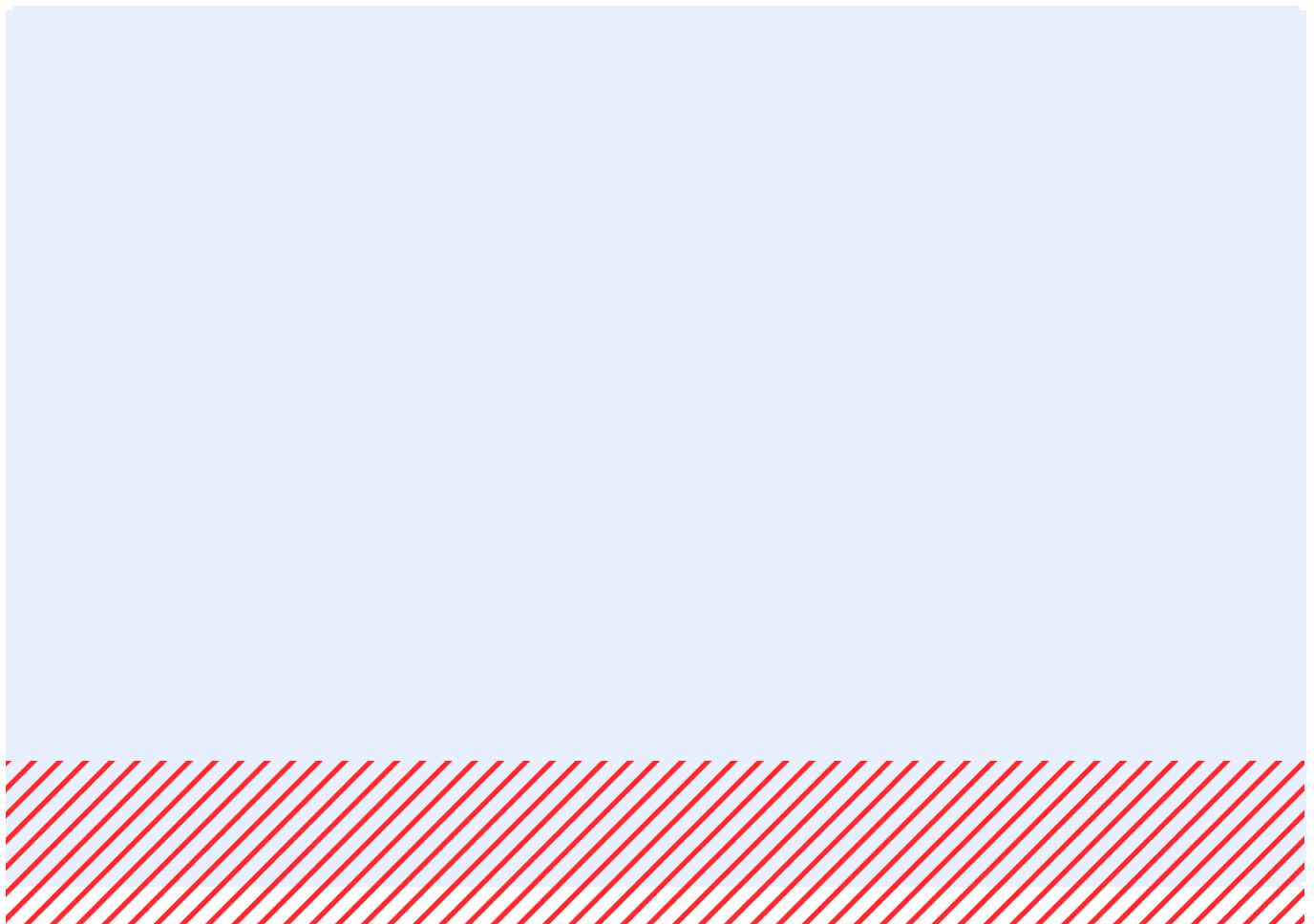


Rapport

Fokus på (ulighed i) sundhed og dilemmaer i socialpsykiatrien

Evaluering af indsatsen 'Gå til lægen i tide'



Maya Christiane Flensburg Jensen og Sigrid Trier Grønfeldt

*Fokus på (ulighed i) sundhed og dilemmaer i socialpsykiatrien –
Evaluering af indsatsen 'Gå til lægen i tide'*

© VIVE og forfatterne, 2019

e-ISBN: 978-87-7119-617-7

Forsidefoto: xxxx

Projekt: 301104

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Forord

Region Sjælland har iværksat en indsats i socialpsykiatrien, som de kalder 'Gå til lægen i tide'. Formålet er, at flere borgere i Region Sjælland overlever kræft i længere tid sammenlignet med andre regioner, og at ulighed i sundhed samtidigt reduceres i regionen. Der er tale om en flerstreget indsats, som bl.a. både henvender sig til beboere i områder, der har en boligsocial helhedsplan, og til medarbejdere i socialpsykiatrien.

VIVE har evalueret en del af indsatsen, der henvender sig til medarbejderne i socialpsykiatrien. Denne indsats har fokus på at klæde medarbejderne i socialpsykiatrien bedre på til at understøtte borgere, der er tilknyttet socialpsykiatrien, i at komme til læge i tide. Indsatsen består af et tre timer langt arrangement, der tilbydes gratis til regionens kommuner. Indsatsen er baseret på en kombination af forskellige delaktiviteter: et sundhedsfagligt oplæg om specifikke sygdomssymptomer, såkaldte dilemmaspil (der involverer brug af skuespillere) og løbende dialog og gruppeøvelser med deltagerne.

VIVEs evaluering beskriver indholdet og implementeringen af de afholdte arrangementer i socialpsykiatrien og de virkninger, som arrangementerne har haft i forhold til at klæde medarbejderne på til at understøtte borgerne i at komme til læge i tide. Desuden afdækkes og diskuteres de faktorer, der har spillet ind på arrangementernes virkning, og den viden om metodens anvendelighed og problemstillingen, som evalueringen har genereret. Evalueringen skal på den baggrund både analysere virkningen af arrangementerne, og samtidig understøtte det videre arbejde med at skabe sundhedsindsatser, som kan sikre, at borgere tilknyttet socialpsykiatrien kommer til læge i tide. Evalueringen antager hovedsageligt et kommunalt perspektiv, bl.a. gennem interview med ledere og medarbejdere i tre kommuner, men også et regionalt perspektiv i form af interview med praktiserende læger i én af de tre kommuner.

Vi takker de læger, medarbejdere i socialpsykiatrien og ledere, som indgår i undersøgelsen, for deres tid, engagement og åbenhed. Endvidere vil gerne sige en stor tak til både indsatsteamet og de projektansvarlige i Region Sjælland for et godt og inkluderende samarbejde omkring både gennemførelsen af evalueringen samt kommentarer, der har kvalificeret rapporten. Endelig vil vi gerne sige stor tak til de to eksterne reviewere for deres gode og brugbare kommentarer til rapporten.

Pia Kürstein Kjellberg
Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed
2019

Indhold

Sammenfatning	6
1 Projekt 'Gå til lægen i tide'	9
1.1 Baggrund for indsatsen.....	9
1.2 Indsatsens formål.....	10
1.3 Indsatsens målgruppe: Medarbejdere og ledere i socialpsykiatrien.....	10
1.4 Indsatsens karakter: Arrangementer i kommunerne	11
1.5 Indsatsens grundlæggende antagelser og udvikling	14
2 Metode og undersøgelsesdesign.....	22
2.1 Evalueringens design.....	22
2.2 Datagrundlag og case-beskrivelser	23
2.3 Evalueringens afgrænsning og fokus	25
2.4 Analysen af data	25
2.5 Model over evalueringens analyse og opbygning	26
3 Arrangementernes implementering.....	27
3.1 Region Sjællands rekrutteringsstrategi.....	27
3.2 Omfang og spredning af indsatsen i regionens kommuner	27
3.3 Deltagere ved arrangementerne i Region Sjælland	27
3.4 Forventninger og årsager til at takke ja i case-kommunerne.....	28
4 Medarbejdernes oplevelse af arrangementernes virkning.....	31
4.1 Det sundhedsfaglige oplæg	31
4.2 Folderen.....	36
4.3 Dilemmaspillene.....	43
4.4 Gruppeøvelser	62
4.5 Arrangementets virkning som helhed	68
4.6 Opsummering	70
5 Ledelse og lægers oplevelse af arrangementernes virkning	73
5.1 Ledernes oplevelse af arrangementets virkning.....	73
5.2 Lægerne i Kommune C's oplevelse af arrangementets virkning.....	74
5.3 Opsamling.....	75
6 Faktorer, der fremmer og hæmmer virkningen af arrangementet.....	76
6.1 Underholdningsværdi.....	76
6.2 Oplevelsen af flow, synergi og momentum.....	77
6.3 Genkendelighed og relevans: Faglighed og arbejdets karakter	78
6.4 Deltagerne og intensiteten	79
6.5 Tid	80
6.6 Organisatorisk forankring: Opfølgning på arrangementerne	82
7 Metodens anvendelighed.....	84
7.1 Empowerment: Potentialet i at skabe ambassadører.....	84

7.2	Situeret og visuelt: Mulighed for at betragte egen praksis udefra	86
7.3	Problembaseret og interaktivt: Mulighed for at "mærke" egen praksis og prøve noget af	88
7.4	Opsamling	92
8	Menneskelige årsager til diagnoseforsinkelser i socialpsykiatrien	94
8.1	Årsager til diagnoseforsinkelse før konsultationen	95
8.2	Årsag til diagnoseforsinkelse ved konsultationen	102
8.3	Årsager til diagnoseforsinkelse efter konsultationen	104
8.4	Opsummering	107
9	Konklusion	109
9.1	Baggrund og indsats	109
9.2	Arrangementernes implementering	110
9.3	Arrangementernes kortsigtede og mellemlange virkninger	110
9.4	Arrangementernes langsigtede virkninger	111
9.5	Faktorer, der har hæmmet og fremmet arrangementernes virkning	112
9.6	Potentialet for anvendelse og udbredelse	113
	Litteratur	116

Sammenfatning

Formål

Denne evaluering undersøger virkningen af én delindsats under den flerstrengede indsats 'Gå til lægen i tide'. 'Gå til lægen i tide' har til formål at sikre, at flere borgere i Region Sjælland overlever kræft længere, og at ulighed i sundhed samtidig reduceres i regionen. Delindsatsen, som evalueres i denne rapport, er en ny og anderledes sundhedsoplysende indsats, der henvender sig til medarbejderne i socialpsykiatrien. Målet er at klæde medarbejderne i socialpsykiatrien bedre på til at understøtte borgere, der er tilknyttet socialpsykiatrien, i at komme til læge i tide ved at skærpe medarbejdernes fokus på borgernes fysiske sygdom. Indsatsen er udviklet af Region Sjælland og består af et tre timer langt arrangement. Arrangementerne er blevet tilbudt til regionens kommuner siden 2017. I perioden 2017-2018 er der afholdt 17 arrangementer i 10 kommuner.

