

Kortlægningsrapport

Personlige statements som en del af praksis

Udarbejdet af Agnete Neidel, iDialog
for Peer-Partnerskabet og Kompetencecenter for Recovery,
Region Hovedstadens Psykiatri
Som en del af projekt Peers som Recoveryguider
Med støtte fra TrygFonden

2025

Indholdsfortegnelse

Indhold

Kortlægningsrapport – resumé.....	3
1. Indledning	4
2. Formål.....	4
3. Metode	5
4. Om personlige statements.....	6
5. De deltagende afsnit	8
6. Rammerne for patienternes deltagelse	8
7. Resume af de tre pilotprojekter.....	8
8. Læringspointer.....	9
Læringspointe 1: Behov for plads i den organisatoriske ramme	10
Læringspointe 2: Personlige statements muliggør værdifulde samtaler.....	14
Læringspointe 3: Personlige statements åbner for ny viden, nye erkendelser og nye blikke på patienterne ..	19
Læringspointe 4: Personlige statements kan få betydning for samarbejdet – skriftlighed og de faglige 'rum' er vigtige nøgler	23
Læringspointe 5: Personlige statements styrker recovery-orientering og kan derigennem styrke peer-rollen	30
9. Opsummering: Elementer til brug af personlige statements i praksis.....	34
10. Konklusion på kortlægningsprojektet	38
11. anbefalinger til den videre udvikling af praksis for personlige statements	40

Denne rapport er udarbejdet som en del af projektet Peers som Recoveryguider, der drives af Peer-Partnerskabet i samarbejde med Region Hovedstadens Psykiatri, Psykiatrien Region Sjælland, Psykiatrien Region Nord, Københavns Kommune og Randers Kommune. Projektet er støttet af TrygFonden.

Find flere rapporter og artikler på www.peerpartnerskabet.dk

Indholdet må citeres med tydelig kildehenvisning. © 2025 Peer-Partnerskabet

Kortlægningsrapport – resumé

Denne rapport sammenfatter læringen fra et kortlægningsprojekt om personlige statements (PS), og giver et eksempel på, hvordan man kan arbejde med PS. Kortlægningsprojektet blevet gennemført i samarbejde mellem Peer-Partnerskabet og Region Hovedstadens Psykiatri fra maj til december 2024. Kortlægningen udforskede, hvordan PS i praksis kan indgå i psykiatriske behandlingsforløb.

Tre døgnafsnit på Psykiatrisk Center Frederiksberg deltog i pilotprojekterne, som fokuserede på at skabe plads til PS i eksisterende arbejdsgange under indlæggelse samt med at forbinde patienternes præferencer med de faglige beslutningsprocesser.

I praksis blev PS præsenteret for patienterne kort efter indlæggelsen som et frivilligt redskab til at sætte ord på det, der er vigtigt for dem. Patienterne fik tid og støtte til at udfylde PS, ofte gennem samtaler med recovery-mentorer eller deres kontaktperson. De udfyldte PS blev både bragt i spil af patienterne selv til f.eks. behandlingsmøder og udskrivningssamtaler og blev derudover bragt i spil til bl.a. tværfaglige konferencer og ved forstuegang.

Erfaringerne viser, at PS kan skabe værdifulde samtaler mellem patienter og personale. PS gav bl.a. personalet mulighed for at blive opmærksomme på patientens ressourcer og ønsker, som ellers kunne være overset i den daglige praksis. Dertil styrkede brugen af PS kommunikationen i det tværfaglige samarbejde og skabte nye perspektiver på patienterne og deres behov.

Gennem en række læringspointer beskriver rapporten de organisatoriske forudsætninger for at arbejde med PS, herunder behovet for ledelsesopbakning, tid og fleksible arbejdsgange. Dertil beskrives, hvordan PS kan integreres i faglige processer som tværfaglige møder, patientplaner og udskrivningssamtaler. Endelig fremhæves potentialet i peer-medarbejdere som en del af det tværfaglige samarbejde.

Rapporten konkluderer, at PS er et værdifuldt redskab i psykiatrien, fordi det fremmer patientens stemme i behandlingsforløbet og styrker en recovery-orienteret praksis. PS skaber mulighed for dybere og mere meningsfulde samtaler mellem patienter og personale, hvor patienternes ønsker, ressourcer og styrker bliver tydelige. Dette giver en bedre forståelse af patientens behov og understøtter en mere præcis og relevant indsats.

Derudover konkluderes det, at PS kan udfordre og korrigere personalets forforståelser, særligt for patienter med gentagne indlæggelser, og derved bidrage til en mere nuanceret tilgang. Endelig fremhæves PS som et enkelt, fleksibelt redskab, der kan anvendes i praksis uden at indføre helt nye rutiner, men ved at prioritere i de eksisterende opgaver. Dertil styrker PS recovery-mentorerne i deres rolle og bidrager til en mere helhedsorienteret praksis.

Rapporten indeholder anbefalinger til, hvordan PS kan videreudvikles og integreres i psykiatrien samt inspiration til, hvordan værktøjet og metoden kan afprøves i andre sammenhænge i eksempelvis socialpsykiatrien og på beskæftigelsesområdet. Samtidig understreges der i rapporten et behov for yderligere forskning i PS' effekter på behandlings- og borgerforløb samt en afklaring af, hvordan PS bedst kan integreres systematisk uden at miste fokus på patientens egen stemme.

1. Indledning

Personlige statements (PS) er en recovery-understøttende metode, der styrker brugere af bl.a. behandlings- og socialpsykiatrien i at beskrive sig selv med egne ord og sætte ord på, hvad man ønsker hjælp til, og hvilken forandring andres hjælp skal bidrage til at skabe. PS består af fire korte spørgsmål, som er designet til at understøtte patienters mødeforberedelse, så deres styrker og deres ønsker til samarbejdet kan stå tydeligere frem i møder med professionelle. PS anvendes også på beskæftigelsesområdet samt andre områder.

Peer-Partnerskabet har fra maj til december 2024 samarbejdet med Region Hovedstadens Psykiatri (RHP) om at kortlægge og afprøve mulige praksisser for, hvordan PS kan indgå i patientforløb i den regionale behandlingspsykiatri.

Konkret har kortlægningen gennem pilotprojekter på tre forskellige døgnafsnit på Psykiatrisk Center Frederiksberg udforsket og afprøvet, hvordan der kan skabes rum for at understøtte patienter i at udfylde PS, samt hvordan der kan skabes aktive koblinger mellem den enkeltes PS og de faglige møder, som former behandlingsforløbet, så PS får mulighed for at indgå som grundlag for samarbejdet mellem patienter og professionelle. Som en del af pilotprojekterne har der også været fokus på afsnittenes recovery-mentorer (peers) og deres rolle i at gøre PS til en mere integreret del af den faglige praksis.

Pilotprojekterne er blevet afrundet med vidensindsamling til denne rapport, der giver indblik i den vigtigste læring fra kortlægningen samt kommer med forslag til, og eksempler på, hvordan man kan arbejde med PS i behandlingspsykiatrien, socialpsykiatrien og på beskæftigelsesområdet.

2. Formål

Formålet med kortlægningen var at designe og afprøve mulige praksisser for, hvordan PS kan indgå i patientforløb i den regionale behandlingspsykiatri og herigennem skabe viden om:

- hvordan PS og de beskrevne praksisser bidrager til at styrke et afsnits tværfaglige team i at arbejde mere konkret med brugernes ønsker og forventninger til samarbejdet.
- hvordan PS og de beskrevne praksisser rummer potentiale til at styrke peer-indsatsen i organisationen.

3. Metode

Kortlægningsprojektet blev til som et samarbejde mellem Peer-Partnerskabet, Kompetencecenter for Recovery og Psykiatrisk Center København – afdeling Frederiksberg.

I gennemførelsen af de lokale pilotprojekter har det haft en stor betydning for forløbet, at der var ledelsesmæssig opbakning fra chefsygeplejersken på Frederiksberg, der bidrog med at udvælge de deltagende afsnit, så medarbejderne havde oversygeplejerskernes opbakning i de lokale pilotprojekter.

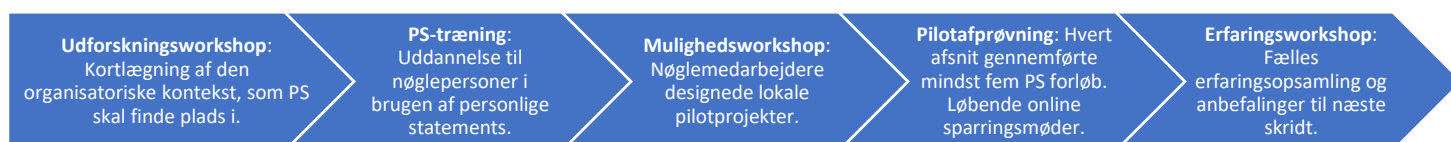
Det betød, både at de deltagende medarbejdere havde opbakning til at bruge tid på samtaler med patienterne med afsæt i PS-skemaet, og at patienternes ord blev budt velkommen i de faglige sammenhænge, hvor de blev bragt i spil.

Det var også afgørende at Kompetencecenteret påtog sig det betydelige koordinations- og kommunikationsarbejde, der har været undervejs. Projektleder Katrine Asmussen fra Kompetencecenteret har koordineret og samlet tråde, mens en forsker fra Kompetencecenteret (Anna Kristine Waldemar) og en procesfacilitator (Agnete Neidel fra iDialog) har faciliteret processen og stået for vidensopsamling. Uden denne indsats ville kortlægningen have været væsentlig mere overfladisk og givet et mere begrænset indblik i, hvordan PS kan implementeres i praksis.

Selve kortlægningen og afprøvningen af mulige praksisser for brug af PS har været tilrettelagt som en kollaborativ udviklingsproces, hvor nøglemedarbejdere (én peerfaglig *recovery-mentor* og én sundhedsfaglig *kontaktperson*) og deres leder designede og gennemførte små pilotprojekter på hver deres afsnit.

Dette blev understøttet gennem en række korte workshops, som sikrede ejerskab og praksisnærhed samt klædte nøglemedarbejderne på til at arbejde med personlige statements. Dertil havde processen fokus på fælles refleksion og vidensopsamling.

Oversigt over procestrin i kortlægningen:



De første tre workshops udgjorde forberedelsesfasen, hvor de deltagende kontaktpersoner og recovery-mentorer blev klar til selve afprøvningen.

Til udforskningsworkshoppens mødtes nøglemedarbejdere fra de tre afsnit og deres ledere med hinanden og med peers, der havde erfaring med brugen af personlige statements. På denne workshop blev den organisatoriske kontekst kortlagt for på den måde at lede efter mulige veje og forhindringer for at integrere PS i deres praksis.

Næste skridt var en workshop afholdt af Peer-Partnerskabet, hvor nøglemedarbejderne arbejdede med, og fik viden om, PS. Derefter fulgte endnu en workshop, hvor nøglemedarbejdere og ledere fra de tre afsnit mødtes for at designe lokale pilotprojekter og dele deres design med hinanden.

Da afsnittene havde beskrevet egne pilotprojekter, gik de i gang med selve afprøvningen. Den strakte sig over ca. to måneder, og på hver afdeling blev der gennemført minimum fem PS-forløb med forskellige

patienter, der selv valgte deres deltagelse. Hvert forløb bestod i at (1) udfylde PS sammen med patienten og (2) bringe personens PS i spil i en faglig sammenhæng for at gøre patientens stemme synlig i afdelingens samarbejde med patienten.

Undervejs i afprøvningen udfyldte nøglemedarbejderne løbende refleksionsskemaer, og der blev løbende afholdt online refleksionsmøder for at understøtte afprøvningen og de lokale læreprocesser.

Afslutningsvist blev der afholdt en erfaringsworkshop, hvor nøglemedarbejdere, samarbejdspartnere og ledelse mødtes om at samle erfaringerne fra de forskellige pilotprojekter og kigge frem mod næste skridt.

Ud over det beskrevne forløb er der lavet ét patientinterview og ét interview med to af de involverede recovery-mentorer. Det var et ønske at lave flere patientinterview, men en kombination af korte indlæggelsesforløb og travle hverdage hos de medarbejdere, der skulle bygge broen, blev det kun muligt med det ene interview.

4. Om personlige statements

Et PS består af fire spørgsmål, som bruges til med egne ord at beskrive sig selv, og hvad der er vigtigt, så dette synliggøres både for en selv og for andre. Samtidig formuleres, hvad man gerne vil have hjælp til, men ikke præcis, hvilken hjælp man gerne vil have.

Således er arket også en invitation til, at man f.eks. som medarbejder kan bidrage med faglig viden, så der kan træffes fælles beslutninger om, hvad der skal iværksættes. Dette skal styrke grundlaget for et relevant samarbejde om f.eks. den behandling eller støtte, brugeren får tilbudt.

Oftest er de fire spørgsmål samlet på et A4-ark, men man kan også arbejde med de fire spørgsmål på andre måder. Metodisk kan PS høre under Fælles Beslutningstagen og benyttes til det, som kaldes brugerens præferencer, men PS kan også stå alene eller bruges i anden metodisk kontekst.

PS har følgende struktur:

- Sådan vil jeg introducere mig selv
- Det er vigtigt for mig, at ...
- Jeg vil gerne have hjælp til
- Så jeg kan ...

Intentionen med PS er at invitere til et samarbejde om løsning af de vanskeligheder, som brugerne finder væsentlige, og som skaber værdi i brugerens hverdag.

Dertil understøtter strukturen i PS, at brugeren fastholder sin egen forståelse af sin situation og har mulighed for at agere i samarbejdet. Se et eksempel på et udfyldt PS på næste side.

