, S. H., & Bailey, J. E. (2013). An ethnographic study of the incentives and barriers to lifestyle interventions for people with severe mental illness. *Journal of Advanced Nursing*, 69(11), 2514-2524.
- Roberts, S. H., & Bailey, J. E. (2011). Incentives and barriers to lifestyle interventions for people with severe mental illness: a narrative synthesis of quantitative, qualitative and mixed methods studies. *Journal of Advanced Nursing*, 67(4), 690-708.
- Robson, D., Haddad, M., Gray, R., & Gournay, K. (2013). Mental health nursing and physical health care: A cross-sectional study of nurses' attitudes, practice, and perceived training needs for the physical health care of people with severe mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(5), 409-417.
- Rock, P. (2001). Symbolic interactionism and ethnography. In P. Atkinson, A. Coffey, S. Delamont, J. Lofland & L. Lofland (Eds.), *Handbook of ethnography* (pp. 26-38).
- Rosenberg, R. (2008a). Fra biologisk psykiatri til neuropsykiatri. Psykiatrien fra 1970 til i dag. In J. V. Kragh (Ed.), *Psykiatriens historie i danmark* (pp. 292-333), Hans Reitzels.
- Rosenberg, R. (2008b). Den psykofarmakologiske udvikling 1950-1970. In J. V. Kragh (Ed.), *Psykiatriens historie i danmark* (pp. 263-291), Hans Reitzels.
- Rosenberg, N. (2013). Professionel kontakt i psykoterapi. In T. Iversen, & N. Rosenberg (Eds.), *Professionel kontakt i samtalebehandling* (pp. 11-32), Hans Reitzels.
- Saha, S., Chant, D., & McGrath, J. (2007). A systematic review of mortality in schizophrenia: Is the differential mortality gap worsening over time? *Archives of general psychiatry*, 64(10), 1123-1131.
- Saldaña, J. (2013). *The coding manual for qualitative researchers* (2nd ed.). London: SAGE.
- Sanders, C. (2006). Viewing the body: An overview, exploration and extension. In D. D. Waskul, & P. Vannini (Eds.), *Body/embodiment : Symbolic interaction and the sociology of the body* (pp. 279-294), Routledge.
- Scheff, T. J. (1999). *Being mentally ill : A sociological theory* (3rd ed.). New York: Aldine de Gruyter.
- Scheid, T., & Greenberg, G. (2007). An organizational analysis of mental health care. In Avison, W. McLeod, J. Pescosolido, B. (Ed.), *Mental health, social mirror* (pp. 379-406).

- Scott, S. (2009). *Making sense of everyday life*. Cambridge: Polity.
- Seeman, M. V., & Seeman, N. (2012). The meaning of antipsychotic medication to patients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric Practice*®, 18(5), 338-348.
- Shattell, M. M., Donnelly, N., Scheyett, A., & Cuddeback, G. S. (2011). Assertive community treatment and the physical health needs of persons with severe mental illness: Issues around integration of mental health and physical health. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 17(1), 57-63.
- Shiner, B., Whitley, R., Van Citters, A. D., Pratt, S. I., & Bartels, S. J. (2008). Learning what matters for patients: Qualitative evaluation of a health promotion program for those with serious mental illness. *Health Promotion International*, 23(3), 275-282.
- Shorter, E. (1997). *Psykiatriens historie - fra asyl til prozac*. København: Munksgaard.
- Smith, K. P., & Christakis, N. A. (2008). Social networks and health. *Annu. Rev. Sociol*, 34, 405-429.
- Smith, L., & Newton, R. (2007). Systematic review of case management. *Aust.N.Z.J.Psychiatry*, 41(2-9).
- Sonne-Ragans, V. (2012). *Anvendt videnskabsteori : Reflekteret teoribrug i videnskabelige opgaver*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Soundy, A., Faulkner, G., & Taylor, A. (2007). Exploring variability and perceptions of lifestyle physical activity among individuals with severe and enduring mental health problems: A qualitative study. *Journal of Mental Health*, 2007, 16; Vol.16(4; 4), 493-503.
- Sowers, W., Arbuckle, M., & Shoyinka, S. (2016). Recommendations for primary care provided by psychiatrists. *Community Mental Health Journal*, 52(4), 379-386.
- Stein, L. I., & Santos, A. B. (2000). *Psykoseteam : En model for opsøgende psykiatriske arbejde*. Kbh.: Hans Reitzels.
- Sundheds- og Ældreministeriet, KL, & Danske Regioner. (2016). *Nationale mål for sundhedsvæsenet*. Lokaliseret 8. juni 2017 fra http://sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2016/Nationale-maal/SUM-Nationale-maal-L-april-2016.ashx.