Denne evaluering beskriver delindsatsen og dens virkninger. Ved virkninger forstås den konkrete viden og de redskaber, som medarbejdere og ledere i socialpsykiatrien oplever, at de har tilegnet sig gennem arrangementerne, samt den læring og skift af adfærd, som arrangementerne har givet anledning til i forhold til at få borgerne til læge i tide. Undervejs i evalueringen afdækkes de faktorer, der har spillet ind på arrangementernes virkning. Desuden diskuteres muligheder og begrænsninger ved den metode, som arrangementerne anvender, samt den viden evalueringen har genereret om de menneskelige faktorer, som giver anledning til diagnoseforsinkelser blandt borgere tilknyttet socialpsykiatrien. Evalueringen er baseret på en spørgeskemaundersøgelse, som Region Sjælland har gennemført, samt et kvalitativt casestudie i tre af de 10 deltagende kommuner. I de tre casekommuner har VIVE interviewet to læger samt fire ledere og 17 medarbejdere fra socialpsykiatrien.

Indsatsens karakter: En ny og anderledes sundhedsoplysende indsats

Arrangementerne er bevidst designet af Region Sjælland som en ny og anderledes sundhedsoplysende indsats. Indsatsen betegnes som anderledes, fordi den bryder med den gængse "massekommunikation" til den bredere befolkning. I stedet forsøger indsatsen at skabe en indsats målrettet borgere tilknyttet socialpsykiatrien ved at klæde medarbejderne i socialpsykiatrien på til at være "ambassadører", der kan bringe fokus på sundhed ind i borgernes hjem. Indsatsen anses ligeledes som anderledes, fordi den metode, der anvendes til at klæde medarbejderne på, bryder med lineære formidlingsformer såsom oplæg og foredrag. I stedet kombinerer arrangementerne forskellige aktiviteter: sundhedsfaglige oplæg, dilemmaspil (der spilles af skuespillere), gruppeøvelser og uddeling af en folder, der kan bruges som dialogredskab – aktiviteter, hvis bærende principper er, at læring skabes ved at gøre abstrakt og lineær viden situeret, problembaseret og interaktiv. Eller med andre ord ved, at den viden, der formidles, er baseret på konkrete, situerede og genkendelige problemstillinger, der involverer medarbejderne frem for abstrakte teoretiske modeller og envejskommunikation.

Problemstillingen: Menneskelige årsager til diagnoseforsinkelser i socialpsykiatrien

Evalueringen viser, at både medarbejdere og ledere i socialpsykiatrien samt læger kan identificere en lang række menneskelige årsager til, at diagnoseforsinkelser i særlig høj grad opstår for borgere tilknyttet socialpsykiatrien. De peger på, at årsagerne til diagnoseforsinkelser blandt borgere i socialpsykiatrien bl.a. skyldes en øget risiko for patientforsinkelse – en risiko, der hænger sammen med, at flere borgerne i socialpsykiatrien ikke selv mærker eller reagerer på kropsforandringer og/eller har svært ved at tage ansvar for et eventuelt udrednings- eller behandlingsforløb. Derudover viser evalueringen, at både læger og medarbejdere anerkender, at de også har et medansvar for, at der opstår diagnoseforsinkelser blandt borgerne. Det skyldes, at de er klar over disse borgeres øgede risiko for patientforsinkelse, men ikke altid formår at støtte dem i tide. Årsagerne til dette er bl.a., at

både medarbejderne og lægerne kan overse eller fejlfortolke en kropsforandring, kan opleve modstand imod deres støtte, ikke har ressourcer nok til støtten, eller ikke får samarbejdet og overleveret information på tværs af almen praksis, socialpsykiatrien og psykiatrien. Begge parter anerkender, at det kan gøre det særligt vanskeligt at holde fokus på den somatiske problemstilling, at det ofte er den 'psykiatriske' problemstilling, der fylder. Dette manglende blik på somatiske problemstillinger har arrangementerne i vidt omfang lykkedes med at adressere.

Virkningen på kortsigt: Medarbejderne bliver ambassadører for at spotte fysiske symptomer

Den primære virkning af arrangementerne er, at hovedparten af medarbejderne beskriver, at de umiddelbart efter arrangementerne fik øget opmærksomhed på fysiske symptomer hos borgerne, og desuden at flere beskriver, at de er gået mere til lægen med borgerne, end de ellers ville have gjort. Lidt under halvdelen har desuden også benyttet folderen 'Lyt til din krop', som blev udleveret ved arrangementet. Medarbejderne beskriver også i vid udstrækning, at arrangementerne har været brugbare og lærerige, fordi de har skabt mulighed for at reflektere over de dilemmaer og etiske problemstillinger, der kan være forbundet med at motivere borgeren til at gå til læge og deltage som bisidder ved denne. Flere medarbejdere nævner også, at de ved arrangementet har fået kendskab til flere af deres kollegaer, har haft mulighed for at udveksle løsningsmodeller og fået indblik i, hvor grel uligheden i sundhed er på området. Disse virkninger tegner et billede af, at indsatserne, i tråd med intentionen, har skabt en platform for at klæde medarbejderne på som ambassadører for et somatisk blik. Evalueringen tegner dog også et billede af, at det er meget individafhængigt, i hvilket omfang medarbejderne har indtaget rollen som "ambassadører".

Faktorer, der har påvirket virkningen

Evalueringen finder stor individuel variation med hensyn til arrangementernes gennemslagskraft. Denne variation kan forklares med en lang række faktorer såsom tid (virkningen er aftagende over tid), en begrænset organisatorisk forankring og opfølgning i kommunerne, samt medarbejdernes varierende oplevelse af meddeltagere og arrangementernes underholdningsværdi, flow og relevans. Sidstnævnte faktor påvirkes desuden af medarbejdernes funktion og faglighed. Evalueringen vurderer, at særligt den manglende opfølgning på og forankring af indsatserne lokalt ser ud til at have gjort det til et personligt anliggende, om medarbejderne påtager sig ambassadørrollen eller ej.

Virkningen på lang sigt: Mindre ulighed i sundhed og mere helhedsorienteret indsats

På baggrund af datagrundlaget er det usikkert og komplekst at vurdere, i hvilket omfang delindsatsen har bidraget til det overordnede formål om, at borgere i socialpsykiatrien overlever kræft længere, og at ulighed i sundhed reduceres i regionen. Evalueringen viser dog, at arrangementerne har gjort medarbejderne mere opmærksomme på borgernes fysiske kropsforandringer og på vigtigheden af, at de støtter borgerne til at komme til lægen. Denne opmærksomhed vil alt andet lige styrke muligheden for, at medarbejderne kan give borgerne i socialpsykiatrien den nødvendige støtte, så de kan komme til læge i tide. Omvendt finder evalueringen også, at opmærksomheden aftager over tid, hvorfor virkningen på længere sigt kræver en kontinuerlig påmindelse og forankring.

Potentialer for udbredelse og anvendeligheden af metoden

Utallige rapporter dokumenterer, at der er stor ulighed i sundhed i Danmark, og at overdødeligheden blandt borgere, der er tilknyttet socialpsykiatrien, er større end den almene befolkning – en overdødelighed, der primært kan forklares med fysisk sygdom, som er underdiagnosticeret eller underbehandlet (Sundhedsstyrelsen, 2011, Wahlbeck et al., 2011, Laursen, Nordentoft & Mortensen, 2014). Denne situation kalder på nye initiativer, som tør være nytænkende i forhold til, hvordan sundhedsoplysende indsatser kan skrues sammen, så de når ud til borgere i socialpsykiatrien.

Evalueringen vurderer, at den metode, der anvendes i 'Gå til lægen i tide', rummer potentialer, som en anderledes og mere målrettet sundhedsoplysende indsats. Ideen om at nå borgerne gennem medarbejderne i socialpsykiatrien virker først og fremmest nærliggende, fordi disse medarbejdere har en tæt relation til borgere i socialpsykiatrien, der ofte ikke selv søger information om sundhed. At klæde medarbejderne på til at varetage denne opgave via særlige dilemmaspil virker også relevant og brugbart. Evalueringen viser, at dilemmaspillene, hvor skuespillere spiller små praksisnære spil for medarbejderne og inviterer dem op på "scenen", er en anvendelig måde at skabe læring på. Den situerede og visualiserede læring, som metoden hviler på, opleves nemlig i en kontekst, hvor kerneopgaven vedrører relationsarbejde, som er meget meningsfuld, fordi den skaber "billeder" af praksis. Billederne giver medarbejderne konkret anvisning på, hvordan de kan omsætte viden i fremtidig praksis, men gør også, at medarbejderne kan genkalde sig og reflekterer over tidligere situationer, de har stået i. Derudover opleves metodens problembaserede og interaktive læring meningsfuld, fordi medarbejderne får mulighed for at reflektere over og udfordre de negative fortællinger, dilemmaer og etiske problemstillinger, der ofte præger deres arbejde med mennesker.

Metoden rummer dog også begrænsninger og udviklingspotentialer. Dilemmaspillene indebærer en risiko for at flytte medarbejdernes fokus fra "virkeligheden" og kropsforandringer til "skuespillet" (efter hvor godt eller dårligt det er spillet), særligt hvis skuespillet ikke er genkendeligt. Derudover kan dilemmaspillet udvikle sig til et vurderende og fingerpegende rum frem for et læringsrum. Det sker eksempelvis, hvis nogle karakterer bliver trukket for hårdt op, eller der skabes en negativ stemning i forhold til fx lægen. Det er derfor vigtigt at overveje, hvordan dilemmaspillene kan konstrueres, så de bliver genkendelige for de multiple funktioner, som socialpsykiatrien dækker over: bostøtte, bo-tilbud, væresteder, misbrugscentre m.m., samt hvilke karakterer/aktører der skal være til stede for at sikre, at læringsrummet bibeholdes. Endelig er det afgørende at sikre, at refleksioner og viden forankres efter arrangementerne og at understrege, at metoden ikke kan stå alene, når problemstillingen omkring ulighed i sundhed skal løftes.

VIVE anbefaler, at Region Sjælland i samarbejde med kommunerne målrettet arbejder videre med at skabe en større forankring af arrangementerne og holde blikket på fysisk sygdom blandt medarbejderne i socialpsykiatrien, samt at potentialet i – og ønskerne om – at skabe en mere helhedsorienteret indsats på tværs af almen praksis (somatik) og socialpsykiatrien (psykiatri) udnyttes og udbygges.