Arket 'personlige statements'

Eksempel på et udfyldt personligt statement:

Johan er en 35-årig mand, der ifm. sit jobtræningsforløb har udfyldt et PS i samarbejde med en peer-medarbejder. Johan fortæller, at han bruger sit PS til at huske sig selv på, hvor han er på vej hen i livet:

"Det var rart at få skrevet sine personlige statements ned, så man har dem at kigge på, hvis man har en dårlig dag. Så kan jeg kigge på papiret og se, hvad jeg gerne vil. Så jeg kan kigge på, hvad jeg arbejder hen imod."

Sådan introducerer jeg mig selv:
Chill, kreativ, introvert, gamer, læser,
samarbejdsvillig, omsorgsfuld
Organisering
Planlægning

Det er vigtigt for mig at:
at have gode mennesker omkring mig
En sød støtte
at komme ud af systemet, kørekort
Økonomi kører,

Jeg vil gerne have hjælp til:
komme ud af døren, det er ikke farligt
at det er okay at fejle

Så jeg kan:
komme ud af systemet & få et deltidsjob

Det er mit liv det handler om

Sådan introducerer jeg mig selv: Chill, kreativ, introvert, gamer, læser, samarbejdsvillig, omsorgsfuld, organisering og planlægning.

Det er vigtigt for mig at: At have gode mennesker omkring mig. En sød støtte. At komme ud af systemet. Kørekort.

Jeg vil gerne have hjælp til: Komme ud af døren. Det er ikke farligt. Det er okay at fejle.

Så jeg kan: Komme ud af systemet og få et deltidsjob.

Ovenstående eksempel er indsamlet ifm. Peer-Partnerskabets aktionslæringsforløb i 2022. Det er ikke fra en patient, der har deltaget i den afprøvning, som gennemgås i denne rapport.

Baggrunden for personlige statements

PS er inspireret af Patricia Deegans 'power statements', som er et arbejdsark til fælles beslutningstagen i forhold til medicinsk behandling.

Forskningsinterviews, der er gennemført for Peer-Partnerskabet i 2020, viste, at navnet 'power statements' ikke fungerede for brugerne, der havde svært ved at koble ordlyden til dem selv. Dertil viste pilotafprøvnings, at brugere havde vanskeligt ved at anvende den fremgangsmåde, Deegan anvendte.

Det anvendte arbejdsark for PS indgik i det nationale lodtrækningsforsøg af peer-indsatsen 'Vejen til hverdagslivet', der bl.a. viste signifikant effekt på personlig recovery.

5. De deltagende afsnit

Her beskrives kort de afsnit, som har gennemført de tre pilotprojekter.

Afsnit C100: almenpsykiatrisk åbent døgnafsnit med 15 senge + 2 senge til ambulante patienter med kontrakt til brugerstyret indlæggelse i afsnittet. På afsnittet behandles voksne patienter med alle slags psykiatiske diagnoser.

Afsnit 6221: almenpsykiatrisk åbent døgnafsnit med 17 senge. På afsnittet behandles voksne patienter med alle slags psykiatiske diagnoser.

Afsnit C231: åbent døgnafsnit for patienter med affektive lidelser. Afsnittet har 11 senge. På afsnittet behandles patienter mellem 18 og 70 år med behov for specialiseret behandling af bl.a. affektive lidelser, angst, personlighedsforstyrrelser, belastningsreaktion og OCD.

6. Rammerne for patienternes deltagelse

For at gøre afprøvningen håndgribelig og for at støtte både patienter og medarbejder i afprøvningen af mulige praksisser for brug af PS er der opstillet følgende ramme for patienternes deltagelse i pilotprojekterne:

- Patienterne tilvælger selvom, de ønsker at arbejde med PS.
- Hvis patienterne ønsker at deltage i afprøvningen, skal de være indstillet på:
 - at deres PS skrives ned enten af dem selv eller den, der hjælper med processen.
 - at deres PS 'deles' med resten af personalegruppen, enten skriftligt – fx i patientplanen eller mundtligt gennem oplæsning af PS på fx forstuegang eller tværfaglige konferencer.

Hvis patienten ønsker det, kan deres PS lægges i journalen, men betragtes ikke, som om det er delt.

Som en del af afprøvningen skal der foregå yderlige arbejde på afsnittet mht., hvordan man sikrer en ordentlig og meningsfuld vidensdeling, om hvad der er vigtigt for netop denne patient.

7. Resumé af de tre pilotprojekter

De tre lokale pilotprojekter havde meget til fælles. De tre afsnit besluttede alle at præsentere PS for patienter tidligt i deres indlæggelsesforløb for på den måde at kunne skabe plads til patientens stemme helt fra start. Dertil besluttede alle tre afsnit på lidt forskellige måder at bringe PS i spil blandt de øvrige kollegaer ved at bære det ind i nogle af de faglige rum, hvor indsatsen formes, men hvor patienten ikke er til stede.

I de indledende beskrivelser formulerede de deltagende afsnit følgende for deres pilotprojekter:

- Afsnit C100: PS skal udfyldes af patienten gennem samtale med kontaktperson og recovery-mentor tidligt i indlæggelsen. PS danner derefter grundlag for mere konkret udfyldelse af patientplanens problem-/målskema. PS danner således grundlag for *udarbejdelsen af patientens plan* for behandling (patientplan), og vores ønske er at undersøge, hvordan og om PS kan være

med til at synliggøre patienten og dennes ønsker i patientplanen.

- Afsnit 62-21: Udvalgte patienter præsenteres inden for den første uge af indlæggelsen om PS. Ved behov udfylder vi PS sammen med patienten. Vi får placeret PS centralt på patientens stue (på tavle med farverig ramme om). Vi vil informere personalegruppen om pilotprojektet og bringe PS med til *forstuegang* ved patientens samtykke, så dette kan anvendes aktivt i deres behandling.
- Afsnit C231: Vi vil forsøge at afprøve PS inden for den første uge af indlæggelsen. Hele personalet skal have kendskab til PS som et værktøj, der kan styrke patienten i at beskrive med egne ord, hvem man er, og hvad der er vigtigt for en selv, hvad man ønsker hjælp til fra andre og hvorfor (målet). Derfor vil der blive holdt oplæg for kollegaerne. Derefter vil udvalgte patienter blive præsenteret for og støttet i at udfylde PS. I takt med at vi får PS, vil de (med patientens samtykke) oplæse det på *tværfaglig konference*.

I praksis blev pilotprojekterne dog mere levende og fleksible forsøg på at gribe de muligheder, der opstod, og reflektere over de erfaringer, det skabte. Både i forhold til at samarbejde med den enkelte patient om at udfylde PS og i forhold til at bringe det i spil i behandlingsforløbet.

I nogle patientforløb gav det ikke mening at bringe PS i spil på de måder, nøglemedarbejderne havde forestillet sig. I andre tilfælde opstod der muligheder, som var oplagt meningsfulde at forfølge. Derudover viste det sig på alle afsnit, at en mere løbende deling af patienternes PS i medarbejdernes uformelle samtaler med hinanden også var en måde at bringe patientens stemme i spil i praksis.

8. Læringspointer

Grundet den fleksible karakter af afprøvningen i pilotprojekterne, beskriver denne rapport ikke tre systematisk gennemførte pilotprojekter med stringent opsamling af outcomes.

I stedet beskrives erfaringerne og læringen på tværs af de tre afsnit, der var fælles om at lede efter 'sprækker' i deres praksis, hvor PS kunne give patienternes stemme en tydeligere plads for dermed at styrke et afsnits tværfaglige team i at arbejde mere konkret med patienternes ønsker og forventninger til samarbejdet.

Derudover har læringsopsamlingen fokus på, hvorvidt og hvordan peer-indsatsen kan styrkes gennem arbejdet med PS.

Læringsopsamlingen er bygget op om fem læringspointer, som er udviklet i refleksiv dialog med nøglemedarbejderne og deres ledere. Læringspointerne er udledt af erfaringer på tværs af de tre pilotprojekter, og hver læringspointe beskrives i et separat afsnit.

Tilsammen udgør læringspointerne delelementer i en foreløbig model for, hvordan PS kan bringe patienternes stemme tydeligere i spil i behandlingsforløb på psykiatriske afdelinger.

Rapporten afsluttes derfor med et opsamlende afsnit, hvor en foreløbig model for at integrere PS i psykiatrisk praksis beskrives, og hvor der formuleres anbefalinger til en videre udvikling af brugen af PS.

Behov for plads i den organisatoriske ramme

Helt fra den første workshop, hvor nøglemedarbejderne kortlagde den organisatoriske ramme, de skulle afprøve PS i, var det tydeligt, at det er en ramme, der allerede er meget 'fyldt', og hvor det kræver særlig opmærksomhed, hvis arbejdet med PS skal finde en plads.”
(Sagt til udforskningsworkshoppen af nøglemedarbejder)

Med organisatorisk ramme menes de faste arbejds gange og procedurer, der former dagligdagen på et psykiatrisk afsnit. Det omfatter blandt andet krav om at opgaver varetages i en specifik rækkefølge, at der sikres dokumentation og gennemføres en række møder, hvor patientens behandling planlægges og evalueres. Samtidig er der ofte også akutte opgaver, hvor personalet skal håndtere krisesituationer.

De mange trin i et behandlingsforløb illustreres på tegningen til højre, som stammer fra den første workshop, hvor projektdeltagerne kortlagde den organisatoriske virkelighed, som PS skulle afprøves i.

Der gennemgås her de tre væsentligste læringspunkter, som handler om den organisatoriske rammes betydning for brugen af PS i praksis.

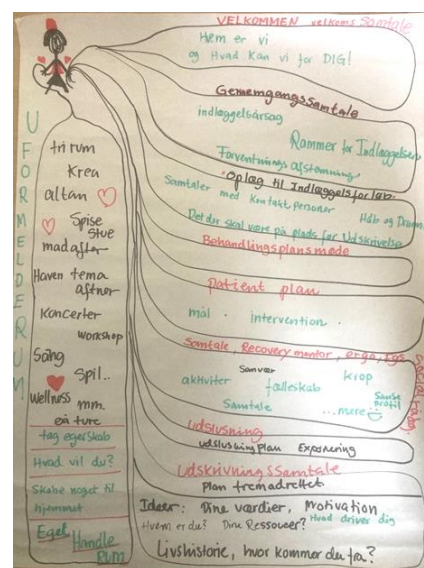
A. Allerede mange skemaer

Der er mange skemaer i spil, når et menneske er indlagt på en psykiatrisk afdeling. Der skal udfyldes patientplaner, behandlingsplaner, problem-/mållister, journaler m.m.

Patienterne præsenteres derfor for mange skemaer, som de i større eller mindre grad spiller en rolle i at udfylde. Skemaet – og patientens input til skemaer – er derfor en vigtig kommunikationsform i spillet mellem patienter og ansatte.

Det betyder også, at de fleste af samtalerne mellem patienter og personale handler om at indsamle information til skemaerne – de har med andre ord en formålsrationalitet bygget ind i sig. Logikken synes at være, at der er ting, man som professionel har brug for at få at vide for at kunne tilrettelægge behandlingen, og samtalerne bliver derfor i vid udstrækning defineret af det, der skal skrives og videregives til kollegaer om fx mål, behandlingshistorik, problembeskrivelse, diagnose, medicin, aktuel 'tilstand' m.m.

PS har også form som et skema, men formålet er et andet – nemlig at skabe rum for, at et menneske kan reflektere over og sætte ord på, hvem de er, og hvad der er vigtigt for dem i livet, og hvad de derfor har brug for at samarbejde med de professionelle om. Denne hensigt med PS risikerer at forsvinde både for patienter og personale, hvis ikke det aktivt formidles i ord og handling. For, som en recovery-mentor gav udtryk for, er patienterne *'vant til at sygeplejerskerne skal notere alt muligt'*, hvilket får betydning for



Figur 1: Beskrivelse af et patientforløb
- fra udforskningsworkshoppen

samtalen. Ligeledes udtrykte en leder, at de er mere vant til at have *'fokus på sygdomsbilledet'* end på at bruge samtalen som rum for at kunne *'beskrive sig selv som menneske'*.

I forlængelse af dette var nøglemedarbejderne meget opmærksomme på, hvordan de i pilotprojekterne præsenterede PS for patienten, så patienterne vidste, at *'det er dit papir – det er ikke bindende'*.

Nøglemedarbejderne gjorde desuden noget ud af at præsentere skemaerne for deres kollegaer, for som et af pilotprojekterne beskrev i deres design, var det nødvendigt for at lykkes: *'Hele personalet skal være inde over og have kendskab til PS som et værktøj, der kan styrke patienten i at beskrive med egne ord, hvem man er, og hvad der er vigtigt for en selv, hvad man ønsker hjælp til fra andre og hvorfor'*.

Samlet i den givne organisatoriske ramme er der en risiko for, at PS ikke prioriteres, da det kan virke som endnu et skema. Denne risiko forstærkes af, at nogle af skemaerne (f.eks. problem-/målskemaet) kan opfattes som overlappende og *'konkurrerende'* til PS. Det kan blive utydeligt, hvad forskellen er, hvis ikke det gøres meget klart for alle parter. Da de tre afdelinger indledningsvist designede deres pilotprojekter, var der for eksempel opmærksomhed på, om PS var lidt det samme som problem-/mållisten i patientplanen.

I forlængelse af dette blev det i nogle af pilotprojekterne overvejet at undlade at udfylde problem-/mållisten for de patienter, der arbejdede med PS, for at undgå oplevelsen af dobbeltarbejde. Men i projektforløbet blev det tydeligt for nøglemedarbejderne og deres ledere, at de to skemaer var meget forskellige og havde forskellige kvaliteter, som kunne supplere hinanden.