- Tǝnnesen, H. (2005). *Terminologi: Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed*. Kbh.: Sundhedsstyrelsen.
- Tanggaard, L. (2014). Frugtbare brud i forskningsinterviews. In Tanggaard, Lene, Thuesen, Fredrik, & K. Vitus (Eds.), *Konflikt i kvalitative studier* (pp. 69-90), Hans Reitzels.
- Tanggaard, L., & Brinkmann, S. (2010). Kvalitet i kvalitative studier. In S. Brinkmann, & L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative metoder en grundbog* (pp. 489-499), Hans Reitzels.
- Thomas, W. I. (1938). *The child in america : Behavior problems and programs* (4. print. ed.), РИПОЛ Классик.
- Thornicroft, G. (2011). Physical health disparities and mental illness: The scandal of premature mortality. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 199(6), 441-442.
- Tosh, G., Clifton, A. V., Xia, J., & White, M. M. (2014). Physical health care monitoring for people with serious mental illness. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD008298.
- Tosh, G., Clifton, A., & Bachner, M. (2011). General physical health advice for people with serious mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 37(4), 671-673.
- Udvalget om Psykiatri. Arbejdsgruppe 2. (2013). *Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser - udvikling i diagnoser og behandling : Bilagsrapport 2 : Lokaliseret 6. juni 2017 pǝ: http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Psykiatri/2013/Oktober/~/_media/Filer/%20-%20Publikationer_i_pdf/2013/Rapport-psykiatriudvalg-okt-2013/21-10-2013/21102013Indsatsenformenneskermedpsyliskelidelserbilag2web.ashx*
- Ummel, D., & Achille, M. (2016). How not to let secrets out when conducting qualitative research with dyads. *Qualitative Health Research*, 26(6), 807-815.
- Ussher, M., Stanbury, L., Cheeseman, V., & Faulkner, G. (2007). Physical activity preferences and perceived barriers to activity among persons with severe mental illness in the United Kingdom. *Psychiatric services*, 58(3), 405-408.
- Vaccaro, J. V., Liberman, R. P., Wallace, C. J., & Blackwell, G. (1992). Combining social skills training and assertive case management: The social and independent living skills program of the brentwood veterans affairs medical center. *New Directions for Mental Health Services*, 1992(53), 33-42.

- Vanderlip, E. R., Williams, N. A., Fiedorowicz, J. G., & Katon, W. (2014). Exploring primary care activities in ACT teams. *Community Mental Health Journal*, 50(4), 466-473.
- Vannini, P. (2007). Extending and broadening blumer's conceptualization of fashion: Adding notions of generic social process and semiotic transformation. *Sociological Focus*, 40(3), 306-319.
- Vendsborg, P. (1998). *Distriktspsykiatri - nu og i fremtiden : Behandling af mennesker med langvarige sinds sygdomme*. København: Psykiatrifonden.
- Vendsborg, P. (1999). *Opsøgende psykoseteam: Assertive community treatment: En medicinsk teknologivurdering*. København: DSI - Institut for Sundhedsvæsen.
- Villena, A. L. D., & Chesla, C. A. (2010). Challenges and struggles: Lived experiences of individuals with co-occurring disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*, 24(2), 76-88.
- Wahlbeck, K., Westman, J., Nordentoft, M., Gissler, M., & Laursen, T. M. (2011). Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 453-458.
- Walsh, R. (2011). Lifestyle and mental health. *American Psychologist*, 66(7), 579-592.
- Wårdig, R. E., Bachrach-Lindström, M., Foldemo, A., Lindström, T., & Hultsjö, S. (2013). Prerequisites for a healthy lifestyle—experiences of persons with psychosis. *Issues in mental health nursing*, 34(8), 602-610.
- Warming, H. (2007). Deltagende observation. In L. Fuglsang, P. Hagedorn-Rasmussen & P. Olsen (Eds.), *Teknikker i samfundsvidenskaberne* (pp. 314-331), Samfundslitteratur.
- Waskul, D. D. (2009). Symbolic interactionism the play and fate of meanings in everyday life. In H. M. Jacobsen (Ed.), *Encountering the everyday: an introduction to the sociologies of the unnoticed* (pp. 116-138).
- Waskul, D. D., 1969-, & Vannini, P. (2006). *Body/ embodiment : Symbolic interaction and the sociology of the body*. Aldershot: Ashgate.
- White, J., Drew, S., & Hay, T. (2009). Ethnography versus case study-positioning research and researchers. *Qualitative Research Journal*, 9(1), 18-27.
- WHO. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health: Final report of the commission on social determinants of health*. Lokaliseret d.

8/6 2017 på:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703_eng.pdf.

Williams, C. (2011). *Assertive outreach in mental healthcare : Current perspectives*. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell.

Winther, I. (2012). Hjemmet. In M. Raunkjær, & M. Holen (Eds.), *Primærsektor -det nære sundhedsvæsen* (1.th ed., pp. 87-105), Munksgaard.

Yin, R. K. (2006). Case study design. In D. De Vaus (Ed.), *Research design volume IV* (pp. 83-90), Sage.

Yin, R. K. (2014). *Case study research : Design and methods* (5th ed.). Los Angeles, Calif.: Sage.

ISSN (online): 2246-1256
ISBN (online): 978-87-7112-978-6

AALBORG UNIVERSITETSFORLAG