1 Projekt 'Gå til lægen i tide'

I dette kapitel præsenteres en beskrivelse af indsatsen 'Gå til lægen i tide'. Det vil sige indsatsens baggrund og formål, karakteristika samt grundlæggende antagelser og udvikling. Kapitlet bliver afrundet med en programteori og er baseret på interview med indsatssteamet for 'Gå til lægen i tide', ledelsen af indsatssteamet og observationer af arrangementerne.

1.1 Baggrund for indsatsen

Kræftoverlevelsen i Danmark er ringere end i de lande, vi normalt sammenligner os med. Den lavere kræftoverlevelse begrundes ofte med, at kræftdiagnoserne stilles for sent (Region Sjælland, 2017). Da udviklingen i kræftstadiet har negativ betydning for overlevelsen af kræft og den behandling, patienten får, har regeringen siden 2015 afsat midler til, at regionerne kan øge fokus på tidlig opsporing. Indsatsen betegnes "Tidlig opsporing af kræft".

Årsagerne til diagnoseforsinkelser på særligt kræftområdet er i høj grad præget af menneskelige faktorer. Det viser en rapport fra 2013 (Wentzer, 2013). Rapporten peger desuden på, at årsagerne til, at der opstår diagnoseforsinkelser, både kan ske a) i form af patientforsinkelse, dvs. patienten ikke går til læge i tide, b) i interaktionen mellem læge og patient i udredningsforløbet og c) i form af lægeforsinkelse (fra udredning/henvendelse til diagnosticering/behandling). Endvidere har undersøgelser (Sundhedsstyrelsen, 2011, Wahlbeck et al., 2011, Laursen, Nordentoft & Mortensen, 2014, Region Sjælland, 2017, Wentzer, 2013) dokumenteret, at diagnoseforsinkelse ikke rammer alle borgere ens. Det er typisk udsatte borgere, herunder mennesker med lav socioøkonomisk status, unge mænd, ældre misbrugere, mennesker med psykiske lidelser samt mennesker med anden etnisk baggrund, der oplever diagnoseforsinkelse (Wentzer, 2013, Dalton et al., 2008).

Undersøgelser viser, at de "menneskelige" og psykosociale barrierer, der kan opstå i forbindelse med at opsøge læge, og som dermed kan føre til patientforsinkelser, bl.a. omhandler manglende viden om symptomer, manglende social støtte, flovhed (at føle sig uværdig), frygt for at spilde lægens tid og frygt for sygdommens alvor (Hvidberg et al., 2012). Disse barrierer antages at blive forstærket i gruppen af socialt og psykisk udsatte mennesker, fordi de bl.a. typisk har et lavere uddannelsesniveau og viden om kræft, har en psykisk sygdom, der kan forstærke angsten for at søge læge, og færre ressourcer til at opsøge lægen. Desuden peger en række eksperter på (Bauer et al., 2012), at psykisk sårbare personer kan opleve, at lægen i interaktionen negligerer deres fysiske helbredsproblemer og fokuserer på de psykiske problemer, og at borgere med psykiske lidelser ikke kommer lige så ofte til lægen med fysiske helbredsproblemer.

Region Sjælland står, sammenlignet med andre regioner, over for en særlig udfordring på området. Seks af de 10 kommuner, der har den laveste middellevetid på kræftområdet i Danmark, ligger i Region Sjælland. Desuden er disse seks kommuner beliggende i socialgruppe 3, jf. Sundhedsprofilen, 2013 (Region Sjælland, 2017). Derfor har Region Sjælland valgt at igangsætte en indsats kaldet 'Gå til lægen i tide'. Indsatsen er et hovedindsatsområde under den nationale indsats "Tidlig opsporing" og skal sætte fokus på at motivere borgere med psykiske lidelser til at søge læge i tide. Medarbejderne i socialpsykiatrien anses som nøgleaktører i forhold til dette motivationsarbejde. Derfor retter en del af 'Gå til lægen i tide'-indsatsen sig mod at klæde medarbejderne bedre på til at understøtte borgeren i at komme til læge. Det er denne del af indsatsen, der evalueres i denne rapport.

1.2 Indsatsens formål

Regions Sjælland har igangsat indsatsen 'Gå til lægen i tide'. Formålet er at sikre, at flere borgere i Region Sjælland overlever kræft længere, således at overlevelsen i regionen minimum kommer på niveau med de øvrige regioner. Derudover er indsatsens formål generelt at mindske uligheden i sundhed i regionen.

'Gå til lægen i tide' er udviklet i tilknytning til den nationale indsats "Tidlig opsporing af kræft". I Region Sjælland består 'Tidlig opsporing af kræft' af tre forskellige hovedindsatsområder: a) kompetenceudvikling af praksispersonalet i almen praksis, b) forskning og c) borgerrettede indsatser. Den borgerrettede indsats består endvidere af en flerstrengt indsats, bestående af fire indsatser rettet mod: a) medarbejdere i socialpsykiatrien, b) borgere i sociale boligområder, c) udvikling af undervisningsmateriale til sprogcentre og d) anvendelse af de sociale medier.

'Gå til lægen i tide' dækker bl.a. over den del af indsatsen, som gives til medarbejdere i socialpsykiatrien og er genstand for denne evaluering. Denne indsats består af det, vi kalder "arrangementer" i rapporten, som bliver afholdt for medarbejderne i socialpsykiatrien. De varer tre timer og består af forskellige aktiviteter, hvor sundhedsfaglige oplæg om specifikke sygdomssymptomer kombineres med dilemmaspil (udført af skuespillere) og løbende dialog med deltagerne. Arrangementerne afholdes bevidst lokalt i de kommuner, der ønsker et arrangement.

Arrangementernes indhold skal klæde medarbejderne bedre på til at understøtte borgeren i at komme til lægen. De skal på kort sigt sikre, a) at medarbejderne får viden om og øger opmærksomheden på de kropsforandringer, som indikerer, at borgeren bør søge læge, med de mulige barrierer, der kan være forbundet med lægebesøgt, og b) at medarbejderne får redskaber og bliver rustet til at håndtere en dialog med borgeren (og lægen) om forandringerne. Hovedmålet med arrangementerne er, at medarbejderne dermed a) kan fungere som "ambassadører", der sikrer, at borgerne får viden om de symptomer, de bør gå til lægen med, og b) understøtter borgerne i at komme til læge i tide – og i deres dialog med lægen.

På længere sigt forventer man, at sammenhængen mellem den socialfaglige indsats (i socialpsykiatrien) og den sundhedsfaglige indsats bliver styrket – både ved at der bliver større fokus på somatiske problemstillinger i den faglige indsats i socialpsykiatrien, og ved at samarbejdet mellem læger og medarbejdere i socialpsykiatrien styrkes. Virkningen af arrangementerne forventes dermed at være, at borgere med psykiske lidelser kommer tidligere til læge, og at deres fysiske symptomer tages mere alvorligt. Ydermere er det forhåbningen, at indsatsen i kombination med de andre delindsatser under 'Gå til lægen i tide' og "Tidlig opsporing" bidrager til, at overdødelighed blandt borgere med psykiske lidelser på længere sigt kan reduceres – og ligeså uligheden i sundhed.

1.3 Indsatsens målgruppe: Medarbejdere og ledere i socialpsykiatrien

Indsatsen har været tilbudt til ledere og medarbejderne i socialpsykiatrien i de kommuner, der er tilknyttet Region Sjælland. Det har været op til kommunerne, om de ønskede arrangementerne eller ej. Ambitionen var fra start, at indsatsen skulle tilbydes medarbejdere, der repræsenterede et bredt udsnit af medarbejderne i socialpsykiatrien – både med hensyn til faglighed (dvs. fx både socialpædagoger og social- og sundhedsassistenter), organisatorisk tilknytning (fx hjemmevejledere og botilbudsmedarbejdere) og med hensyn til de borgere, de var i kontakt med (fx ældre, yngre, udviklingshæmmede og psykisk syge). Man overlod det dog til kommunerne selv at udpege, hvor mange og hvilke medarbejdergrupper og funktioner der mere specifikt skulle deltage.

Konkret kontaktede projektlederen kommunerne via mail, opringninger og personlige møder for at rekruttere deltagere til arrangementerne.

1.4 Indsatsens karakter: Arrangementer i kommunerne

Indsatsen 'Gå til læge i tide' består af et tre timer¹ langt arrangement, der typisk er blevet afholdt i lokaler i de lokale kommuners socialpsykiatri². Nedenfor beskrives det team, der har afviklet arrangementerne, og de konkrete hovedaktiviteter arrangementerne har bestået af.

1.4.1 Indsatsteamet

Det er et team på fire personer, der har stået for at afvikle arrangementerne i hver kommune. Vi betegner dette team som indsatsteamet i rapporten. De fire personer i teamet har været henholdsvis én sundhedsfaglig person fra Region Sjælland, to skuespillere (begge erhvervsskuespillere, den ene specifikt inden for sundhedsområdet) og en journalist, der har faciliteret mange projekter på sundhedsområdet. Dette indsatsteam har turneret rundt sammen til de forskellige kommuner i regionen og desuden både stået for indsatsen rettet mod borgere i de boligsociale områder samt indsatsen for medarbejderne i socialpsykiatrien.

Der har været en relativ klar rollefordeling i indsatsteamet. Den sundhedsfaglige person har stået for at udføre et sundhedsfagligt oplæg, de to skuespillere for at udføre dilemmaspil, mens journalisten har ageret facilitator, dvs. været den, der introducerede hele arrangementet, holdt den røde tråd i arrangementet og afrundede det. Disse aktiviteter vil blive udfoldet nedenfor.