Som det beskrives senere i rapporten, endte ét pilotprojekt med at bruge PS og problem-/mållisten i tæt kobling til hinanden, fordi PS bidrog med indsigter i det, der var vigtigt for patienten, og at det derfor blev nemmere at formulere konkrete mål. På samme måde beskrev en psykiater i et af de andre pilotprojekter, at PS var en hjælp til at formulere behandlingsmål, og at det adskilte sig væsentligt fra et skema, de allerede brugte (oplæg til behandlingsforløb), på trods af, at dette skema var lavet med inspiration fra PS.

B. Mange beslutninger tages uden patienterne

Forløbet på en psykiatrisk afdeling er præget af mange møder og planlægningsprocesser om patienten, som på forskellige måder former forløbet og den faglige tilgang til den enkelte patient.

Det betyder, at mange af møderne mellem patienterne og de ansatte har til formål at indsamle information fra og om patienten, som så bringes med videre til møder mellem de professionelle.

PS er oprindeligt tænkt som patientens eget redskab til at forberede sig på møder, så den enkeltes egen beskrivelse af sig selv og sine ønsker til samarbejdet kan stå tydeligere frem, men arbejdsgangene på de psykiatriske afdelinger betyder, at når der afholdes møder, hvor patienten er med (fx på stuegang eller udskrivningssamtaler), vil mange beslutninger allerede være taget, og det vil ofte være uden betydning at bringe patientens stemme i spil der. Det var for eksempel tydeligt i den indledende kortlægningsworkshop, hvor de tre deltagende afdelinger kortlagde de mange beslutningsrum i behandlingsforløbet, hvor det er medarbejderne, der mødes om at planlægge, reflektere og evaluere behandlingen,

Der kan være brug for at finde måder at bringe PS med ind i rum, hvor patienten ikke er med, men hvor deres stemme er vigtig at bringe i spil. I afprøvningerne valgte de tre afsnit at arbejde med hhv. patientplanen, forstuegang og tværfaglige konference, hvilket uddybes under læringspointe 4.

C. Behandlingen kommer først

Tid og 'formålsrationalitet' er vigtige faktorer på en psykiatrisk afdeling. I de tre pilotprojekter havde de ansatte mange opgaver og deres tid til at være i langsomme samtaler, som arbejdet med PS kan kræve, var ofte begrænset – især for kontaktpersonerne.

Mange af kontaktpersonernes opgaver knyttede sig desuden til behandlingsmæssige formål, og det kan sætte sit præg på, hvilke 'retninger' en samtale kan tage. Dertil kommer, at patienter – i hvert fald på de tre deltagende afsnit – oftest er indlagt relativt kort tid.

På baggrund af pilotprojekterne beskriver de tre afsnit, at arbejdet med at udfylde et PS er en personlig refleksionsproces, som kan kræve tid og ro til at finde ud af, hvad der er vigtigt for én. Når man indlægges, er man ofte i akut krise og ens egne refleksioner over, hvem man er, og hvad der er vigtigt i livet, kan være kuldslået. Derfor kan der være brug for tid til samtalen om PS.

Det gælder i den enkelte samtale, hvor der er brug for oplevelsen af at have tid og rum til at sætte ord på tanker, samt at samtalen skal kunne tage mange retninger uden at være forhåndsdefineret. Det gælder også i et samlet forløb, hvor der typisk er brug for at kunne vende tilbage til sit PS ad flere omgange frem for at skulle skynde sig at udfylde det. Med en af recovery-mentorernes ord kræver det *"tid, nænsomhed og vågenhed i forhold til at gribe det, der er vigtigt for patienten"* at arbejde optimalt med PS.

I en organisatorisk kontekst hvor tiden ofte er knap, og formålet med samtaler er defineret af et fagligt blik på patientens 'problem,' kan der være brug for aktivt at skabe den nødvendige tid og rum, hvis PS skal kunne integreres i patientforløb.

Opsamling – læringspointe 1

Praksis – hvad blev gjort?

- Fælles analyse af de organisatoriske rammer: Der blev arbejdet med at beskrive den organisatoriske virkelighed, som PS skulle ud at leve i.
- Formulering af særlige opmærksomhedspunkter: Nøglemedarbejderne udpegede centrale barrierer og sprækker, som var nødvendige at adressere for at lykkes.
- Design af pilotprojekter: Der blev formuleret lokale pilotprojekter, som forsøgte at udnytte sprækkerne og imødegå barriererne.
- Ledelsesmæssig opbakning: Der var opbakning til, at nøglemedarbejderne brugte nødvendig tid og var fleksible i processen. Det gælder især for kontaktpersonerne, hvis tid var mindre fleksibelt organiseret end recovery-mentorernes.
- Løbende refleksion og tilpasning: Gennem afprøvningen udviklede de tre afsnit løbende deres opmærksomhed på, hvordan der kan skabes plads i den organisatoriske ramme.

Erfaring – hvad lærte vi?

Gennem refleksion og afprøvning arbejdede de tre afsnit med at skabe plads til PS i de nuværende organisatoriske rammer. Deres erfaringer på tværs af de tre afsnit viser, at man kan skabe plads til at anvende PS ved at:

- personalet har kendskab til PS, og hvad der adskiller det fra andre skemaer. Dette skal også sætte personalet i stand til at gøre det tydeligt for patienterne, hvad forskellen er.
- koble PS til allerede etablerede arbejdsgange. Det kræver ledelsesopbakning og fleksibilitet at prioritere arbejdet med PS.
- arbejde *med* de eksisterende møde- og kommunikationsstrukturer – og give PS en plads i møder, som understøtter det ønske om patientinddragelse, der allerede findes.
- vise patienten gennem ord og handling, at PS er noget andet end andre skemaer.
- skabe tid og rammer til at kunne være i samtalen med patienten på en måde, så patientens stemme får plads.
- slippe den direkte formålsrationalitet, der præger samtalerne mellem medarbejdere og patienter.
- bringe PS i spil i de sammenhænge, hvor indsatsen formes – herunder i sammenhænge, hvor patienten ikke er til stede.
- tydeliggøre den faglige værdi. PS blev anerkendt som et nyttigt redskab til at styrke patientinddragelse og til at kvalificere eksisterende skemaer og behandlingsmål.

Dertil skabte afprøvningen læring, om:

- at personalet allerede ser det som en vigtig opgave at involvere patienterne i deres behandlingsforløb, og PS blev opfattet som en hjælp i forhold til dette.
 - at opgaven med PS blev set som et hjælpsomt forarbejde til at udfylde de eksisterende dokumenter i behandlingsforløbet – patientplaner, behandlingsplaner m.m.
 - at PS blev modtaget som et vigtigt input på de møder, hvor patientens ord blev læst op (tværfaglige møder, forstuegang). Kollegaerne var nysgerrige efter at høre dem og gav udtryk for, at det udvidede eller ændrede deres syn på patienten, når de var læst op.
-

Læringspointe 2: Personlige statements muliggør værdifulde samtaler

I alle tre pilotprojekter var der fokus på samarbejdet med patienterne om at udfylde PS. Der var derfor også fokus på, hvordan PS kunne introduceres på en måde, der gjorde det tydeligt for patienterne, at PS repræsenterede en anden type samtale og havde et andet fokus end andre samtaler og skemaer.

Både kontaktpersoner og recovery-mentorer besluttede at præsentere patienter for skemaet som et tilbud om at sætte ord på det, der er vigtigt for den enkelte og som en måde at få medindflydelse på sit behandlingsforløb.

De fulgte op og talte med patienterne om det, de havde skrevet i skemaet – eller de talte med patienterne om spørgsmålene, når det var for svært for patienten at udfylde skemaet selv. En væsentlig del af praksis i de tre pilotprojekter har derfor handlet om selve samtalen.

”*Det handler om fremtiden, om det åbne og det positive. Om, hvad vil JEG egentlig? Også på længere sigt – ikke bare om at komme hjem og sidde i lænestolen, men hvad VIL jeg i fremtiden?”*
(patient)

”*Det åbnede op for en dyb vigtig snak, som kalder på, at man gik dybere ned i det. Det er de store, vigtige spørgsmål.”*
(recovery-mentor)

Nøglemedarbejderne fortæller om samtaler, som er dybe og handler om noget, der er vigtigt for patienten. De fortæller om gensidigt givende samtaler, som tager uventede retninger, og hvor de lærer noget om det menneske, de sidder overfor. I de tilfælde, hvor de har spurgt patienterne om deres refleksioner over samtalen, virker det til, at patienterne oplever, at samtalerne skaber rum for deres stemme og for selvrefleksion, der 'gør godt'. En af kontaktpersonerne beskriver f.eks. i et refleksionsskema, at: ”Patienten takkede for tiden, vi havde brugt på emnerne. Hun sagde, at det havde gjort hende godt, og hun var blevet klogere på sig selv”.

Med udgangspunkt i de forskellige samtaler, gennemgås de væsentligste læringspointer herfra.

A. Personlige statements muliggør værdifulde samtaler

Kontaktpersonerne giver udtryk for, at samtalerne om PS adskiller sig fra mange af de samtaler, de ellers har på afsnittet. En af kontaktpersonerne reflekterer for eksempel over en samtale med en patient, der har været indlagt mange gange:

” Det var, som om det var nyt for ham at blive set som menneske. Det var ligesom, at man åbnede øjnene op – selvom han har været indlagt her mange gange i mange år. ”Hvem er du?“, spurgte jeg om. Det gav os begge to noget at have den samtale. Vi var begge meget afslappede, og så blev han mere interesseret i at tale om sig selv. Samtalerne får mig til at tænke meget over, at vi taler alt for meget om sygdom, sygdomstegn og lidelse. I stedet fik han nu mulighed for at tale om psykologi, religion og filosofi, som han interesserer sig meget for. Vi vidste egentlig godt, at han har de interesser, men vi har aldrig TALT med ham om det på den måde. Jeg spurgte, om interessen for psykologi handlede om hans egen sygdom. Men det gør det overhovedet ikke, det interesserer ham bare. Han sagde, ’jeg er et nysgerrigt menneske’. Vi talte, som om han ikke var patient, og jeg ikke arbejdede her. Vi var bare to mennesker.”
(kontaktperson)

En af mentorerne beskrev det dog som: *’Personlige statements minder meget om de samtaler, jeg har i forvejen, men på en måde bliver det mere konkret, og der kommer noget struktur på’*. Her handler forskellen mere om den struktur, det PS skaber rundt om den åbne samtale, recovery-mentoren allerede er vant med. Dette beskriver mentoren som vigtigt, blandt andet fordi: *’Det er en flydende proces, og det skal det være, men det skal passe ind i en struktur, hvis det skal få plads i lægesamtaler m.m.’*

På tværs af de tre afsnit er erfaringen, at de samtaler, der opstår, imens patienterne udfylder PS, kan noget vigtigt i forhold til at skabe plads til patientens egne ord om sig selv som menneske. For eksempel giver en leder udtryk for, at: *’Det er godt, at det bliver patientens ord. Måske kan vi være gode til at få patienten i en bestemt retning, som vi synes. Især ’hvad er vigtigt for dig’, hjælper til at se, hvad patienten egentlig vil’*.

Samlet set giver både nøglemedarbejdere, ledere og kollegaer fra afdelingerne udtryk for en oplevelse af, at samtalerne med udgangspunkt i PS åbner for en menneskelig kontakt, som har potentiale til at løfte kvaliteten af behandlingen og samarbejdet med patienten.

Dette virker til at være særlig tydeligt og betydningsfuldt med patienter, som personalet allerede kender. Som en kontaktperson udtrykker det, så oplevede de i PS-samtalerne, at *’personer, vi kender, beskriver sig selv som alt andet, end det vi kender til om dem. Mange patienter bliver genindlagt igen og igen, og vi har et fast billede af dem’*.

Dertil beskriver flere af deltagerne i kortlægningen, at når samtalen opleves som betydningsfuld for det menneske, man sidder overfor, bliver oplevelsen af forpligtigelse til at handle på det, man har talt om også stærkere. En recovery-mentor udtrykker det således efter den første PS-samtale i deres pilotprojekt: *”Det blev til nogle ret dybe og vigtige samtaler om noget, der er vigtigt for hende. Det er virkelig vigtigt, at hun kommer til at opleve, at det bliver grebet og brugt til noget – at der er respons.”*

B. Personlige statements kræver en fleksibel invitation

Samtidig med at både kontaktpersoner og recovery-mentorer karakteriserer samtalerne om PS som værdifulde for både dem selv og patienterne, er erfaringen fra kortlægningen også, at der ligger et væsentligt forarbejde, hvis der skal skabes et rum for denne type samtale i en kontekst, der ellers er præget af mange skemaer og mere målrationelle samtaler.

Nøglemedarbejderne beskriver, hvordan det har været vigtigt at præsentere skemaet tidligt i patientens indlæggelse 'som en måde at vise dem, at man bliver inddraget helt fra starten', men samtidig at nærme sig samtalen lidt langsomt for ikke at skabe et forventningspres, hvor PS risikerede at blive udfyldt overfladisk og af 'pligt'.

Første skridt var at præsentere skemaet for patienten og få formidlet tydeligt, at det er patientens eget skema, og at det er frivilligt, om de har lyst at lave et PS.

Der var flere gode erfaringer med at give folk skemaet og så følge op en dag eller to senere. Nogle gange havde patienten i mellemtiden udfyldt et PS helt eller delvist, som udgjorde et afsæt for en samtale om det, der var vigtigt for patienten i samarbejdet.