1.4.2 Indsatsens delaktiviteter

Ved evalueringens afslutning var der afholdt 16 arrangementer i socialpsykiatrien. Disse arrangementer har haft nogenlunde den samme struktur og program. De har således indeholdt følgende aktiviteter: en introduktion, gulvøvelse og gruppedialog, sundhedsfagligt oplæg, to dilemmaspil og en afrunding, se program nedenfor:

Program for tre timers arrangementet 'Gå til lægen i tide'

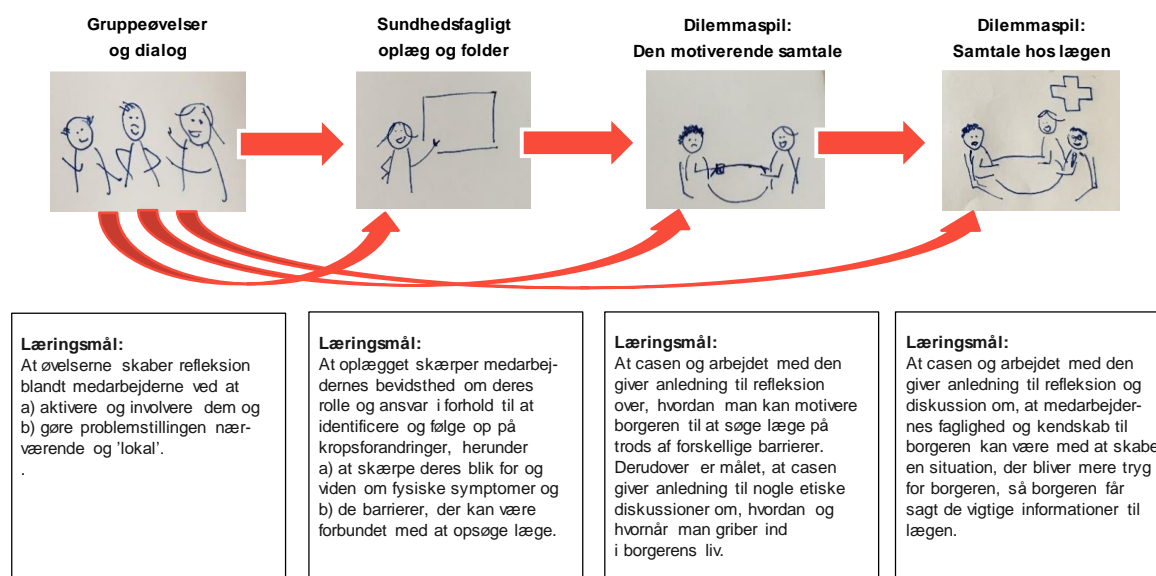
1. Introduktion af formål og præsentation af teamet, v. facilitator
2. Gruppeøvelse: Gulvøvelse og gruppedialog, v. facilitator
3. Sundhedsfagligt oplæg inkl. gruppeøvelse og uddeling af folder, v. den sundhedsfaglige person
4. Pause
5. Dilemmaspil 1: Den motiverende samtale, v. skuespillere og facilitator
6. Dilemmaspil 2: Lægebesøget, v. skuespillere og facilitator
7. Afrunding, v. facilitator

Kerneaktiviteterne i forløbet betegnes som gruppeøvelserne, det sundhedsfaglige oplæg (herunder uddeling af folder) og de to dilemmaspil. Disse kerneaktiviteter, samt aktiviteterens læringsmål, er illustreret i Figur 1.1 og vil blive udfoldet nedenfor.

¹ Tidsrammen har ligget fast fra start og er bestemt af, at der skulle være tid til den ønskede refleksion og vidensformidling, men også at indsatsen skulle være mindst muligt indgribende i medarbejdernes travle hverdag.

² Arrangementerne kræver dermed ikke særlige fysiske forhold såsom fx en scene.

Figur 1.1 Arrangementets delaktiviteter



Sundhedsfagligt oplæg og folder

En anden kerneaktivitet i indsatsen er, som illustreret i Figur 1.1, et sundhedsfagligt oplæg der afholdes af den sundhedsfaglige medarbejder fra Region Sjælland.

Målet med det sundhedsfaglige oplæg er, at oplægget skal øge medarbejdernes bevidsthed om deres rolle og ansvar i forhold til at støtte borgerne i socialpsykiatrien med at identificere og håndtere syv kropsforandringer/fysiske symptomer, som bør få borgerne til at søge læge. Dette gøres ved a) at skærpe medarbejdernes blik for og viden om de syv kropsforandringer og b) få skabt klarhed over de barrierer, der kan være forbundet med at borgerne opsøger læge. Oplægget fremføres ved hjælp af PowerPoint-slides og er struktureret omkring følgende temaer:

1. Fakta om udbredelse, opspring og overlevelse i forhold til kræft i Danmark og Region Sjælland
2. Formål med projekt 'Gå til lægen i tide'
3. Menneskelige faktorer i forbindelse med opsporing af kræft
 - a. Fokus på patientforsinkelse, herunder kræftpakker, sociokulturelle faktorer, overdødelighed blandt psykisk syge og barrierer for lægebesøg
4. Syv fysiske symptomer, herunder uddeling af folder
5. Projektets hjemmeside – "Følg os på Facebook".

Som det fremgår af oversigten over temaer, uddeles der – i forbindelse med tema 4 om de syv fysiske symptomer – en folder med titlen "Lyt til din krop". Medarbejderne opmuntres til at benytte folderen som et redskab til dialog om kropsforandringer i forbindelse med deres kontakt til borgeren. Desuden betegnes oplægget som et dialogbaseret oplæg af indsatsens ledelse, fordi deltagerne bliver opfordret til at stille spørgsmål undervejs og involveres i en gruppedialog.

Dilemmaspil 1 og 2

En anden kerneaktivitet i indsatsen er dilemmaspillene. Dilemmaspil er karakteriseret ved, at skuespillere spiller små "scenarier" for (og med) deltagerne om de barrierer, der kan være forbundet

med, at borgerne går til læge, og måder disse barrierer kan håndteres på. Scenarierne afspejler situationer, der ligger tæt op af virkeligheden.

Det første dilemmaspil (Dilemmaspil 1) omhandler den motiverende samtale, dvs. den samtale, som medarbejderne bør have med borgerne, når de opdager, at borgeren har en kropsforandring, som de bør søge læge med. Skuespillerne introducerer ved at spille en case, der er udviklet på forhånd. Casen handler om borgeren Jan, der er diagnosticeret med skizofreni og KOL. I situationen afslører Jan, at han hoster blod, da medarbejderen fra socialpsykiatrien er på besøg. Medarbejderne ved arrangementet inviteres til at komme med kommentarer til skuespillet og karaktererne. De opfordres også til selv at komme op og udføre medarbejderens rolle. Derudover opfordres deltagerne til at bidrage med en aktuell case og problemstilling vedrørende fysiske symptomer, som medarbejderne er udfordret af i deres dagligdag, og som skuespillerne og deltagerne på arrangementet skal forsøge at diskutere og håndtere i samspil.

Dilemmaspil 1: Læringsmål

At casen, og arbejdet med den, giver anledning til refleksion over, hvordan man kan motivere borgeren til at søge læge på trods af forskellige barrierer. Derudover er målet, at casen giver anledning til nogle etiske diskussioner om, hvornår og hvordan man griber ind i borgerens liv.

Fra case-beskrivelsen

Det andet dilemmaspil (Dilemmaspil 2) omhandler samtalen hos lægen, dvs. den situation, hvor borgeren er kommet til lægen, og hvordan medarbejderen kan støtte borgeren i denne samtale. Skuespillerne introducerer ved at spille en situation, hvor borgeren Jan (fra Dilemmaspil 1) selv har en snak med lægen. Herefter inviteres medarbejderne til at spille rollen som bisidder. Deltagerne inviteres løbende til at komme med kommentarer til skuespillets udvikling og karakterernes handlinger.

Dilemmaspil 2: Læringsmål

At casen, og arbejdet med den, giver anledning til refleksion og diskussion over, at medarbejdernes faglighed og kendskab til borgeren kan være med at skabe en situation, der bliver mere tryk for borgeren, så borgeren får sagt de vigtige informationer til lægen.

Fra case-beskrivelsen

Gruppeøvelser og dialog: Deltagerinvolvering

Endelig er sidste kerneaktivitet i indsatsen gruppeøvelser og løbende dialog med deltagerne. Allerede kort efter, at deltagerne er blevet introduceret til formålet med arrangementerne, bliver de involveret i den første gruppeøvelse. Her skal de op på gulvet og diskutere en række spørgsmål, som facilitatoren stiller – først to og to med hinanden og derefter i plenum. Som Figur 1.1 illustrerer, gentages denne form for gruppeaktivitet, hvor deltagerne skal diskutere bestemte spørgsmål, fx med sidemanden, og derefter i plenum flere gange både imellem og i forbindelse med de andre kerneaktiviteter.

Målet med gruppeøvelserne er – ud over at skabe en rød tråd mellem kerneaktiviteterne – at medvirke til refleksion blandt medarbejderne ved at aktivere og involvere dem i arrangementet og gøre problemstillingen nærværende og 'lokal'.

1.5 Indsatsens grundlæggende antagelser og udvikling

Indsatsens aktiviteter er blevet udviklet af programlederen for 'Tidlig opsporing af kræft' i Region Sjælland, projektlederen for 'Gå til lægen i tide' og indsatssteamet. Indsatsen, som den er beskrevet i afsnit 1.4, er et produkt af en forudgående research af både studier på området og praksis. Desuden er indsatsen løbende justeret gennem de erfaringer, som indsatssteamet og projektlederen har gjort i processen. Indsatsen har dog fra et tidligt stadie været formet af en række grundprincipper og antagelser, nemlig at indsatsen skulle være baseret på at:

- kombinere en sundheds- og kommunikationsfaglig tilgang
- styrke det somatiske blik i en psykosocial kontekst
- skabe en borgerrettet og "setting-orienteret" tilgang
- skabe en problem- og læringsorienteret tilgang
- "empower" medarbejderne i socialpsykiatrien.

Disse grundprincipper vil blive beskrevet nedenfor.

1.5.1 En sundheds- og kommunikationsfaglig tilgang

Fra begyndelsen ønskede man, at 'Gå til læge i tide' skulle være en ny og anderledes indsats. Erfaringen var, at tilgangen til at håndtere diagnoseforsinkelser i sundhedssektoren ofte udelukkende var præget af den sundhedsfaglige tilgang og et fokus på de somatiske aspekter i forhold til diagnoseforsinkelse samt (opkvalificering af) almen praksis. Med 'Gå til lægen i tide' ønskede man imidlertid at skabe en indsats, der skulle benytte anderledes og kreative veje til at anskue og afhjælpe problematikken omkring diagnoseforsinkelser.

For at skabe en anderledes tilgang til diagnoseforsinkelser valgte man i udformningen af 'Gå til lægen i tide' at lægge vægt på at kombinere en sundheds- og kommunikationsfaglig tilgang til emnet om tidlig opsporing og diagnoseforsinkelser – et fokus, der bl.a. blev understøttet af ansættelsen en kommunikationsfaglig person med tidligere erfaring som skuespiller som projektleder for indsatsen.

Vigtigheden af at kombinere en sundhedsfaglig og kommunikationsfaglig tilgang kommer bl.a. til udtryk i én af de grundlæggende modeller, der benyttes som forståelsesramme i indsatsen, og som desuden formidles til arrangementerne for medarbejderne i det sundhedsfaglige oplæg. Denne model, se Figur 1.2, er baseret på et litteraturstudie om menneskelige faktorer i forsinket diagnostik og er udarbejdet af Helle Sofie Wentzer (Wentzer, 2013).

Figur 1.2 Menneskelige faktorer i forsinket diagnostik



Kilde: (Wentzer, 2013) s. 8.

Figur 1.2 fremhæver først og fremmest, at der ikke kun er medicinske og somatiske årsager til forsinket diagnostik og behandling. Den fremhæver, at forsinkelserne også i høj grad skyldes menneskelige faktorer og psykosociale barrierer, der opstår før, under og efter lægebesøget. Det drejer sig om, at patienten ikke får henvendt sig i tide (patientforsinkelse), at lægen ikke får diagnosticeret og påbegyndt behandlingen i tide (lægeforsinkelse), og at interaktionen mellem patienten og lægen ikke altid er hensigtsmæssig og derfor kan forsinke diagnosticeringen.

En kerneantagelse i 'Gå til lægen i tide' er bl.a. – med udgangspunkt i Figur 1.2, at det ikke kun er nødvendigt at styrke den sundhedsfaglige viden og kendskab til sygdomssymptomer for at undgå forsinket diagnostik eller at klæde almen praksis bedre på. Derimod viser figuren, at en vigtig årsag til diagnoseforsinkelser ligger hos borgeren selv, og at der er behov for både at imødegå de psykosociale barrierer, der kan forhindre patienten i at gå til lægen, og at understøtte borgerne, så de bliver hørt og set i konsultationssamtalen med lægen. Fokus skal med andre ord flyttes fra lægen til borgeren, hvilket indebærer en større opmærksomhed på medarbejderne i socialpsykiatrien. Først og fremmest fordi disse medarbejdere er løbende i kontakt med og har kendskab til borgeren og dermed potentielt kan udgøre en ressource i forhold til at få den enkelte borger tidligere til læge.

1.5.2 Et somatisk blik i en psykosocial kontekst

Et andet kerneprincip i 'Gå til lægen i tide' hviler på ønsket om at styrke medarbejdernes blik for somatiske problemstillinger og kropsforandringer i socialpsykiatrien. Selvom 'Gå til lægen i tide' således tager højde for den psykosociale kontekst, er en grundantagelse, at den psykosociale kontekst i sig selv kan udgøre en barriere for, at borgernes kropsforandringer tages alvorligt. For eksempel påpeger projektledelsen, at de medarbejdere, som borgere med psykiske lidelser møder (herunder særligt i socialpsykiatrien, men også i almen praksis og på hospitalerne), ikke altid tager borgernes somatiske symptomer alvorligt. Det sker, fordi de reducerer sytomerne til en del af deres psykiatriske sygdomsbillede. En potentiel negligering af mennesker med psykiske lidelsers somatiske symptomer, hvilket det bl.a. er et af projektets mål at gøre op med. Som programlederen beskriver det nedenfor:

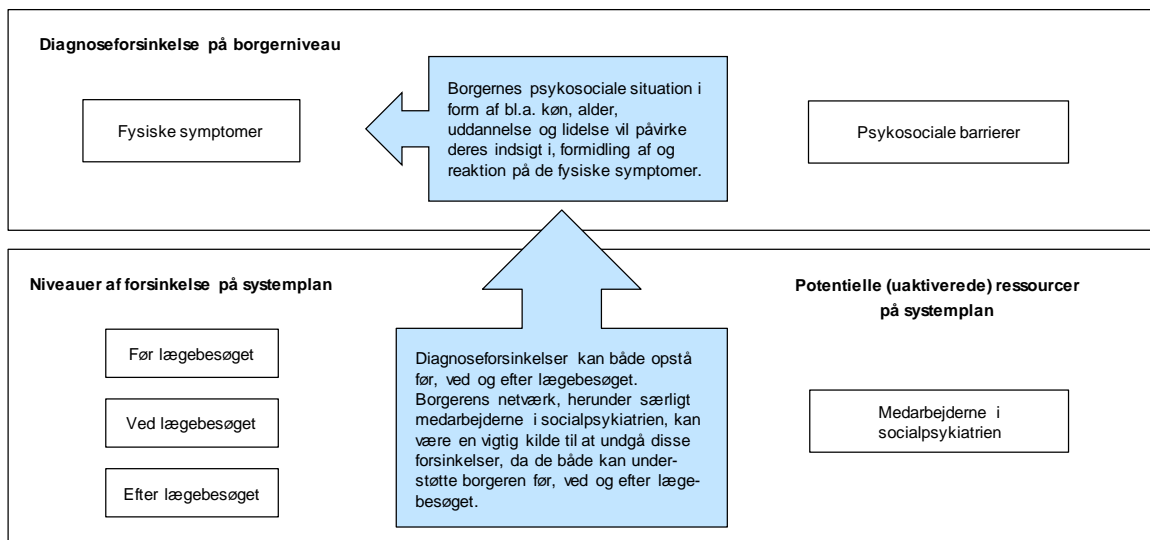
Styrkelsen af det somatiske blik i en psykosocial kontekst

De medarbejdere, der arbejder i socialpsykiatrien, har meget fokus på det psykiske. Her [i projektledelsen] mener vi, at de også er nødt til at have fokus på det fysiske. Vi vil gerne have medarbejderne i socialpsykiatrien til at forstå, at de spiller en vigtig rolle i forhold til det sundhedsfaglige felt. De har også et ansvar for at have fokus på kropsforandringer, fx blod i urinen, når de er i så tæt i kontakt med borgerne. Når borgerne klager over noget fysisk, skal de lige reflektere over, om dette kunne have bund i noget somatisk og ikke bare være relateret til deres psykiske sygdom. (Programleder, 'Gå til lægen i tide')

Ønsket med 'Gå til lægen i tide' er således at gøre medarbejderne i socialpsykiatrien opmærksomme på de psykosociale barrierer, der kan være ved at gå til lægen, og samtidigt oplyse medarbejderne om vigtigheden ved at fastholde et somatisk blik, hvor de håndterer de psykosociale barrierer, der kan gøre det svært at søge læge både før, efter og under lægebesøget – en forståelsesramme, der er opsummeret i Figur 1.3.

Figur 1.3 Projektets grundlæggende antagelser og forståelsesramme

Forståelsesramme vedrørende diagnoseforsinkelse for udsatte borgere



Kilde: Udarbejdet af VIVE.

Væsentligt ved udviklingen af indsatsen har været at få tydeliggjort, at det ikke er alle somatiske problemstillinger, som er lige alvorlige. For at styrke medarbejdernes opmærksomhed på og viden om de somatiske problemstillinger, der bør gøres noget ved, har projektet valgt at sætte fokus på syv somatiske symptomer, som medarbejderne bør være særligt opmærksomme på. Ledelsen af indsatsen forklarer, at fokuset i både sundhedsoplægget og den folder, der bliver uddelt ved arrangementerne, er på syv centrale symptomer, der potentielt kan være tegn på kræft. Samtidigt påpeger ledelsen dog, at det har været vigtigt for dem ikke at overfokusere på kræft, dels fordi symptomerne også kan være relaterede til andre sygdomme, dels fordi mange af symptomerne ofte ikke er kræftrelaterede. Som program- og projektlederen understreger, ønsker man bestemt ikke at skabe en skræmmekampagne eller at øge borgernes frygt for, at de har kræft.

Styrkelsen af det somatiske blik, men ikke en skræmmekampagne

Vi ønsker ikke at skabe frygt i befolkningen. Alle syv symptomer kan være tegn på kræft, men det kan også være årsag til andre ting, man bør tale med sin læge om. Kræft er jo ikke en hyppig sygdom fra den praktiserende læges perspektiv, så vi håber, fokuset på symptomerne kan komme en bredere patient-gruppe til gavn. (Programleder)

Vi forsøger at finde en balance. Vi vil ikke skabe frygt, men samtidig forsøger vi at få flere til at komme til lægen, så vi får fanget kræften tidligere. Det er også derfor, at vi ikke nævner kræft med ét ord i vores folder, men snakker om sygdom, symptomer og kropsforandringer. (Projektleder)

1.5.3 En borgerrettet og "setting-orienteret" tilgang

'Gå til lægen i tide' betegnes som en borgerrettet og setting-orienteret tilgang. Dette dækker over, at projektledelsen, med udgangspunkt i Jacobsens ph.d. om sundhedsoplysende kampagner (Jacobsen, 1996), har forsøgt at designe en indsats, der tager hensyn til og har forståelse for den forskellighed, der præger borgernes "hverdagsliv, relationer og omgivelser" i regionen (Region Sjælland, 2017). Frem for en mere generel og abstrakt sundhedskampagne om de syv kropsforandringer, der i højere grad ville henvende sig til den mere uddannede del af befolkningen, har det således været afgørende for projektet at designe en indsats specifikt til målgruppen og målgruppens netværk.

Medarbejderne i socialpsykiatrien blev, som projektlederen og programlederen udfolder i citaterne nedenfor, betragtet som en vigtig kilde til at sikre den borgerrettede tilgang. Først og fremmest fordi de kunne fungere som "ambassadører" for budskabet, møde borgerne i deres hjem og give dem den ønskede information én-til-én.

En borgerrettet indsats: Om at nå borgerne gennem medarbejderne i socialpsykiatrien

Programleder: I opdraget fra ministeriet (omkring Tidlig opsporing) står der, at man skal kompetenceudvikle i forhold til almen praksis, men samtidig kan man jo se på undersøgelserne, at kun en lille del af diagnoseforsinkelser skyldes almen praksis, mens en stor del skyldes patienterne (...). Det er årsagen til, at vi lavede, og faktisk måtte kæmpe for at skabe, en borgerrettet indsats [frem for udelukkende en indsats for almen praksis, red] (...). Samtidig har vi været meget opmærksomme på, at vi ikke skal ud at lave kampagner til den her målgruppe. Vi skal ud og nå borgerne dér, hvor de er i én-til-én indsats (...).

Interviewer: Men 'Gå til lægen i tide' består både af arrangementer i boligsociale områder for borgere og for medarbejderne i socialpsykiatrien, hvordan er sidstnævnte borgerrettet?

Projektlederen: Der er tale om en særlig udsat gruppe, der er svære at nå, og derfor mente jeg, at det var nødvendigt at have nogle ambassadører [dvs. medarbejderne i socialpsykiatrien].

Programleder: Der er jo også mange borgere, der ikke bor på en institution, men derhjemme og fx aldrig kommer uden for en dør, fordi de har social angst. Så vi når en bredere målgruppe, når vi taler med medarbejderne i socialpsykiatrien [end hvis de kun havde lavet arrangementer for borgerne].

Den folder, der uddeles ved arrangementet (se afsnit 1.4.2), er udviklet, så den understøtter den borgerrettede tilgang. I folderen har man bevidst undgået at skrive en masse tekst og i stedet primært basere den på tegneseriefigurer. Ligeledes har man bevidst ikke masseproduceret folderen og lagt dem ud på biblioteker og lignende. Ønsket er nemlig, ifølge projektlederen, at folderen skal

bruges af medarbejderne som et dialogværktøj i de tilfælde, hvor den giver mening (dvs. når de observerer, at borgeren har en kropsforandring). Den skal altså ikke deles ud på må og få.