Oftest har der dog været brug for at understøtte processen med en samtale med patienten og sammen gennemgå de fire spørgsmål – nogle gange af flere omgange – og først derefter lade patienten udfylde skemaet med afsæt i samtalen. For nogle patienter var det hjælpsomt, at den professionelle skrev personens ord ned i skemaet imens, frem for at de selv skulle gøre det.

” *Det kræver, at man er inde over. Hvis man bare giver papiret til nogen og ikke får fulgt op, så kan det måske være for svære spørgsmål at svare på. Men hvis man har en samtale om det, så bliver de måske inspireret til, hvad de kan skrive.” (kontaktperson)*

Nogle af samtalerne om PS var korte, andre var lange. Nogle samtaler forløb over dage eller uger. Nogle samtaler handlede om noget, der kunne arbejdes med i behandlingsforløbet – andet var mere personlige erkendelsesprocesser eller knyttede sig til noget, der kaldte på, at medarbejderne på afsnittet understøttede personen i at bringe det op i andre relevante sammenhænge.

En læring fra pilotprojekterne er derfor, at man på nuværende tidspunkt og med det nuværende kendskab til brug af PS i praksis kan have vanskeligt ved på forhånd at planlægge forløbet med at udfylde PS med patienterne.

” *Der var en kvinde, som havde udfyldt sit personlige statement meget overfladisk, og under spørgsmålet 'hvordan præsenterer du dig selv', havde hun egentlig ikke skrevet noget om, hvem hun selv var. Så det sagde jeg til hende og udfordrede hende lidt. Det blev til en meget lang og dyb samtale med hende, hvor hun fik sagt mange ting om, hvad der er vigtigt for hende.” (recovery-mentor)*

I forhold til ønsket om at bruge PS til at give patienterne bedre muligheder for at sætte ord på det, der er vigtigt for den enkelte, viste pilotprojekterne, at for at lykkes med at skabe gode samtaler om PS kræver det fleksibilitet fra medarbejderne og derfor også, at det prioriteres at have samtaler om det, der er vigtigt for patienten frem for udelukkende det, behandlingsindsatsen direkte har brug for at få information om.

Dertil kan der skabes mere viden om, hvordan man rummer PS inden for den organisatoriske ramme ved at undersøge, hvordan samarbejdet med PS typisk forløber og kan fungere i praksis.

C. Arbejdet med personlige statements bygger på relationer – eller skaber dem

En vigtig erfaring fra alle tre afsnit var, at man ikke nødvendigvis kan vide på forhånd, hvem der kunne have glæde af at arbejde med PS. Som en recovery-mentor beskrev det: *'Det er noget, man skal give en chance, for man kan ikke sige, at de patienter, der har det værst, at det ikke er noget for dem. Så kan det godt være at det, der kommer til at stå, det er lidt uforståeligt. Men så har det været vigtigt for dem. Så når vi har talt sammen igen, så har de kunnet huske det, og så har vi kunnet tale om det igen.'*

Til at begynde med udvalgte nøglemedarbejderne patienter ud fra, hvem de tænkte som 'oplagte', men undervejs erfarede de, at også patienter, som umiddelbart virkede usammenhængende eller meget forpinte, kunne have glæde af redskabet. For eksempel viste en recovery-mentor skemaet til at patient, som hun forestillede sig ikke ville have lyst til at udfylde det – men *'han blev ret påvirket. Det er noget ret dybt.'* Selvom den pågældende patient ikke endte med at udfylde et PS, blev hun opmærksom på, at der kan være patienter, der kan og/eller gerne vil, selvom man som medarbejder kan tænke, at det nok ikke er relevant.

Ud over at det ikke var muligt på forhånd at forudsige, hvem der kunne drage nytte af PS, viste samtalerne sig i høj grad både at drage gavn af de relationer, man havde, men også at kunne skabe relationer mellem patienter og medarbejdere.

I de tilfælde, hvor der allerede var en eksisterende relation, havde det betydning for kvaliteten af det PS, der blev lavet. Som en recovery-mentor gav udtryk for: *'Hvis relationen til patienten er på plads, så kommer man hurtigere længere med det personlige statement.'*

Omvendt virkede det også den modsatte vej, hvor nøglemedarbejdere gav udtryk for, at samarbejdet om PS i sig selv virkede relationsopbyggende med patienterne: *'Personlige statements er en indgang til at lære et menneske at kende lynhurtigt.'*

Erfaringerne fra de tre afsnit peger på, at der er en række afledte gevinster ved samarbejdet om PS. Til den afsluttende erfaringsworkshop drog flere nøglemedarbejder paralleller til Safewards' fokus på gensidig respekt og tillid. Ved at åbne for samtaler, hvor patientens perspektiv og egen stemme er i centrum, blev der skabt en fælleshed, der fremmede dialog og åbenhed.

Opsamling – læringspointe 2

Praksis – hvad blev gjort?

På alle tre afsnit blev der arbejdet med individuelt tilpassede samtaleforløb i processen med at udfylde PS, som alle rummede de samme grundelementer:

- Patienten blev introduceret til PS som en (frivillig) mulighed, og som noget, de kunne starte med at kigge på og se, om det var noget for dem. De fik samtidig udleveret skemaet.
- Efter en eller to dage fulgte den samme nøglemedarbejder op. Hvis patienten havde udfyldt skemaet eller var begyndt på det, spurgte de ind og hjalp evt. med at udfolde yderligere. Hvis patienten ikke var i gang med at udfylde, men gerne ville, tilbød medarbejderen, at de kunne hjælpes. Nogle gange blev PS udfyldt på en enkelt samtale. Andre gange blev der holdt flere samtaler.
- Samtalerne tog afsæt i de fire spørgsmål i den rækkefølge, der virkede til at være nemmest for patienten. Hvis de var svære for patienten at svare på, var tjeklisten i bunden af skemaet ofte en hjælp.
- Under samtalerne var fokus på det, der virkede vigtigt for patienten. Nøglemedarbejderen gjorde sig umage for at være nærværende og lyttende og for at bringe samtalen væk fra det diagnostiske og i retning af det menneskelige.

Erfaring – hvad lærte vi?

- Samtaler om PS kan skabe et 'magisk øjeblik' mellem mennesker frem for målrationelle samtaler mellem patient og fagperson. Disse samtaler er værdifulde ved at skabe både viden om og relation til patienten, som har betydning for behandlingskvaliteten.
 - Det ser ud til, at patienter oplever sig hørt og taget alvorligt på andre måder end i det sædvanlige samarbejde gennem samtaler om PS. Dertil tyder pilotprojekterne på, at samtaler med PS er særligt værdifulde med patienter, som har en længere historik og kendskab i psykiatrien, hvor der kan opstå forforståelser, som reducerer kvaliteten af behandlingen.
 - Det kræver tid, fleksibilitet og nærvær at lykkes med at skabe denne 'anden slags' samtale. Ofte skal patienterne understøttes i at lave et PS. Med den nuværende viden om PS i praksis, er det vanskeligt at rammesætte arbejdet med PS.
 - Samtalerne om PS kan opleves som givende for begge parter og være med til at skabe eller videreudvikle samarbejdsrelationen.
-

Læringspointe 3:

Personlige statements åbner for ny viden, nye erkendelser og nye blikke på patienterne

På tværs af de involverede afsnit fremhæves, at arbejdet med PS er med til at skabe nye viden og nye blikke på de mennesker, der er indlagt på afdelingen – og som for nogles vedkommende har været indlagt mange gange.

For patienterne kan det at lave et PS være med til at skabe selvrefleksion og nye erkendelser. Det sker gennem de samtaler, som er beskrevet ovenfor, men det sker også, når patienterne tænker over og svarer på spørgsmålene i PS, og når patientens ord bliver reflekteret over og delt med kollegaer på afdelingen.

Med udgangspunkt i erfaringerne, med hvordan PS har ændret fokus i samtalerne mellem patienter og medarbejdere, gennemgås de væsentligste læringspointer herfra.

A. En mere håbefuldst og styrkebaseret forståelse af patienterne

En tydelig læringspointe fra de tre afsnit er, at arbejdet med PS har været med til at trække mennesket bag patienten frem i lyset hos medarbejderne.

Flere af medarbejderne beskriver, hvordan problemer og sygdom ofte fylder meget i samtalerne med og blikket på de mennesker, der er indlagt. Når personen gennem PS beskriver sig selv på andre måder, er det med til at flytte på fokus:

” *Det fjerner os lidt fra det sygdomsfikserede. Vi har en tendens til at se det syge menneske. Men når man så hører det syge menneske beskrive sig selv som et menneske, så sætter det en proces i gang – oppe i mit hoved i hvert fald. At der er mere i det her end at være syg og indlagt på en psykiatrisk afdeling.” (leder)*

PS har også været med til at synliggøre ressourcer og ønsker til livet, som ellers ikke var synlige for medarbejderne:

” *Den her mand, han kan have en lidt devaluerende tilgang til ting, og han har prøvet meget medicin og også nogle gruppeforløb, og der er ikke så meget, der hjælper. Men så hørte jeg, at han har været leder, og at det bare er 4,5 år siden, han sidst har været i arbejde. Han er blevet tilbudt førtidspension, men det har han faktisk ikke lyst til. Han vil gerne ud at arbejde igen. Og det var slet ikke det indtryk, jeg havde. Jeg tænkte, at han virkede til at have givet op på tingene. Men så er der alligevel et drive, jeg ikke vidste, var der.” (kontaktperson)*

Som en leder gav udtryk for, har arbejdet med PS været *en god påmindelse om, at der findes noget før indlæggelsen, og at der skal findes noget bagefter.*

Der er således en række erfaringer fra pilotprojekterne, der indikerer, at arbejdet med PS skaber en oplevelse af håb også hos medarbejderne, ved at samtalerne er anderledes end andre samtaler under en indlæggelse. Heri ligger også en bedre forståelse af den enkelte patients ressourcer. Således udtrykte en kontaktperson at; *'Også meget syge/forpinte mennesker kan finde og sætte ord på ressourcer. Det overser vi måske ofte, når vi alene fokuserer på sygdommen.'*

Tendensen, til at samtaler med patienterne ofte har fokus på symptomer og dysfunktion frem for styrker og potentiale, er velkendt (Slade, 2009 samt Deegan, 1988). Der anbefales derfor tilgange, der anerkender og udvikler den enkeltes ressourcer og styrker, da et ensidigt fokus på det, der ikke fungerer, ofte vil undergrave menneskers selvtillid og tro på recovery.

B. En mere relevant indsats

Arbejdet med PS har i nogle tilfælde været med til at åbne medarbejdernes blik for, at de kan have misfortolket, hvad der er på færde hos en patient, og at det billede de havde af vedkommende, ikke svarede overens med personens eget.

Som en af kontaktpersonerne udtrykker det: *'Det, som har overrasket mig mest, er, at personer, som vi kender, beskriver sig selv som alt andet end det, vi ser dem som. Det er absolut det, som har overrasket mig mest. Hvilke billeder vi har af patienten, som vi ikke kan bruge til noget. Patienterne beskriver sig selv helt anderledes.'*

Det kommer for eksempel til udtryk i samtalen med en patient, der har været indlagt mange gange:

” *Det sidste, han sagde i samtalen – og det har jeg aldrig hørt før – det var, 'jeg er et socialt menneske'. Ham, som næsten ikke har overskud her til at have samtaler, mest siger han bare ja og nej. Men han er et socialt menneske. Han vil gerne have hjælp til at tale med nogen, han har et meget sparsomt netværk. Jeg spurgte ind til, om han var ensom, men det er han ikke, siger han. Han kan bare godt lide at være sammen med andre mennesker, men han kan også lide at være alene. Vi har altid troet her på afdelingen, at han var ensom. Men det er slet ikke sådan, han selv ser på det. Det med, hvordan han er som menneske, kom op mange gange i samtalen, når den ikke var så struktureret.”*
(kontaktperson)

Samtalen fik kontaktpersonen til at reflektere over, at *'vi har måske arbejdet med ting, som patienten slet ikke har haft brug for. Vi har talt meget om den patients ensomhedsproblematik, men han følte sig slet ikke ensom'*. Denne erfaring er også beskrevet flere gange i Peer-Partnerskabets landsdækkende pilotafprøvninger af PS, hvor både psykiatriske afsnit har fået øje på helt andre behov hos patienterne, og hvor patienter har givet udtryk for, at de har modtaget behandling, som ikke var relevant for dem.¹

¹ Peer-Partnerskabet (2021). *Det er første gang jeg har skullet beskrive mig selv så positivt.* Rapport.
Peer-Partnerskabet (2022). *Jeg har fået øjnene op for mig selv.* Rapport.

Tilbagemeldingerne i kortlægningen indikerer, at man ved brug af PS kan få en bedre forståelse af patienternes behov – også efter mange år – og derfor kan lave en mere relevant indsats.

C. Læring og selvrefleksion hos patienterne

Ud over at åbne for ny viden og nye blikke hos de professionelle, viser erfaringerne fra kortlægningen også, at PS er en invitation til selvrefleksion hos patienterne. Det er velbelyst i det vidensarbejde, der allerede er lavet om PS i Peer-Partnerskabet², og kommer til udtryk i referatet fra det patientinterview, der blev lavet som en del af kortlægningen:

” I udgangspunktet troede hun, at det ville være nemt at udfylde, og at det var nogle rimelig nemme spørgsmål. Men hun oplevede, at skemaet kaldte på overraskende meget selvrefleksion. Det var lidt hårdt for hende at udfylde, og hun blev også trist undervejs, men hun var meget glad for de refleksioner, skemaet satte gang i.”
(referat af patientinterview)

Selvrefleksionen bliver hjulpet på vej af skriftligheden i PS-skemaet, som på en anden måde kalder på at arbejde i dybden med spørgsmålene. En recovery-mentor beskriver, hvordan skriftligheden er med til at gøre patientens stemme meget konkret og dermed også mere forpligtigende at forholde sig til som medarbejder. En patient fremhæver det skriftlige som afgørende for at skabe nye erkendelser:

” Jeg synes, det vigtigste er det her med, at det foregår skriftligt. At man skal skrive noget ned og ikke bare svare 'bla bla' på nogle spørgsmål. Dét, at det er skriftligt, gør ligesom, at man skal tænke sig bedre om for at kunne skrive noget ned. Dét og så tid. Det betyder meget at have tid til det, flere dage, hvor man kan vende lidt tilbage til det og få tænkt sig ordentlig om. Det er vigtigt.”
(referat af patientinterview)

At arbejde med PS på et psykiatrisk afsnit kan derfor også være med til at forme både patientens eget blik på sig selv samt blikket på patienterne på måder, så mennesket og dets ressourcer og forhåbninger til livet kommer til syne. At arbejde med PS kan også bidrage med viden om personens liv eller personens egen opfattelse af sin situation, ligesom det kan være et rum for selvrefleksion og nye erkendelser for den enkelte. Hertil tyder erfaringerne på, at det er væsentligt at PS laves skriftligt.

² Ibid

Opsamling – læringspointe 3

Praksis – hvad blev gjort?

- Nøglemedarbejderne gjorde sig umage for at lytte til patientens ord og spørge yderligere ind frem for selv at konkludere eller analysere.
- Patientens ord blev skrevet ned – af patienten selv eller af medarbejderne sammen med patienten.
- Nøglemedarbejderne tænkte over patientens ord og brugte det til at reflektere over og udfordre sine eksisterende forståelser af patienten.
- Nøglemedarbejderne delte patientens ord og deres egne refleksioner med kollegaer (se næste afsnit).

Erfaring – hvad lærte vi?

- Samtalerne og patienternes PS betød, at medarbejderne fik øje på nye sider af patienterne – også patienter med en lang indlæggelseshistorie, som de troede, at de kendte. Det styrkede medarbejdernes forståelse af, hvad det var relevant at samarbejde om.
 - Patienternes styrker og forhåbninger trådte i forgrunden, mens diagnosen og problemerne trådte lidt mere i baggrunden, når medarbejderne lyttede til/læste patientens egne beskrivelser af sig selv i et PS. Ved at få øje på disse sider af patienterne følte medarbejderne sig mere håbefulde på patienternes vegne.
 - Arbejdet med PS bliver for nogle patienter en invitation til selvrefleksion, der rykker ved deres blik på sig selv. De bliver berørt og udtrykker, at det på en gang er svære og vigtige tanker, der sættes i gang af de fire spørgsmål.
-

Læringspointe 4:

Personlige statements kan få betydning for samarbejdet – skriftlighed og de faglige 'rum' er vigtige nøgler

” *Det personligt statement er ikke mit eget redskab, det er et samarbejdsredskab, som jeg og personalet deler på nogle andre præmisser end de sædvanlige, fordi det er mine egne ord!” (patient)*

Som det er beskrevet i de foregående læringspointer, har nøglemedarbejderne i pilotprojekterne erfaret, at PS kan være en god ramme for en anden type samtaler mellem patienter og medarbejdere, herunder recovery-mentorer. Disse samtaler skaber ny viden om og nye blikke på den patient, man samarbejder med.

Ambitionen med kortlægningen var at undersøge, hvorvidt og hvordan PS kan være med til at styrke *hele teamet* i at arbejde mere konkret med patientens formulerede ønsker og forventninger til samarbejdet i den enkelte patients forløb. Derfor har der også været fokus på, hvordan det, der sker i samtalerne mellem en patient og en medarbejder, kan finde vej ind i de bredere faglige samtaler og beslutningsrum.

I Peer-Partnerskabets forudgående arbejde med PS har der været fokus på, hvordan det kan være den enkeltes redskab til mødeforberedelse. Noget af det, der kendetegner et psykiatrisk afsnit, er, at der holdes mange møder og tages mange beslutninger, hvor patienten ikke er til stede, og hvor beslutningerne hviler på medarbejdernes observationer, vurderinger og information, de har indsamlet hos patienten gennem samtaler, skemaer m.m.

I denne kortlægning har der været fokus på, hvordan PS kan bidrage til at styrke synligheden og hørbarheden af patientens stemme i en psykiatrisk behandlingskontekst. I praksis har det blandt andet betydet, at de tre pilotprojekter har arbejdet med, hvordan PS kan få en plads i de mange møder, hvor patienten ikke er med, men hvor indsatsen formes.

Vurderingen i de tre afsnit har været, at det i en psykiatrisk kontekst er nødvendigt at skabe plads til PS i de faglige praksisser, hvor patienterne ikke er med, fordi der er så mange af dem, og de har så stor betydning for indsatsen.

En vigtig læring fra den proces synes at være, at selve det at skrive PS ned er med til at skabe både en nysgerrig åbenhed og en oplevelse af forpligtigelse over for patientens ord.

” Når man giver ordet til nogen, og de virkelig får lov at give deres bud, så skal man passe på, at de ikke føler, at man ikke bruger det til noget. For det er så fint, det man får fra dem – det er så personligt. Der må vi ikke glemme hende. Det er jo det vigtigste for hende, hun lige har sagt. Det er vigtigt at tage det seriøst ind i personalegruppen.” (recovery-mentor)

” Vi har alle været spændte på, hvad patienterne har sagt til deres personlige statements-samtaler.” (psykiater)

Selve det, at patientens ord bliver skrevet ned, er vigtig, fordi det *’gør det mere konkret for både patienten og personalet i forhold til at bringe det videre’*, som en recovery-mentor udtrykker det.

Dertil kan der ligge et oversættelsesarbejde i, hvordan et PS bringes videre: *’For man kommer måske langt omkring i samtalen. Men patientens ord skal også ind i de konkrete planer – ellers kan noget vigtigt gå til spilde’*, som samme recovery-mentor beskriver det. Skriftligheden er på den måde med til at gøre samtalen om det, der er vigtigt for patienten til noget, der kan rejse videre ind i resten af faggruppen og få betydning i planer, tilgang m.m.

Et andet vigtige element, der gjorde det muligt at bringe patienternes PS i spil på en måde, der fik betydning for kollegaernes blikke på og samarbejde med patienterne, var, at nøglemedarbejderne formidlede arbejdet med PS og dens potentiale til deres kollegaer – både i begyndelsen af afprøvningen og løbende i processen. Formidlingen vakte kollegaernes nysgerrighed og skabte åbenhed for det efterfølgende arbejde.

I de tre lokale pilotprojekter har der været arbejdet med forskellige versioner af, hvordan patientens PS kan bæres videre ind i de faglige samtaler og dermed få betydning for samarbejdet og indsatsen. I det følgende beskrives læringspointerne fra de tre afsnit i detaljer.

A. Brug af PS til tværfaglig konference/forstuegang

” Det giver noget at høre patientens egne ord.” (nøglemedarbejder)

På et afsnit blev PS læst op til den tværfaglige konference og på en anden i forbindelse med forstuegang. De to møder har det til fælles, at de bygger på videndeling om patienten, som bruges til at forme indsatsen og informerer de beslutninger om behandling og pleje, der løbende bliver taget. Møderne har også det til fælles, at patienten ikke er til stede.

Derfor blev PS – med patientens tilladelse – læst op af den person, der havde hjulpet med at udfylde det, som ét ud af flere input på mødet. Patientens egne ord blev læst højt – typisk som det første – og blev dermed en del af den faglige refleksion.

Som en leder udtrykker det, *'så er det godt, at det bliver patientens ord. Måske kan vi være gode til at få patienten i en bestemt retning, som vi synes, men især spørgsmålet om 'hvad er vigtigt for dig' hjælper til at se, hvad patienten egentlig vil.'*

Den foreløbige erfaring er, at det gør indtryk og vækker eftertanke, når patienters PS bliver læst op, og at det flytter på personalegruppens blik på det menneske, hvis ord de har lyttet til. Denne oplæsning er en måde, hvor det 'andet blik', som kan opstå i selve samtalen om PS, bliver delt med flere og dermed kan blive en del af samarbejdet mellem patienten og afdelingens ansatte.

Der er kun få eksempler på, hvilken konkret betydning det fik for indsatsen, men den interviewede patient beskriver, hvordan arbejdet med PS fik hende til at indse, at hun har brug for støtte i hverdagen, hvis hun skal undgå bare at *'ende hjemme i sofaen'*. Derfor er der nu sat gang i en proces med at søge kommunal bostøtte.

Generelt oplevede nøglemedarbejderne, at det gjorde indtryk og vakte eftertanke hos kollegaerne, når et PS blev læst højt. En psykiater, som hørte PS læst op på forstuegang, fortalte på den afsluttende workshop, at: *"Det har gjort det nemmere for mig at skrive behandlingsplanen og sætte rammerne for det, vi kan hjælpe med, og det vi skal hjælpe med at få andre til at hjælpe med."*

Et andet eksempel er en fysioterapeut, som efter en tværfaglig konference sagde; *"Det vidste jeg ikke om ham – det vil jeg tage med ind i mit forløb med ham."*

Der er altså noget, som tyder på, at det kan have betydning for et patientforløb, at patienternes ord finder vej til de faglige mødesammenhænge gennem et PS. Det understøttes også af en patient, som beskriver virkningen sådan her:

” *Jeg kunne mærke det, efter mit personlige statement var blevet læst op på tværfaglig konference. De havde fået en anden holdning over for mig. Det er svært at beskrive, men de så på mig på en anden måde, som om de forstod mig. De havde fået en indsigt, sådan 'nåååå det er dét, der sker inde i hende?' (patient)*

Erfaringen fra de to afsnit er, at oplæsning af patientens PS på tværfaglige møder fremmer refleksion og skaber øget indsigt blandt medarbejdere, hvilket kan styrke behandlingsplanlægningen og samarbejdet med patienterne på tværs af faggrupper. De nævnte eksempler viser også, at PS kan have direkte betydning for patientforløb og opleves som meningsfuldt af både patienter og personale.

B. Brug af personlige statements i patientplanen – tættere på det, der er vigtigt for patienten

På et af de tre afsnit var der fokus på at bringe PS i spil i patientplanen, som beskriver den sygplejefaglige del af indsatsen under en indlæggelse. Det er et formuleret mål i Region Hovedstadens Psykiatri, at patientplanen skal blive til i samarbejde med patienten og beskrive deres ønsker til indlæggelsesforløbet.

På kortlægningsprojektets indledende workshops beskrev deltagerne, at det i praksis kan være en udfordring at realisere det mål til fulde, og det blev derfor besluttet at afprøve PS som en vej til at synliggøre patientens stemme i patientplanen. Mere konkret valgte de at bruge PS som en optakt til at

udfylde det 'problem-/målskema', som kontaktpersonerne altid udfylder, så vidt muligt sammen med patienten.

I løbet af pilotprojektet besluttede de at både selve det PS og de problemer og mål, som patienten formulerede i forlængelse af arbejdet med PS, skulle lægges ordret ind i patientplanen. Kontaktpersonen oplevede arbejdet med PS som en hjælp til at lave mere konkrete mål:

”*Jeg har lige lavet det personlige statement og problem-/målliste på samme tidspunkt med en ung mand. Vi talte selvfølgelig først om PS, og det hjalp med at sætte ord på, hvad vi her på afdelingen kan hjælpe ham med. Det gav faktisk god mening i forhold til behandlingen. Det gjorde det nemmere for ham at lave en konkret problem-/målliste, fordi han havde fået så mange indsigter fra PS. Det blev meget konkret og struktureret.*”
(nøglemedarbejder)

Erfaringen fra dette afsnit var, at PS var et hjælpsomt forarbejde til, at patienten skulle formulere mål for indlæggelsen, men også at PS havde en vigtig værdi i sig selv som en del af patientplanen. Dette blev beskrevet som: *'det personlige statement blev på en måde ham som menneske, og så blev problem-/mål mere skærpet til de psykiske symptomer. Tit kan de to blive lidt blandet sammen'*.

Ved at lægge PS ind i patientplanen blev patientens egne svar på de fire spørgsmål således også synlige for kollegaerne. Kontaktpersonen spurgte efterfølgende kollegaer, hvad de fik ud af at læse PS og fortæller, at *'Det er en patient, som vi har haft mange gange, og de kollegaer, jeg talte med, synes, at der er ting, der giver mere mening for dem efter at have læst patientens PS. De har fået mere indblik i patienten, hvordan han ser sig selv, og hvad han interesserer sig for. Det har vi ikke rigtig beskæftiget os med før.'* Dertil bemærkede kontaktpersonen, at det har skabt nysgerrighed efter mere: *'Nogle kolleger vil gerne selv bruge PS i deres arbejde.'*

Undervejs opstod også et eksempel på, at PS kunne hjælpe personalet med at tale om pårørendesamarbejde med patienterne fra en helt anden vinkel end normalt. *'Vi har en procedure for det, men det er lidt 'pligt' for patienten'*, fortæller kontaktpersonen. I samtalen med en patient medførte spørgsmålet i PS *'Jeg vil gerne have hjælp til'* til en samtale om, hvem han får hjælp fra, og her formulerede patienten et ønske om *'helst ikke at invitere familien lige foreløbig'*. *'Det bruger vi i behandlingen til at tale med ham om, hvem der skal inddrages og i hvad. Det kommer tættere på det, der er vigtigt for patienten på den måde.'*

På den måde udviklede praksis på dette afsnit sig fra, at PS skulle være en slags uformelt forarbejde til at udfylde skemaet (problem-/målliste) til at give både patienter og personale en mere konkret og struktureret tilgang til at formulere mål for indlæggelsen. Medarbejderne oplevede, at PS bidrog til en klarere sammenhæng mellem patientens personlige perspektiv og de faglige mål, hvilket gjorde patientplanen mere meningsfuld. Dertil skabte PS øget indsigt og nysgerrighed blandt kollegaerne, som fortalte om at se patienten som et helt menneske med unikke behov og interesser, hvilket også påvirkede tilgangen til samarbejdet omkring pårørende.