Indsatsens fokus på at afholde lokale arrangementer, dvs. i de enheder i socialpsykiatrien, hvor borgerne er tilknyttet, og på dilemmaspillene (se afsnit 1.4.2), fremhæves også af projektledelsen som en afgørende kilde til at sikre særligt den setting-orienterede tilgang. Lokaltiteten og dilemmaspillene har nemlig bl.a. til hensigt at sikre, at indsatsen med projektlederens ord opleves som "nærværende" for medarbejderne. Dilemmaspillene skal ikke, som det sundhedsfaglige oplæg, være en abstrakt historie, som medarbejderne hører om kræft på området. Tværtimod skal dilemmaspillene, som det er udfoldet i afsnit 1.4.2, forsøge gennem specifikt udviklede cases at situere og forankre historien i en kontekst/situation/setting, fx i borgerens hjem med specifikke aktører, fx Jan. Situationen eller settings, som indsatssteamet og dets ledelse har forsøgt at gøre genkendelige og aktuelle for medarbejderne ved bl.a. at lave et møde med en leder i socialpsykiatrien efterfulgt af en fokusgruppe med tre medarbejdere og en leder. Man har også ladet en leder i én kommunes socialpsykiatri gennemlæse case-beskrivelserne til dilemmaspillene og løbende arbejde med at gøre casen mere relaterbar for medarbejderne.

1.5.4 En problem- og læringsorienteret tilgang

Den borgerrettede og setting-orienterede tilgang har også været tæt knyttet til den problem- og læringsteoretiske tilgang (se fx (Lave, Jean & Wengers, Etienne, 1991, Holgaard et al., 2014)), som indsatsen udspringer af. Projektet bygger på en antagelse om, at sundhedsfaglige oplæg ikke nødvendigvis i sig selv vil skabe læring. Derimod er der en grundlæggende tro på, at læring opstår, når dialogbaserede oplæg (afholdt af en sundhedsfaglig person) kombineres med dilemmaspil (afholdt af skuespillere). Viden om de sundhedsfaglige oplæg skaber nemlig med projektledelsens og indsatssteamets ord "kropsliggørelse" blandt deltagerne, og her spiller gruppeøvelserne og dilemmaspillene en afgørende rolle. Dilemmaspil³ defineres som følger i projektbeskrivelsen:

Projektets definition af dilemmaspil

Dilemmaspil er karakteriseret ved små **scenarier**, hvis emne ligger **tæt op af virkeligheden**. Ud fra en PBL (**Problembaseret læring**) vil scenariet slutte med en uhensigtsmæssig kommunikation. Deltagerne skal gennem refleksion og diskussion foreslå, hvordan kommunikationen kan forbedres, således at udbyttet bliver større. Deltagerne er således **aktive** i forhold til at ændre kommunikationen i scenariet, og dilemmasillet giver således en mulighed for at arbejde **interaktivt** med en **identificerbar problemstilling**.

Projektbeskrivelsen s. 8-9 (Region Sjælland, 2017).

Dilemmasillet understøtter den problem- og læringsorienterede tilgang ad flere veje. En af dem er som omtalt deres setting-orienterede karakter. Det vil sige, at de består af små scenarier – små skuespil/situationer, som spilles for medarbejderne (fx om en borger med fysiske symptomer), og som ligger tæt op af virkeligheden. Derudover er dilemmaspillene dog også baseret på at rejse en identificerbar problemstilling blandt de tilstedeværende medarbejdere, dvs. en problemstilling, som medarbejderne kan relatere til fra deres eget arbejdsliv. Altså en genkendelighed, som forventes at give mulighed for, at deltagerne kan arbejde interaktivt med problemstillingen.

³ Projektteamet understreger, at man bevidst har valgt begrebet dilemmasillet frem for forumteater i indsatsen, fordi dilemmaspillene og det ønskede outcome har været meget mere styret end i gængse former for forumteatre.

Dilemmaspillene og den dertilhørende dialog i plenum er med andre ord konstrueret på en måde, så indsatssteamet aktivt forsøger at involvere deltagerne i arrangementet gennem dialog og refleksion, ikke mindst fordi scenariet typisk vil slutte med en såkaldt "uhensigtsmæssig kommunikation", dvs. at skuespillerne afslutter scenariet med at ende i hårdknude. Det kan eksempelvis være, når det ikke lykkes at motivere borgeren til at gå til læge, hvilket kræver, at "publikum" aktivt forsøger at bidrage til en løsning. Denne aktivering af deltagerne sigter bl.a. også mod, at medarbejderne konkret skal erstatte skuespillere i dilemmaspillene. Hermed er det op til "virkelighedens" medarbejder at forsøge og løse borgerens problem (som vel at mærke spilles af den anden skuespiller). Nedenfor forklarer projektlederen hendes overvejelser ved at kombinere de sundhedsfaglige oplæg med dilemmaspillene.

Ikke bare lineær læring

Jeg brugte de første par måneder på at tygge mig ind i feltet og overveje, hvordan vi kunne skrue indsatsen sammen. (...) Jeg var meget optaget af konteksten og målgruppen. Jeg ønskede ikke at skabe massekommunikation, men dialog og læring. Det skulle ikke bare være lineær formidling. Der skulle være en grad af vidensformidling – i form af et sundhedsoplæg – men det skulle gøres i en dialogbaseret form. I socialpsykiatrien er de vant til at lytte og til lineær formidling. Men jeg ville gerne have, at de selv skulle sidde med aha-oplevelserne skabt på baggrund af det, de ser, når de selv arbejder med problemstillingen. Derfor fik jeg fat på nogle skuespillere. På den måde kommer der noget krop på det, man kan snakke om i psykiatrien. (Projektleder, 'Gå til lægen i tide')

Projektlederen beskriver, at det er noget nyt, at regionen definerer en læringsorienteret indsats målrettet medarbejderne i socialpsykiatrien og med borgerne som fokus. Ofte nævner projektledelsen og indsatssteamet, at dilemmaspillet er med til at give den faglige viden "krop" – dvs. den form for materialitet, som opstår, når man kan mærke problemstillingerne på egen krop. Denne kropsliggørelse har til formål at sikre en bedre forankring af det lærte.

1.5.5 En empowerment-tilgang

Empowerment er ligeledes et centralt princip, der benyttes i forbindelse med indsatsen. I tråd med den læringsteoretiske tilgang er ønsket at mobilisere og engagere medarbejderne i socialpsykiatrien til at ændre deres adfærd. Først og fremmest ved at få dem til at fokusere på problemstillingen og få dem til at indse den afgørende forskel, de kan spille i borgerens liv. Som facilitatoren i indsatssteamet beskriver nedenfor:

Empowerment

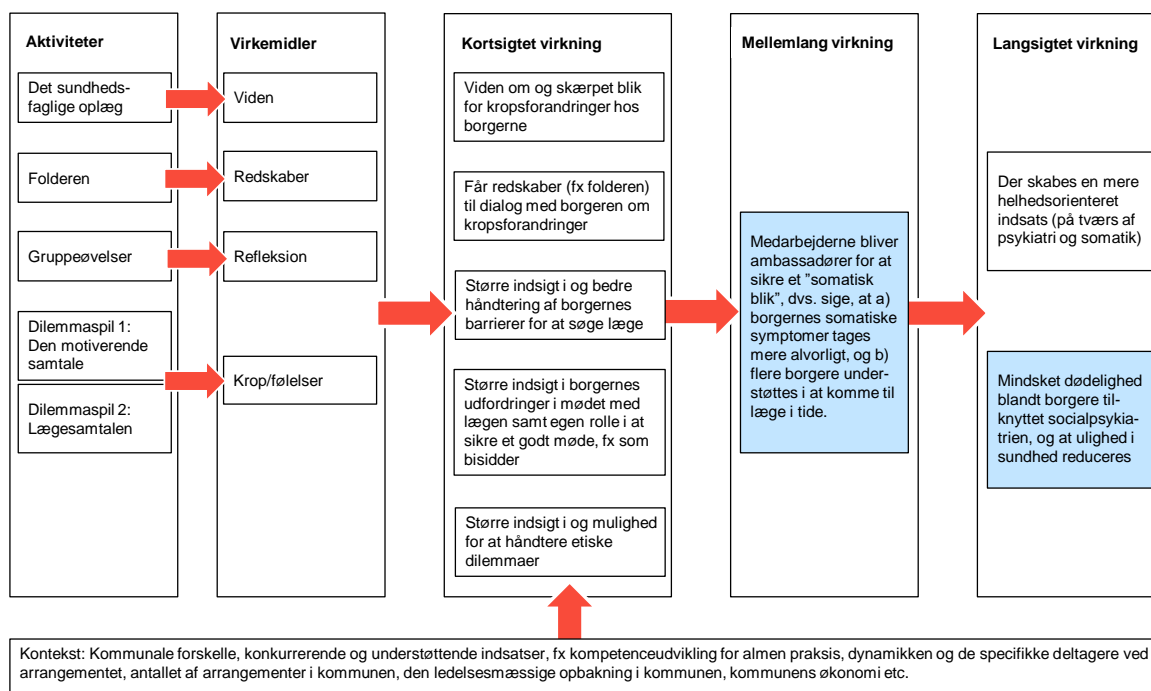
Formålet er også at spejle for medarbejderne, hvor vigtige de er. Hvor central en rolle de har. "Empower" dem i deres rolle. (Facilitatoren, 'Gå til lægen i tide')

Håbet med indsatsen er således også, at medarbejderne ikke kun får ny viden og indsigt ved arrangementerne, men også at de ændrer deres adfærd i hjemmene.

1.5.6 Programteori

'Gå til lægen i tide' er en kortvarig intensiv indsats, der benytter sig af forskellige aktiviteter og virkemidler. Evaluator har på baggrund af projektets materiale og interview opstillet en forandringsteori for indsatsen. Den er skitseret nedenfor:

Figur 1.4 Programteori



Programteorien tydeliggør indsatsens problemstilling, målgruppe og forventede virkninger. Det fremgår, at målgruppen for indsatsen er borgere med psykiske lidelser, og at antagelsen er, at man kan forebygge denne gruppes diagnoseforsinkelser ved at klæde medarbejderne bedre på til at agere ambassadører i deres kontakt med borgerne.

Aktivitetssøjlen i programteorien viser de kerneaktiviteter, som det tre timer lange arrangement indeholder: det sundhedsfaglige oplæg, uddeling af en folder, gruppeøvelser og de to dilemmaspil. Virkemiddelsøjlen illustrerer de virkemidler, som projektet benytter i forbindelse med arrangementet samt de forskellige aktiviteter: viden, redskaber, refleksion og krop/følelser. Hovedaktiviteterne i indsatsen kan ikke reduceres til ét af de fire virkemidler. Alligevel illustrerer pilene mellem aktiviteterne og virkemidlerne, hvordan hver af hovedaktiviteterne i særlig grad har "vækket" eller benyttet sig af ét af de fire virkemidler:

Det sundhedsfaglige oplæg skal sikre *viden* om problemstillingen, herunder hvordan regionen adskiller sig negativt fra andre regioner og skabe opmærksomhed om de syv symptomer og de psykosociale barrierer. Som oplægsholderen selv beskriver, antager hun, at medarbejderne godt kender mange af de kropslige symptomer, og at hun derfor fokuserer på at fremhæve, at medarbejderne spiller en vigtig rolle for at formidle budskabet videre til borgerne (frem for et fokus på en systematisk gennemgang af symptomer). Formålet med hendes oplæg har desuden været at skabe en fælles vidensplatform og forståelse af problemstillingen blandt deltagerne ved arrangementet.