C. Udskrivningssamtalen – en måde at give det videre og slutte på en håbefuldst måde

Denne læringspointe bygger på en enkelt case, hvor der opstod mulighed for at understøtte en patient i at bringe sit PS med ind i en udskrivningssamtale. Når pointen alligevel er medtaget, er det fordi det viste sig at være lovende som en måde at bringe PS i spil i patienternes videre forløb. En leder fra et andet afsnit beskrev relevansen af dette fokus som: *'Vi er jo afdelinger, der tager os af det helt akutte, og folk er her i relativt kort tid. Meget af det, der kommer frem i de personlige statements, skal i virkeligheden løftes af f.eks. den ambulante indsats efterfølgende. Så det handler også om, hvordan vi kan lade viden gå videre.'*

En praksis med at bringe PS med videre i udskrivningssamtalen ser derfor ud til at have bredere relevans end blot det ene eksempel.

Ideen om at bringe PS i spil i udskrivningssamtalen opstod efter et forløb med en patient, hvor der ifølge recovery-mentoren på afsnittet var sket mange gode ting under indlæggelsen; *'Det var en patient, der har været her længe, og som har fået det væsentligt bedre, mens hun har været her. Gennem det personlige statement lærer jeg hende bedre at kende, og så er hun også bare et bedre sted lige pludselig, hvor jeg kunne folde det ud sammen med hende.'*

Det var recovery-mentor, som havde samarbejdet med patienten om PS, og hun tænkte, at det var vigtigt at få bragt med ind i de næste skridt:

'Og så tog patienten det med ind til udskrivningssamtalen, og det havde en helt vildt god virkning, som fik åbnet op for en samtale, som havde fokus på alt det, der er gået godt, og alt det hun kan – og det er noget, der nogle gange kan mangle i den slags samtaler. Jeg var med og læste det højt, men derfra var det hende, der sagde tingene, og det fungerede rigtig godt.'

Det har ikke været muligt at undersøge, hvad patienten efterfølgende tænkte om udskrivningssamtalen, men både recovery-mentoren og de øvrige deltagere til udskrivningssamtalen oplevede, at der opstod god energi og en note af håb at slutte forløbet med.

Som denne enkelte case viser, kan der være et potentiale i at integrere PS i udskrivningssamtaler og dermed styrke overgangen mellem døgnindlæggelse og videre forløb. PS bidrog derudover til en samtale præget af håb og fokus på patientens fremskridt og styrker, som ellers kan mangle i sådanne samtaler, hvor personalet oplevede, at PS åbnede for nye perspektiver, mens patienten aktivt deltog og satte ord på sine egne ressourcer og ønsker.

D. Behandlingsplanen – en ikke-afprøvet mulighed

Undervejs i kortlægningsprojektet har nøglemedarbejderne reflekteret over mulige faglige praksisser, hvor PS kunne være en hjælp til at arbejde mere systematisk med patientens stemme, men som ikke er blevet afprøvet. Her er behandlingsplanen dukket op flere gange som et fagligt redskab, der kunne vinde noget ved brugen af PS.

En leder beskrev relevansen som: *'Der er i forvejen et felt i behandlingsplanen, der hedder 'patientens ønske for indlæggelse', og det er i meget god tråd med PS, så det kunne give mening at få kombineret de to ting. For det felt bliver hurtigt en hurtig omgang 'patienten ønsker stabilisering.'*

På ét afsnit reflekterede nøglemedarbejderne undervejs i kortlægningen over, hvordan PS kan spille en rolle i udarbejdelsen af behandlingsplanen. Deres vurdering var, at man ikke kan nå at lave PS hurtigt nok til, at det får indflydelse på den første lægesamtale – hvilket er i tråd med erfaringerne om, at man er nødt til at give processen med PS lidt tid.

De peger dog på, at man ville kunne bruge PS, efterhånden som behandlingsplanen skal revurderes. Som beskrevet under læringspointe A var vurderingen fra en psykiater fra et af de deltagende afsnit, at PS var en hjælp til at lave behandlingsplanen. Dette kan tyde på, at forstuegangen kan være en indgang til at bringe PS i spil i behandlingsplanlægningen.

Psykiaterne på de tre afsnit har dog ikke været direkte involveret i dette pilotprojekt, hvorfor det ville kræve yderligere afprøvninger at undersøge, hvordan man kunne skabe ejerskab blandt psykiaterne til at bringe PS i spil i deres arbejde.

Uden at have afprøvet dette, er der indikationer på, at PS har potentiale til at styrke behandlingsplanen ved at integrere patientens stemme mere systematisk, især i feltet 'patientens ønske for indlæggelse', som ofte udfyldes overfladisk. Erfaringerne understregede dog, at PS kræver tid og refleksion og derfor ikke egner sig til den første lægesamtale, men kan være værdifuldt ved revurdering af behandlingsplanen for eksempel gennem forstuegang.

Opsamling – læringspointe 4

Praksis – hvad blev gjort?

- Hvert afsnit kortlagde indledningsvist de forskellige møde- og kommunikationsformater, der former et indlæggelsesforløb. Herefter besluttede de, hvor de ville fokusere på at bringe patienternes PS i spil.
- I praksis blev der undervejs udviklet flere veje til at bringe PS i spil – afhængigt af, hvilke muligheder der åbnede sig, og hvad der gav mening i det enkelte forløb.
- Når et PS var udfyldt, bad nøglemedarbejderen om tilladelse til at bringe det med videre til kollegaerne og fortalte om formålet med det (at bringe din stemme med ind i dette møde eller dokument).
- Hvordan PS blev viderebragt, blev tilpasset til den konkrete kontekst. På tværfaglige konferencer og forstuegang blev patientens ord læst op som et af flere input. I patientplanen blev PS klippet ind som tekst og dannede samtidig ramme for patientens arbejde med at formulere mål for indlæggelsesforløbet.

Erfaring – hvad lærte vi?

- Det kan fremme refleksion, indsigt og samarbejde på tværs af faggrupper at dele patientens egne ord.
 - PS kan bruges til at understøtte konkrete mål og tydeliggøre patientens ønsker, hvilket kan bidrage til at gøre behandlingen mere meningsfuld og styrker kollegaers forståelse af patientens behov.
 - Ved afslutning af forløb kan PS skabe håb og fokus på fremskridt samt fremme en positiv overgang til videre forløb.
 - Det formodes, at PS har potentiale til at styrke behandlingsplanen, især ved senere revurdering, men kræver yderligere afprøvning.
 - I det ene patientinterview der blev muligt at gennemføre i løbet af kortlægningsprojektet, oplevede patienten det som positivt og mærkbart, at personalet så hende på en ny måde.
 - Der er fra kortlægningen antydninger af, at PS er med til at forme medarbejdernes samarbejde med patienterne, selvom der kun er få eksempler på konkrete handlinger eller skift i tilgange, der er affødt af PS. Dette kan belyses yderligere.
-

Læringspointe 5:

Personlige statements styrker recovery-orientering og kan derigennem styrke peer-rollen

Et af formålene med kortlægningen var at undersøge, hvorvidt og hvordan brugen af PS på psykiatriske afdelinger kan være med til at styrke peer-indsatsen i psykiatrien. Derfor blev det et udvælgelseskriterium for de deltagende afsnit, at det *skulle* være afsnit med mindst én recovery-mentor ansat. Desuden blev de lokale pilotprojekter gennemført af et lille nøglemedarbejderteam bestående af en recovery-mentor og en af afsnittets sundhedsfaglige kontaktpersoner.

I det oprindelige projektdesign skulle recovery-mentorerne spille en særlig rolle både i PS-forløbene og i de løbende erfaringsopsamlinger. Men i samarbejde med Kompetencecenter for Recovery og de deltagende afdelinger blev det besluttet, at nøglemedarbejderne skulle være et ligestillet team, der gennemførte pilotforsøget i fællesskab for blandt andet at skabe et bredt forankret ejerskab til PS. Det betyder, at begge parter har gennemført PS-forløb med patienter, nogle gange hver for sig og andre gange sammen, og at begge parter udfyldte refleksionsskemaer efter hvert forløb.

De to medarbejdere deltog sammen med deres leder på de to indledende workshops, hvor de lokale pilotprojekter blev designet. De deltog desuden på en træningseftermiddag, hvor de blev introduceret til PS af Peer-Partnerskabet. Endelig deltog hvert team på 2-3 online sparringsmøder, hvor de løbende reflekterede over deres erfaringer med brugen af PS.

I det følgende beskrives den læring, som de lokale afprøvninger af PS har skabt specifikt for peer-rollen.

A. 'Jeg glæder mig til flere af de her ikke-styrede samtaler'

Når vi har spurgt de tre teams, oplever de ikke, at det var vigtigt, om det er en recovery-mentor eller en kontaktperson, der samarbejder med patienten om at udfylde et PS. De lægger i stedet vægt på relationen og den enkeltes evne til at være i den ikke-styrede samtale. Det betyder også, at deltagerne i kortlægningen vurderer, at ikke alle medarbejdere vil være lige gode til at arbejde med PS, men de betragter det ikke som en særskilt recovery-mentorkompetence.

Dog forekommer dette at kunne nuanceres. En af recovery-mentorerne udtrykte, at: *'Jeg er nok lidt sværere at forskrække, fordi jeg selv har været nogle af de steder, hvor patienterne er.'* En anden mentor peger på, at: *'Det kan være hjælpsomt for patienterne, når jeg deler noget af mig selv – det gør kontaktpersonerne aldrig.'*

Dertil har recovery-mentorerne i forbindelse med afprøvningsrunden beskrevet deres erfaringer med forskellige typer af samtaler, og hvordan den konkrete tilgang har betydning for, hvordan man kan bringe sine erfaringskompetencer bedst i spil. De beskriver, hvordan de har forskellige typer samtaler med patienterne, hvor de nogle gange er tydeligt i peer-rollen og andre gange tættere på de logikker, der handler om behandling.

I de samtaler, hvor de arbejder med de mere formelle redskaber, hvor formålet er at sikre information til brug for behandlingen, beskriver mentorerne, at det er vanskeligere at forblive i peer-rollen. En mentor

beskriver dette som; *"Hvis man sidder med et problem-/målskema og skal udfylde det, så er det svært for mig at byde ind med egne eksempler."*

Oftest har mentorerne dog ikke-styrede samtaler med patienterne. Hvor mange af sundhedspersonalets øvrige samtaler er meget formålsstyrede, så er recovery-mentorerne vant til at 'gå med' det, der er vigtigt for patienten. Erfaringen fra kortlægningen er, at samtalerne om PS understøtter denne type samtaler. En mentor beskriver dette som: *"Med det personlige statement kunne jeg nemmere tage nogle eksempler fra mig eget liv og fortælle om, hvad jeg kunne forestille mig at skrive. Det udligner lidt den magtubalance, som der kan være i måden, vi mødes på, så vi kan tale sammen som mennesker."*

Samlet oplever de deltagende peers, at deres erfaringskompetence har størst værdi, når de lykkes med en ligeværdig og patientcentreret dialog, hvilket er forventeligt. Dertil viste pilotprojekterne, at samtaler om PS kan understøtte, at man som peer lettere kan bringe egne erfaringer i spil samt mindske magtubalancen i samtalen. Dette kan dog blive udfordret, hvis formålet med samtalen er tæt knyttet til behandlingsformål frem for patientens egne perspektiver. Det er derfor vigtigt, at peers kan arbejde med PS på en hensigtsmæssig måde.

B. En ramme for åbne samtaler

Mentorernes rolle på de tre deltagende afsnit har en karakter, der giver dem let adgang til de åbne samtaler, som PS kræver. Det skyldes, at deres arbejde er mindre struktureret end kontaktpersonernes, samt at deres opgaver, som f.eks. gruppesamtaler og gåture, lettere tager afsæt i patienternes perspektiver. Heri ligger også, at mentorerne ikke i samme grad anvender systemredskaber såsom patientplaner, journalføring m.m. Mentorerne kan derfor lettere arbejde mere ligeværdigt og fleksibelt med patienternes behov.

'Jeg har tid – og patienterne er vant til, at sygeplejerskerne skal notere alt muligt', som en af mentorerne udtrykker det. De åbne samtaler beskrives dog også til tider som værende svære at navigere i. Erfaringen fra afprøvningen er, at PS tilbyder en systematik, som nogle af mentorerne sætter pris på: 'Mine samtaler kan godt nogle gange blive meget åbne og flydende. Der giver PS-redskabet en struktur, som kan være med til at gøre samtalerne lidt mere konkrete – og når det bliver skrevet ned, så forpligter det på en måde mere.'

Disse erfaringer viser, at brugen af PS opleves af nogle mentorer som en hjælp til at skabe en vis systematik og klarhed, uden at det nødvendigvis går på kompromis med den åbne og ligeværdige tilgang, der kendetegner peer-støtte.

C. Meddefinerer peer-rollen i teamet

” *Jeg har tit ikke så meget at sige på tværfaglig konference
– men nu skulle jeg læse patientens ord op.”
(recovery-mentor)*

I løbet af kortlægningen har arbejdet med PS skabt nye roller til recovery-mentorerne i det enkelte teams' arbejdsgange. Som en af mentorerne beskriver det, kan deres arbejde godt blive lidt flydende og ukonkret, og derfor utydeligt over for ens kollegaer. Men når et PS er udfyldt og skal bringes videre, så forpligter det og gør samtidig ens arbejde mere synligt. Det, man har talt med patienterne om, *'bliver mere konkret og nemmere at bringe ind i den øvrige faglige samtale'*, som en af mentorerne beskriver det.

Dette viser sig for eksempel, når et PS skal bringes med på den tværfaglige konference. En mentor fortæller, at *'jeg har tit ikke så meget at sige på tværfaglig konference – når vi når til mig, er meget sagt. Men nu skulle jeg læse patientens ord op. Det giver mig en rolle og løfter vores samtaler ind i en faglig kontekst'*.

Et andet eksempel er en mentor som tog initiativ til, at en patient bragte sit PS med til sin udskrivningssamtale, og hvor mentoren gik med for at understøtte det. Hun fortæller, at *'jeg har aldrig før været med til en udskrivningssamtale – måske skulle man gøre det lidt mere'*.

Baseret på afprøvningen er der derfor noget, der tyder på, at når PS gives plads i den psykiatriske praksis, åbner det for, at recovery-mentorerne får en tydelig rolle som bærere af patientens ord ind i de faglige samtaler. Denne form for brobygning er ofte en væsentlig del af peer-rollen, og tilsyneladende kan PS meddefinere denne rolle. På denne måde kan arbejdet med PS både direkte og indirekte styrke de recovery-orienterede tilgange og værdier, som allerede er styrende for peer-tilgangen til samtaler med patienter, så de får en større plads i psykiatrien. Det skal tilføjes, at også de øvrige medarbejdere, der indgår i arbejdet med PS, oplever at have en ny og væsentlig rolle.

D. Implementeringen af personlige statements styrkes, når ikke kun peers anvender personlige statements

Det har været vigtigt for alle tre afsnit at gøre arbejdet med PS til en fælles indsats på tværs af mentorer og kontaktpersoner for på den måde at skabe fælles ejerskab. Det ser ud til at være lykkedes, da de kontaktpersoner, der har været involveret i kortlægningen, oplever stor glæde ved samtalerne. Som en af kontaktpersonerne siger, så gør det, at *'man kan tage de faglige briller af for en stund, og det er rart. Det sætter også os fri, og jeg glæder mig til flere af de her ikke-styrede samtaler'*.

På samme måde har arbejdet med PS skabt begejstring og nysgerrighed blandt de øvrige kollegaer, hvor nogle af dem giver udtryk for, at de også gerne vil arbejde med PS. Det kunne naturligvis også være sket, hvis det alene var recovery-mentorerne, der havde arbejdet med PS, men i lyset af de kendte udfordringer med implementeringen af peer-støtte, er det rimeligt at formode, at det har en betydning for implementeringen af PS, at også kontaktpersonerne har været en del af afprøvningen, og det bliver synligt, at det lige så godt kunne være én selv.

Ud over at dette er værd at bemærke til en videre implementering, er der med andre ord noget, der tyder på, at arbejdet med PS giver mere plads og mere status til den type samtaler, som mentorerne ofte er i, og som de øvrige faggrupper måske sjældnere har adgang til.

Opsamling – læringspointe 5

Praksis – hvad blev gjort?

- De lokale pilotprojekter blev designet og gennemført i teams bestående af en recovery-mentor og en kontaktperson, som begge blev trænet i PS.
- Begge parter gennemførte PS-forløb – nogle gange sammen, andre gange hver for sig.
- Recovery-mentorerne har ikke haft en særskilt rolle i de tre pilotprojekter, men de kunne udnytte, at deres kompetencer og arbejdsorganisering passer godt til at arbejde med PS, og at PS kan understøtte deres praksis.
- Begge parter var ambassadører for PS og delte deres viden og praksis med de øvrige kollegaer. På den måde blev et redskab, der passer godt til peer-indsatsen, båret frem i fællesskab, frem for at den enkelte peer stod alene med det.
- Begge parter deltog i at bære patientens ord med ind i de faglige samtaler. For mentorerne gav det en mere tydelig rolle i disse samtaler.

Erfaring – hvad lærte vi?

- Partnerskabet mellem kontaktpersoner og recovery-mentorer skabte fælles ejerskab til en metode og en tilgang, der passer godt til peer-indsatsen. Det ser ud til at have været med til at styrke den og give den gennemslagskraft på afdelingerne.
 - PS er et hjælpsomt redskab i peer-arbejdet, som kan være med til at skabe systematik, gøre samtalerne mere konkrete og gøre dem nemmere at bære videre ind i de faglige samtaler på afdelingen.
 - Recovery-mentorernes kompetencer og arbejdsorganisering er en fordel i arbejdet med PS – men det kan også udføres af andre faggrupper. Implementeringen af PS styrkes, når både recovery-mentorer og kontaktpersoner deltager, hvilket skaber fælles ejerskab.
 - PS gør recovery-mentorer mere synlige i teamets faglige arbejdsgange fx ved at bringe patientens ord ind i tværfaglige konferencer og udskrivningssamtaler, hvilket styrker deres rolle som brobyggere mellem patienten og det faglige team.
 - Kontaktpersoner oplever, at PS giver dem en pause fra de mere strukturerede redskaber og tilbyder en mere fri patientcentreret tilgang.
-

9. Opsummering:

Vigtige elementer når personlige statements skal bruges i praksis

” Den her måde at arbejde på giver meget værdi. Man er ikke sin sygdom. Det giver håb – også for psykiatrien. Det er helt klart noget, vi skal arbejde videre med.”
(chefsygeplejerske)

I kortlægningsprojektet designede og gennemførte de deltagende psykiatriske afsnit konkrete pilotprojekter, som har skabt viden, der kan danne grobund for at integrere PS i den psykiatriske praksis. De afprøvede praksisser blev oplevet som en hjælp til at fortsætte bevægelsen mod en stærkere recovery-orientering i psykiatrien. Også blandt kollegaer til nøglemedarbejderne i de tre pilotprojekter har arbejdet med PS vakt interesse.

Som en del af kortlægningen har nøglemedarbejdere og ledere på de tre psykiatriske afsnit delt og reflekteret over deres erfaringer, der sammen med et patientinterview udgør det nuværende vidensgrundlag for at beskrive en potentiel tilgang til brug af PS i psykiatrisk praksis.

Denne viden er ikke tilstrækkeligt konkret til udelukkende at formulere en veldefineret praksis. I stedet er der på tværs af de tre afsnit skabt viden om, hvilke elementer der er vigtige i en praksis, som lykkes med at bruge PS. Den følgende model er en beskrivelse af de elementer, der kan arbejdes videre med i en lokal kontekst. Elementerne kan også bruges som inspiration uden for behandlingspsykiatriske tilbud til andre, der ønsker at afprøve PS i samarbejde med brugerne i deres organisationer – det kan være kommuner, jobcenter, andre regioner eller civilsamfundsorganisationer. Elementerne tager afsæt i de fem læringspointer.

Forberedelse:

Skabe plads til PS i praksis

Inddrag personalet i at kortlægge relevant praksis

Ledelsesopbakning

Kompetenceudvikling

Skab fælles ejerskab for brug og læring af PS

Optakt: Præsentere brugeren for PS

Tidligt i brugerens forløb

Tydeliggør, at det er brugerens redskab i samarbejdet

Ikke (endnu et) skema

Valgfrit – ”kig på det”

Opfølgning:

Samtale(r), hvor brugeren udfylder PS

Opmærksomhed og åbenhed for brugerens formuleringer

Brugerens egne ord på skrift

Sikre opfølgning

Bringe i spil i den faglige samtale:

Gøre PS synligt og hørbart

Understøtte brugeren i at bringe PS i spil selv

Bruge PS som afsæt for at brugeren formulerer mål

Læse PS højt i de faglige rum

Skrive PS ordret ind i planer og fælles dokumenter

Respondere:

Handle på brugerens PS

Skrive det ind i f.eks. behandlingsplaner og handleplaner

Vende tilbage og følge op

Bringe PS i spil ved overgange som f.eks. udskrivningssamtaler

De fem elementer udgør på hver deres måde vigtige elementer for, at PS kan styrke brugernes stemme i samarbejdet om f.eks. et behandlingsforløb eller til opfølgning på et længe samarbejde.

De beskrevne elementer er afprøvede og kan derfor danne grundlag for brug af PS i praksis. Baseret på læringen fra de tre pilotprojekter anbefales det, at peer-medarbejdere spiller en central rolle i udviklingen og integreringen af en praksis. Dels fordi deres kompetencer og tilgang matcher hovedopgaven i PS, dels fordi deres arbejde ofte er organiseret mere fleksibelt end øvrige medarbejders.

I det følgende gennemgås de fem elementer mere i dybden.

Forberedelse – skabe plads til personlige statements i praksis

På den afsluttende workshop blev medarbejdernes medinddragelse i processen fremhævet som den vigtigste forudsætning for succes. Hvis man som team vælger at ville indføre PS, er der med stor sandsynlighed brug for at skabe involvering og fælles ejerskab i implementeringsarbejdet.

I kortlægningen var det virksomt at lade udvalgte medarbejdere og deres leder kortlægge den eksisterende praksis og designe et lokalt pilotprojekt. Boksen nedenfor viser nogle af de spørgsmål, der kan hjælpe i processen.

Øvelse: Kortlægning af eksisterende praksis og valg af afprøvningsfokus

1. Tegn, hvordan et patient- eller borgerforløb er organiseret, og tal om:

- Hvad er de vigtige faglige sammenhænge (møder og dokumenter), hvor der tages beslutninger om forløbet?
- Hvem deltager i de sammenhænge og hvordan?
- Hvor er der fokus på brugerens forståelse af sig selv, sin situation og på, hvad de ønsker af samarbejdet?
- Hvilke redskaber bruger I til at støtte brugerne i at sætte ord på det, der er vigtigt for dem og til at gøre deres stemme synlig?
- Hvor kan organiseringen af forløbet komme til at spænde ben for, at brugerens stemme bliver hørt?

2: Vælg et eller flere steder i patienternes- eller borgernes forløb, hvor I tror PS kan være en hjælp til at styrke brugernes stemme i samarbejdet.

3: Tal om, hvordan I vil gøre det – hvem gør hvad, hvornår – og hvor er der brug for tydelig ledelsesopbakning, hvis det skal lykkes.

Derudover består forberedelsen i:

- at klæde medarbejderne på til brugen af PS.
- at formidle til hele medarbejdergruppen – hvis de ikke allerede er involveret – hvad PS er, og hvordan de vil møde PS i deres hverdag, samt hvad det vil betyde for deres arbejde.

Optakt og opfølgning – støtte brugerne i at udfylde sit personlige statement

De følgende to elementer handler begge om at samarbejde med brugeren om at udfylde sit PS. Processen er delt i to, fordi det har vist sig vigtigt at være opmærksom både på optakten: Hvordan man præsenterer PS for brugeren og på selve processen med at understøtte brugeren i at sætte ord på de fire temaer i PS.

Optakt

Erfaringen fra kortlægningen er:

- Præsenter PS hurtigst muligt i forløbet.
- Præsenter det på den enklest mulige måde. Udlever ark, præsenter kort, og lad så brugeren selv tænke over det, før du følger op.

Nogle af de sætninger, nøglemedarbejderne har brugt, når de udleverede PS er:

- *'Det er en måde at inddrage dig, og hvem du er som menneske.'*
- *'Det er dit papir – det er ikke bindende.'*
- *'Kig på det, og så kan vi tale om det senere.'*

Ved akut krise kan det være svært at forholde sig til PS. Denne udfordring forstærkes, hvis man præsenteres for mange skemaer og mange spørgsmål, hvor det kan blive uklart, at PS er ens eget redskab. Det kan være nyttigt med et tænkerum.

Opfølgning

Erfaringen fra kortlægningen er:

- Oftest giver det mening at følge op en dag eller to efter, at PS er blevet præsenteret. For eksempel ved at spørge til om brugeren har kigget på PS og har lyst til at tale om det.
- Nogle gange skal der følges op flere gange, før brugeren vælger at udfylde PS. Det behøves ikke betyde, at brugeren ikke ønsker at lave et PS. Det kan være svært at komme i gang.
- Nogle vil udfylde PS selv, mens andre har brug for at sætte ord på det gennem samtale.
- Som medarbejder kan man have glæde af tjeklisten nederst på PS-arket. Det er ofte en hjælp til at støtte andre i at lave et PS.

Nogle brugere vil sige nej til at udfylde PS, hvilket skal respekteres. Men en afvisning kan blot betyde, at der ikke er overskud lige nu, eller at det er svært at få hul på selv. Derfor kan man ofte følge op senere.

Det er i alle samtaler om PS en fordel at se det som en åben proces, der kan variere i tid og intensitet, med det formål at hjælpe brugeren med at få sat ord på det, der er vigtigt for vedkommende. Det er i første omgang ikke vigtigt om et PS taler ind i det, man kan tilbyde som indsats, såsom en behandling eller et forløb, der er iværksat. Næste skridt kan derefter være at lede efter koblinger mellem indsatsen og personens statement.

I f.eks. en behandlingskontekst, hvor både medarbejderne og ofte også brugere er vant til at tale med afsæt i problemer og diagnostiske kategorier, kan der være ekstra brug for at hjælpe brugeren med at finde sit eget sprog for deres PS.