Folderen "Lyt til din krop" skal ifølge indsatssteamet understøtte budskabet om medarbejdernes vigtige rolle i forhold til at videreformidle problemstillingen til borgerne. Forventningen er, at medarbejderne med folderen får et *redskab*, som de kan benytte i dialogen med borgerne om deres kropsforandringer.

Dilemmaspillene skal ifølge indsatssteam og ledelse primært sikre, at budskabet får en "*krop*" – bliver nærværende for medarbejderne og skaber en platform for refleksion. Dette (setting-orienterede) nærvær er bl.a. forsøgt sikret ved, at de scenarier, der benyttes, er udviklet på baggrund af fokusgrupper med medarbejderne og ved at sende case-beskrivelserne⁴ til en kommune, der kunne kigge dem igennem og både vurdere, om de var godt beskrevne og etisk i orden (ikke karikerede). Desuden har man fx videreudviklet persongalleriet undervejs for at gøre spillet mere autentisk og skærpe fokus på problemstillingen⁵. Mere konkret har man dog også søgt at sikre "kropsliggørelsen" ved at benytte medarbejdernes egne cases og ved ikke kun at spille for medarbejderne, men også at inddrage dem i spillene, fx ved at give dem rollen som bisidder og/eller borgerens kontaktperson. Mens der i det sundhedsfaglige oplæg er fokus på, hvad og i hvilke situationer medarbejderne kan/bør formidle viden videre til borgeren, sætter dilemmaspillene fokus på, hvordan medarbejderne konkret kan formidle viden videre – og de faglige, etiske og følelsesmæssige udfordringer, som kan være forbundet med det.

Gruppeøvelserne, der præger hele indsatsen, har til hensigt at sikre, at medarbejderne i fællesskab får *reflekteret* over budskabet. Allerede den indledende øvelse, hvor medarbejderne er oppe at stå, er tænkt som en vigtig kilde til at få dem engageret i indsatsen. Som facilitatoren forklarer, så skal øvelserne fra start skabe et rum, "... hvor medarbejderne kan slappe så meget af, at de kan skabe noget nyt. Der er noget energetisk i det. Jeg skal mærke dem og de skal mærke mig. At jeg er kaptajnen – og at de så skal tænke: det er et skib vi gerne vil med".

Søjlen "Langsigtet virkning" fremhæver de langsigtede mål, som arrangementerne forventes at bidrage til i kombination med de andre delindsatser under 'Gå til lægen i tide' og "Tidlig opsporing", nemlig primært at reducere overdødelighed og ulighed i sundhed i gruppen af borgere, der er tilknyttet socialpsykiatrien. Søjlerne "Kortsigtet virkning" og "Mellemlang virkning" beskriver mere præcist, hvordan den specifikke delindsats, der evalueres i denne evaluering, forventes at kunne bidrage til at opnå dette langsigtede mål, nemlig ved at arrangementerne klæder medarbejderne på til at varetage rollen som ambassadører for et somatisk blik i deres relationer med borgere tilknyttet socialpsykiatrien.

Boksen "Kontekst" beskriver nogle af de forhold og faktorer, som kan være afgørende for, om indsatsen får en virkning, herunder de andre delindsatser, som skal bidrage til indsatsens langsigtede mål.

⁴ For de to dilemmaspil blev der lavet en 1,5 siders case-beskrivelse, som beskrev scenarie og formål, introduktion til casen (situation/forløb), læringsmål og personernes (læge, borger, sagsbehandlers) karakteristika (herunder information om sygdommen skizofreni og KOL).

⁵ Eksempelvis justeredes karakteren af den socialfaglige medarbejder med henblik på at skærpe deltagerens fokus på selve problemstillingen "at have en dialog med borgeren om at søge læge". Dette gjorde man ved at gøre den socialfaglige medarbejder bedre til at kommunikere med borgeren, hvorfor deltagerfokus blev flyttet væk fra medarbejderens kommunikationskompetencer og over på selve problemstillingen omkring at tage snakken om lægebesøg med borgeren.

2 Metode og undersøgelsesdesign

I dette kapitel præsenteres evalueringens design, datagrundlag og analysestrategi.

2.1 Evalueringens design

Denne evaluering har to relaterede formål. Det første formål er at beskrive indsatsen 'Gå til lægen i tide', oplevelsen og virkningen af indsatsen, og de faktorer der påvirker indsatsens virkning. Evalueringens andet formål er at diskutere og generere viden om både indsatsens metodik og problematikken omkring, hvorfor diagnoseforsinkelser opstår i socialpsykiatrien. Mere specifikt har denne evaluering fire delmål:

1. Beskrive indsatsen 'Gå til lægen i tide' (kapitel 1)
2. Give indblik og indsigt i indsatsens virkning, herunder
 - a. Medarbejdernes og ledernes reaktion på arrangementerne og den konkrete viden og redskaber, de oplevede som brugbare (beskrives i kapitel 4 og 5)
 - b. Den læring og skift af adfærd, som arrangementerne har givet anledning til (beskrives i kapitel 4 og 5)
3. Belyse faktorer, der har været fremmende og hæmmende for indsatsens virkning, herunder medarbejdernes faglighed, antallet af afholdte indsatser i kommunen, tiden siden arrangementernes afholdelse m.m. (beskrives i kapitel 6)
4. Diskutere anvendeligheden af indsatsens metodik og problemstillingen omkring at få borgerne i socialpsykiatrien til læge i tide (beskrives i kapitel 7 og 8).

For at kunne belyse formålene med evalueringen er designet primært baseret på en kvalitativ case-baseret undersøgelse. Evalueringen trækker dog også på Region Sjællands egen evaluering af indsatsen, der er baseret på en spørgeskemaundersøgelse, som deltagerne i arrangementerne har udfyldt.

Udvælgelse af cases

Det blev besluttet, at tre kommuner skulle udgøre evalueringens undersøgelsesfelt. Udvælgelseskriterierne var bl.a. styrede af interessen for at undersøge de kortsigtede og langsigtede virkninger af indsatsen, og om antallet af afholdte indsatser (som vi tolkede som et potentielt udtryk for ledelsens satsning og bevågenhed i forhold til emnet) i kommunen havde betydning for indsatsens virkning.

For at sikre indblik i den kortsigtede og langsigtede virkning af arrangementerne udvalgte vi to kommuner, hvor evaluator kunne deltage til arrangementerne og interviewe medarbejderne (1 måned) efter arrangementernes afholdelse (disse cases vi kalder henholdsvis Kommune A og B), og en kommune (Kommune C) der havde afholdt arrangementet, et halvt år før evalueringen blev igangsat. Kommune A og B havde desuden kun afholdt ét arrangement, mens Kommune C havde afholdt fem arrangementer. Derudover blev det set som en fordel, at populationen i de tre udvalgte kommuner repræsenterede forskellige grader af social udsathed.

Udvælgelse af informanter

Evaluator foreslog, at følgende informanter skulle interviewes i de tre cases:

- 6 fokusgruppeinterview med medarbejdere i socialpsykiatrien i Kommune C og 2 fokusgruppeinterview med medarbejdere i Kommune A og B (et foreslået udvælgelseskriterie var her, at medarbejderne repræsenterede forskellige funktioner og faglighed).
- 1-2 interview med ledere i socialpsykiatrien i Kommune A, B og C
- 2 interview med læger i Kommune C (hvor vi forventede, at lægerne eventuelt kunne have mærket en forskel både på grund af den større satsning på arrangementer i kommunen og på grund af den længere tid, der var gået siden afviklingen af indsatsen i denne kommune).

2.2 Datagrundlag og case-beskrivelser

Data, der benyttes i denne evaluering, er indsamlet i et samarbejde mellem Region Sjælland og VIVE. VIVE har gennemført de kvalitative fokusgruppeinterview i Kommune A, B og C samt lavet observationer af tre arrangementer (i Kommune A, B og D⁶), mens Region Sjælland har stået for at arrangere fokusgruppeinterviewene og gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt indsatsens samlede deltagere.

2.2.1 Præundersøgelse

VIVE interviewede forud for den case-baserede undersøgelse både ledelsen af indsatsen 'Gå til lægen i tide' og det indsatsteam, der gennemfører indsatsen ved arrangementerne. Desuden gennemlæste VIVE relevante dokumenter om indsatsen.

2.2.2 Den kvalitative case-baserede undersøgelse

Det har grundet travlhed i samtlige af de kommuner, der indgår i undersøgelsen, ikke været muligt at gennemføre det oprindeligt planlagte antal interview i hver kommune. VIVE er således kommet i mål med at interviewe:

- 17 medarbejdere i socialpsykiatrien
- 4 afdelingsledere (den ene konstitueret)
- 2 læger.

De interviewede medarbejdere i socialpsykiatrien har været tilknyttet flere forskellige typer tilbud i socialpsykiatrien. Det drejer sig om i alt syv forskellige typer tilbud:

- To døgntilbud: Et døgntilbud for unge og et tilbud for voksne
- To § 85-tilbud: Et tilbud baseret på, at medarbejderne støtter borgerne i deres egne hjem
- Ét kombineret §-85 og aktivitetstilbud: Et tilbud, hvor medarbejderne både tager ud i borgernes hjem og giver støtte på et værested
- Ét dags- og aktivitetstilbud (§ 104): Et tilbud, hvor medarbejderne er tilknyttet et værested
- Et misbrugstilbud: Et tilbud, hvor misbrugere kan få støtte på et misbrugscenter.

Tabel 2.1 giver et overblik over de interviewede medarbejders forskellige funktioner og faglighed. Tabellen illustrerer således, at VIVE primært har interviewet medarbejdere fra døgntilbud, hjemmevejledere og aktivitetsmedarbejdere. I enkelte tilfælde har vi også interviewet medarbejdere, der har varetaget flere typer af funktioner (særligt medarbejderne ansat ved det kombinerede tilbud). Tabellen illustrerer ligeledes, at VIVE primært har interviewet medarbejdere, der er uddannede social- og

⁶ Kommune D indgår ikke som case-kommune, da den blev benyttet som grundlag for at få et indblik i arrangementernes karakter.

sundhedsassistenter og (social-)pædagoger, men at vi ligeledes har interviewet socialrådgivere og ergoterapeuter.