Bringe i spil – Gøre det personlige statements synligt og hørbart i den faglige samtale

Hvis PS skal have betydning ud over i den konkrete relation, der opstår i samarbejdet om at udfylde det, skal det bringes i spil i de faglige sammenhænge, hvor der tages beslutninger om den enkelte bruger.

Det kan ske på flere forskellige måder:

- Brugeren understøttes i selv at tage PS med og bringe det i spil.
- Brugers PS skrives ind i behandlings- og patientplaner eller lignende.
- Medarbejdere tager PS med til møder, hvor brugeren ikke er med, men som har betydning for indsatsen.

I pilotforløbet har følgende (ikke udtømmende) liste af møder og dokumenter været i spil, som steder hvor PS kan bidrage til at styrke brugernes stemme i forløbet:

Møder i kortlægningen, hvor brugeren selv deltog: • Lægesamtaler/stuegang • Udskrivningssamtale Her kan PS bruges som mødeforberedelse, og man kan som medarbejder gå med for at understøtte brugeren i at bringe sit PS ind i samtalen. Dette kan overføres til møder i andre sammenhænge.
Møder, hvor brugeren ikke deltog: • Tværfaglig konference • Forstuegang Her kan PS læses højt med brugerens samtykke. Dette kan også overføres til andre sammenhænge.
Skriftlige dokumenter: • Patientplanen • Behandlingsplanen Her blev brugerens PS skrevet ind som repræsentant for vedkommendes egne ord. Dette kan også overføres til andre planer for eksempel handle- og rehabiliteringsplaner, jobplan, ungeplaner m.m.

Når PS bringes ind i møder og planer, gøres brugernes stemme til et input på linje med de faglige vurderinger, observationer, problemformuleringer, diagnoser m.m., som også drøftes, når indsatsen planlægges.

Den oprindelige idé med PS er, at det er brugerens eget dokument, som bruges til mødeforberedelse. Men erfaringen fra kortlægningen er, at PS er nødt til at blive bragt i spil i faglige sammenhænge, som brugere ikke selv har adgang til, hvis de skal kunne få betydning i deres forløb.

Det betyder, at man kun kan gøre det med samtykke fra brugeren og med afsæt i en samtale om, hvad formålet er med brugen af vedkommendes PS (at deres ord bliver hørt). Det betyder også, at det er ekstra vigtigt at følge op og give respons, så brugeren oplever, at deres PS er blevet hørt.

Respondere på det personlige statement – handle, følge op og give videre

Det sidste element, som træder frem, er at respondere på brugerens PS. Dette vil sige at følge op, at vende tilbage og at handle på måder, så brugeren kan se og mærke, at deres ord har haft betydning.

I de tre pilotprojekter har det været sagt højt som et vigtigt element, men der er få konkrete beskrivelser af, hvordan det kan se ud i praksis. Kortlægningen har dermed ikke skabt viden om, hvilke konsekvenser et PS konkret har for et forløb.

Baseret på de tre afsnits refleksioner, kan responsen på et PS være at:

- Justere indsatsen, herunder at sætte indsatser i gang i andre dele af 'systemet', hvis brugeren beder om hjælp til noget, der ligger uden for indsatsens rammer.
- Ved møder, hvor brugeren deltager: Forholde sig til indholdet af et PS – også når det ikke umiddelbart passer ind i fokus for indsatsen. Tage udgangspunkt i PS til at samarbejde med brugeren om at indrette forløbet på måder, så det, der er vigtigt for dem, bliver understøttet.
- Ved møder, hvor brugeren ikke selv deltager: Dele refleksioner og beslutninger, som deres ord førte med sig.

Løbende refleksion

PS som redskab er enkelt og let tilgængeligt, men det, at integrere det i ens fagprofessionelle praksis, kan være komplekst, og det kan vise sig udfordrende at fastholde værktøjets intention i hverdagen.

I løbet af kortlægningen skrev medarbejderne deres erfaringer og refleksioner i et skema, hver gang de havde gennemført en samtale eller havde båret PS ind i en mødesammenhæng. Disse refleksionsskemaer dannede afsæt for en times sparring/refleksion ca. hver 3. uge. Til nogle af møderne var afdelingssygeplejersken med for at sikre den ledelsesmæssige opbakning.

Der kan være mange veje til at skabe løbende refleksion, men det anbefales, at der i en afprøvnings- eller implementeringsperiode skabes en struktur, der understøtter det.

10. Konklusion på kortlægningsprojektet

Kortlægningsprojektet omkring brugen af PS har vist, at redskabet har et markant potentiale til at styrke recovery-orienteringen i psykiatrien ved at synliggøre patientens stemme og gøre deres ønsker og mål til en del af behandlingsforløbet. Med baggrund i læringen har der kunne opstilles en række generelle elementer og anbefalinger til, hvordan man som organisation kan arbejde med PS i praksis.

PS ses af de deltagende nøglemedarbejdere som et enkelt, fleksibelt redskab, der kan anvendes i praksis uden at indføre helt nyt rutiner, men ved at prioritere i de eksisterende. Dette afspejler et behov for ledelsesopbakning, struktureret implementering og en balance mellem fleksibilitet og rammesætning for at sikre, at PS bliver en meningsfuld del af den faglige praksis.

Erfaringerne fra de tre pilotprojekter samt den afsluttende workshop i kortlægningsprojektet, hvor nøglemedarbejdere, ledelse og samarbejdspartnere deltog, har fundet tre væsentlige argumenter for brug af PS i praksis:

- **PS er løftestang for recovery-orientering**

Brugen af PS i psykiatrien opleves som en konkret tilgang til at understøtte recovery-orientering. PS styrker patienternes stemme og tydeliggør egne mål for behandlingen. Dertil styrker PS behandlingsalliancen og personalets forståelse af, hvad der skaber værdi for patienten.

- **PS skaber arbejdsglæde og beriger den øvrige praksis**

Arbejdet med PS kan øge arbejdsglæden hos personalet, fordi det skaber rum for en anden form for meningsfulde samtaler med patienterne. Samtidig kan personalet se en forbindelse mellem samtalerne om PS og deres øvrige opgaver.

- **Det er ikke kompliceret**

PS er et enkelt redskab at arbejde med, som giver mening for patienterne at blive præsenteret for. Det kræver kortvarig træning at tage PS i brug og kan bringes i spil i den eksisterende praksis.

PS rummer et potentiale til at skabe en mere personcentreret psykiatrisk praksis ved at fremme patientens egen stemme, skabe bedre samarbejde og styrke en recovery-orienteret tilgang. Dette gør det til et værdifuldt redskab.

Kortlægningsprojektet har også vist, at det kan være vanskeligt at rammesætte brugen af PS, da det er afhængigt af patienternes overskud og fokus. Dette kan være en udfordring i organisatoriske rammer, som dem, der er på et psykiatrisk døgnafsnit. Dette kan både handle om medarbejdernes tidsforbrug, men også om patienten f.eks. udskrives, inden der laves et PS.

Samtidig synes PS særligt værdifuldt, når der er et langvarigt kendskab mellem personale og patient, men hvor patienterne har gentagne indlæggelser. Som beskrevet i kortlægningen kan personalets forståelse af patientens behov være et andet end de egentlige behov. Her kan PS fungere som et korrigerende redskab, der udfordrer de antagelser, som har formet sig hos personalet.

Denne egenskab til at korrigere opfattelser af patienters præferencer og behov er også fundet i de landsdækkende afprøvninger, som er gennemført af Peer-Partnerskabet. Ud over at PS kan anvendes i mange sammenhænge, formodes det, at PS har en særlig værdi som målrettet indsats for patienter med gentagne indlæggelse. I en sådan en målrettet indsats kan peers med fordel have en defineret rolle, også ind i de beslutningsrum, hvor patienterne ikke deltager. PS må dog aldrig blive en indsats kun for peers.

Værdien af PS belyses i flere af læringspointerne. Men selvom kortlægningen har beskrevet en række kvalitative gevinster ved PS, er der behov for yderligere undersøgelser for at vurdere PS' effekt på behandlingsudfald og langvarige forandringer.

11. anbefalinger til den videre udvikling af praksis for personlige statements

Brugen af PS har i afprøvninger på tre psykiatriske døgnafsnit vist sig at have et betydeligt potentiale for at synliggøre patientens ønsker og behov som grundlag for samarbejdet under deres forløb. Følgende afsnit gennemgår anbefalinger til andre, der ønsker at afprøve PS i samarbejde med brugerne i deres organisationer – det kan være kommuner, jobcenter, andre regioner eller civilsamfundsorganisationer.

1. Tydelige organisatoriske rammer

For at PS kan forankres, kræver det ledelsesmæssig opbakning og løbende opfølgning på, hvordan PS benyttes i praksis. Den ledelsesmæssige rolle handler både om prioritering af opgaver, så PS anvendes, men også om at validere, at PS skal tages alvorligt i de faglige drøftelser.

I praksis kan det gøres ved:

- Sammen med medarbejdere at lave en strategi for, hvordan PS anvendes i praksis, herunder hvornår det giver mening at introducere arket, hvem der har ansvar for at introducere det for brugerne og følge op på, hvordan arket bruges af brugerne og/eller i planlægningen af vedkommendes forløb. På alle tre døgnafsnit var strategien at introducere PS tidligst muligt samt at sikre opfølgning på møder.
- At skabe plads til PS i de eksisterende faglige drøftelser og møder, hvor brugerens perspektiv er relevant, f.eks. til tværfaglige konferencer. Ved at koble arbejdet med PS tæt til de eksisterende faglige opgaver undgår man, at det opleves som et ekstraarbejde, men i stedet bliver integreret i og understøttende for de eksisterende opgaver.
- At gøre PS til et fleksibelt redskab, der ikke kun er knyttet til én arbejdsgang, så arket dermed understøtter inddragelse og arbejder på brugerens præmisser.
- At der prioriteres tid og frihed til, at medarbejderne kan indgå i de mere åbne samtaler som PS kræver.

2. Fokus på kompetenceudvikling hos medarbejderne

Selvom erfaringen med at afprøve PS viser, at det er et simpelt og fleksibelt værktøj at tilgå, anbefales det, at der afsættes tid til at understøtte medarbejderen i at bruge arket gennem kompetenceudvikling. Dermed er der større chance for, at arket bliver brugt i praksis, og at det bliver brugt med udgangspunkt i brugerens behov og præmisser.

I praksis kan det gøres ved:

- At klæde medarbejdere på til at anvende PS gennem kort, målrettet træning og refleksion over, hvordan redskabet bedst bruges i praksis.

- At udvikle materialer og vejledninger, der støtter medarbejdere i at facilitere meningsfulde samtaler med brugerne om deres PS. På Peer-Partnerskabets hjemmeside kan man finde information og materialer til dette formål.³
- At medarbejdere, der ikke har modtaget træning i at bruge arket, på anden vis involveres i arbejdet med PS. Det skal understøtte, at alle, der samarbejder med brugerne, har indblik i deres PS, så arbejdet ikke blot støttes af få medarbejdere.

3. Peers som en central ressource i arbejdet med personlige statements

Peer-medarbejdere har nogle særlige kompetencer og en arbejdsorganisering, der kan understøtte arbejdet med PS. Peer-medarbejdere kan derfor med fordel bruges som et særligt aktiv i udbredelsen af PS.

I praksis kan det gøres ved:

- At det prioriteres, at peer-medarbejdere bruger noget af deres mere fleksible arbejdstid på at arbejde med PS.
- At der arbejdes ledelsesmæssigt med, hvordan udbredelsen af PS kan passe ind i peer-medarbejderens samlede opgaveportefølje.

4. Fokus på brugernes oplevelse og ejerskab

Det er vigtigt, at PS forbliver et redskab for brugeren, samtidig med at det ikke bliver en formalitet uden reel indflydelse på forløbet. Balancen mellem at PS forbliver brugerens eget, samtidig med at det har reel indflydelse på samarbejdet, bør være et løbende opmærksomhedspunkt i udbredelsen af PS.

I praksis kan det gøres ved:

- Ikke at afholde visse brugere fra at udfylde PS pga. forudindtagne forståelser om brugeren. F.eks. kan også brugere, der fremtræder sederede eller usammenhængende have glæde af at arbejde med PS.
- Undgå så vidt muligt at indlejre PS i behandlingslogikker eller lignende. Forsøg at lade de forskellige planer og faglige vurderinger blive udfordret og udvidet gennem brug af PS i stedet for at passe PS ind i allerede eksisterende planer.

Ved at fokusere på de fire ovenstående opmærksomhedspunkter er vurderingen, at PS med succes kan blive et konkret værktøj til at arbejde recovery-orienteret og understøtte inddragelsen i samarbejdet mellem bruger og indsats, så brugerens ønsker, ressourcer og behov bliver tydelige i forhold til fx myndighed, løbende opfølgende møder, behandlingsmøder m.m. I sidste ende kan det bidrage til en mere relevant behandling og indsats, hvor flere kommer sig over deres psykiske kriser.

³ Peer-Partnerskabet (2025): "Personlige statements". <https://peerpartnerskabet.dk/projekter/peers-som-recovery-guider/om-personlige-statements/>

Litteratur:

Slade, M. (2009). *Personal Recovery and Mental Illness: A Guide for Mental Health Professionals*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511581649>

Deegan, P. E. (1988). "Recovery: The lived experience of rehabilitation". *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11–19. <https://doi.org/10.1037/h0099565>

Tak til alle ledere, medarbejdere og recovery-mentorer samt patienter, der deltog i dette kortlægningsprojekt.