Tablet 2.1 De interviewede medarbejders funktion og faglighed

Funktioner	Faglighed		
Hjemmevejleder, dvs., medarbejder der er ansat som § 85-bostøtte, hjemmevejleder eller socialvejleder	8	(Social)pædagog	5
Aktivitetsmedarbejder, dvs. medarbejdere ansat ved et aktivitetscenter/værested/dagtilbud (uvisiteret eller § 104)	4	Social- og sundheds-assistent	9
Misbrugsmedarbejder, dvs. medarbejder ansat ved et misbrugscenter	1	Socialrådgiver	2
Botilbudsmedarbejder, dvs. medarbejder ansat i døgntilbud under § 105, 107 og 108	6	Ergoterapeut	1

Desuden har VIVE har deltaget ved og taget observationsnoter ved tre arrangementer i Kommune A, B og D.

Nedenfor gives en kort beskrivelse af datagrundlaget fordelt på de tre primære case-kommuner A, B og C.

Case A: (Kommune A)

Case A er kendetegnet ved, at socialpsykiatrien og misbrugsområdet har den samme leder. Denne leder er blevet interviewet i forbindelse med evalueringen. Derudover er der gennemført et fokusgruppeinterview med to medarbejdere fra støtte- og aktivitetscentret i kommunen og en person fra misbrugscenteret. Personen fra misbrugscenteret er uddannet social- og sundhedsassistent, mens de to personer fra støtte- og aktivitetscenteret begge er uddannet socialpædagog. I støtte- og aktivitetscenteret er medarbejderne på centeret, men tager også ud til borgerne som hjemmevejledere (under § 85). Det er både psykisk sårbare borgere med kroniske sygdomme, hjerneskader og udviklingshæmmede, der er målgruppen for centerets aktiviteter. VIVE deltog desuden i arrangementet i Kommune A, hvor der blev taget observationsnoter.

Case B: (Kommune B)

Case B er karakteriseret ved, at VIVE har interviewet medarbejdere i socialpsykiatrien, der er knyttet til to forskellige typer indsats med hver deres mellemlider - dels en type indsats, der er baseret på, at indsatsen gives i et (aktivitets)center, dels en § 85-indsats, dvs. hvor medarbejderne giver støtte i borgernes hjem. VIVE har interviewet fire medarbejdere – to fra hver af de omtalte to indsats – i et fokusgruppeinterview. Rent fagligt er de fire medarbejdere henholdsvis en socialrådgiver, to pædagoger og en social- og sundhedsassistent. VIVE har desuden interviewet mellemlideren for aktivitetscentertilbuddet. VIVE deltog ligeledes ved det afholdte arrangement i Kommune B, hvor der blev taget observationsnoter.

Case C: (Kommune C)

I Case C har vi interviewet 10 medarbejdere, to ledere og to læger. Medarbejdere er ansat henholdsvis i en vejledende § 85-funktion og i to døgntilbud – et for psykisk sårbare unge og et for voksne borgere med socialpsykiatriske problemstillinger. VIVE har afviklet tre fokusgrupper for medarbejdere i hver af de tre tilbud. På det ene døgntilbud har VIVE interviewet fire social- og sundhedsassistenter i en fokusgruppe, og i et separat interview interviewet deres leder. I en anden fokusgruppe har VIVE interviewet en social- og sundhedsassistent, en pædagog og en konstitueret leder (uddannet social- og sundhedsassistent). Endelig har VIVE i en fokusgruppe med § 85-medarbejderne interviewet to social- og sundhedsassistenter, en socialrådgiver og en ergoterapeut.

2.2.3 Den kvantitative spørgeskemaundersøgelse

Region Sjælland har selv gennemført en spørgeskemaundersøgelse i forbindelse med deres indsats. Specifikt har regionen ved arrangementerne uddelt et spørgeskema som afslutning på arrangementet, som medarbejderne er blevet bedt om at udfylde på stedet. I alt baserer undersøgelsen sig på 259 besvarelser.

2.3 Evalueringens afgrænsning og fokus

Datagrundlaget i evalueringen, der primært baserer sig på kvalitative data, herunder interview med medarbejdere og ledere, giver et særligt fokus for analysen og dens udsigelseskraft. Dette datagrundlag er nemlig idealt i forhold til at belyse, om indsatsen har resulteret i det mellemlange mål, der – som beskrevet i afsnit 1.5.6 – er at klæde medarbejderne på til at sikre et somatisk blik i socialpsykiatrien. Dette mellemlange mål er forudsætningen for, at indsatsen bidrager til det langsigtede mål om, at flere borgere i Region Sjælland overlever kræft, og at ulighed i sundhed reduceres.

Der er dog også begrænsninger ved evalueringens design. For det første skaber datagrundlaget fokus på medarbejdernes og ledernes oplevelse af indsatsens virkning frem for borgernes oplevelse, da vi ikke inddrager interview med borgerne. For det andet skaber det kvalitative grundlag en begrænset mulighed for at vurdere, om indsatsen har resulteret i de langsigtede mål om, at flere borgere overlever kræft, og uligheden reduceres. Det skyldes, at en reel vurdering af, om dette mål er blevet imødekommet, ville kræve en effektmåling og dermed en kvantitativ før- og efter-måling.

Valget af et datagrundlag, der baserer sig på et medarbejderfokus, skal ses i kontekst af, at VIVE – som beskrevet i afsnit 1.2 – kun undersøger en delindsats af den overordnede indsats 'Gå til lægen i tide', og at den delindsats, vi undersøger, netop har medarbejdere i socialpsykiatrien som fokus. RUC gennemfører således sideløbende med VIVEs evaluering en undersøgelse af en anden delindsats, der retter sig direkte mod borgere i sociale boligområder, og dermed inkluderer interview med borgerne. Valget af kvalitative data skal således også ses i forlængelse af, at indfrielsen af det langsigtede mål ikke alene afhænger af den delindsats, der evalueres i nærværende evaluering. Derimod afhænger det af alle de delindsatser, der knytter sig til regionens program for "Tidlig opsporing af kræft". I evalueringen har vi derfor benyttet kvalitative data til at belyse, hvordan lige netop et kompetenceforløb til medarbejderne i socialpsykiatrien kan bidrage til at indfri det langsigtede mål, snarere end i hvilket omfang målet er opnået.

2.4 Analysen af data

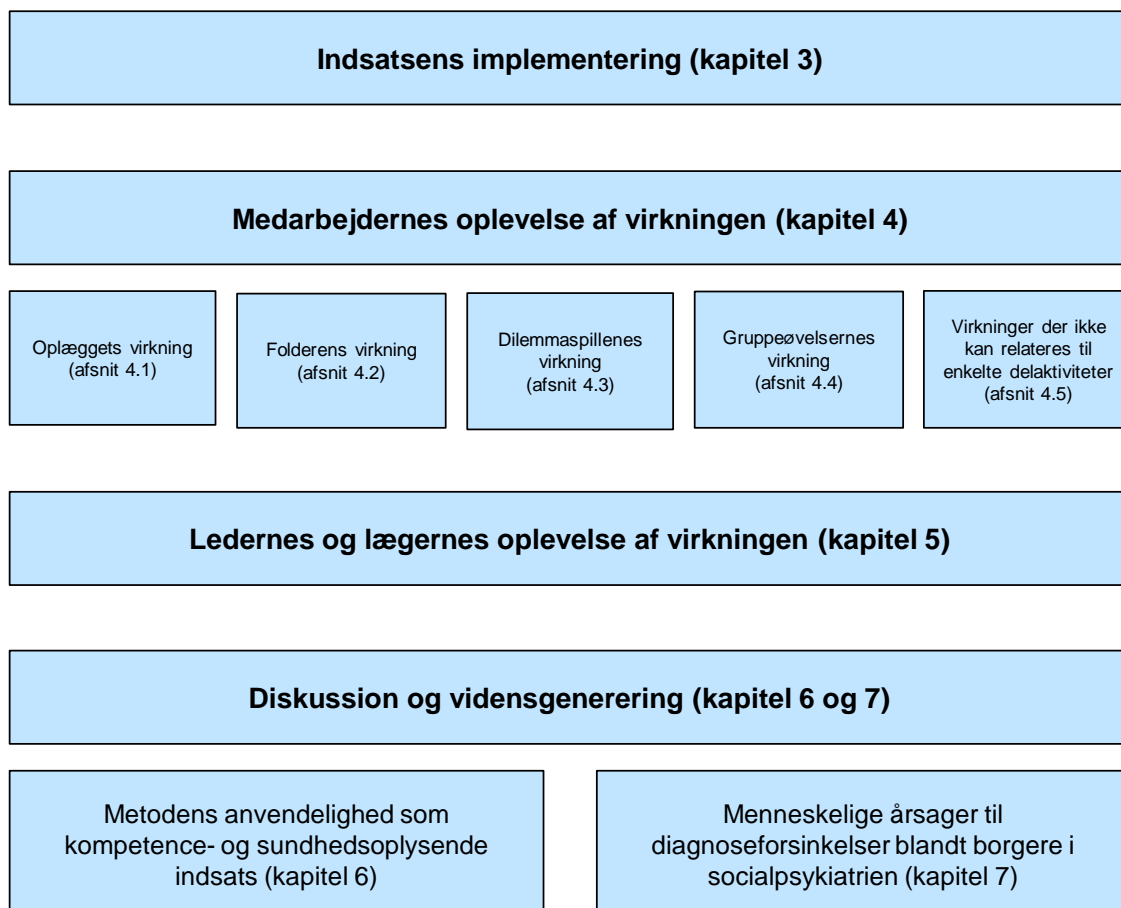
I forlængelse af dataindsamlingen blev alle interview transskriberet, og der er efterfølgende foretaget en tematisk kodning af datamaterialet i kodningsprogrammet NVivo 11. Vi har valgt at analysere al interviewdata tematisk for at kunne sammenligne indsatsens virkning på tværs af de forskellige case-kommuner. Evalueringen viser nemlig, at virkningen af arrangementet i begrænset grad kan relateres til medarbejdernes kommunale tilknytning og den tid, der er gået, siden medarbejderne modtog arrangementerne. De virkninger, vi ser af indsatsen, kan i højere grad forklares med individuelle præferencer, medarbejdernes funktion i socialpsykiatrien samt deres faglige baggrund (i hvilket omfang de er tilknyttet et døgntilbud, værested eller en hjemmevejlederfunktion). Derfor fremstilles evalueringen i analytiske temaer relateret til indsatsens indhold frem for at analysere virkningen i hver enkelt case-kommune for sig. I analysen har vi således valgt at analysere på tværs af case-kommunerne med udgangspunkt i indsatsens enkelte dele (oplæg, folder, dilemmaspil og gruppearbejde) samt i overordnede temaer, såsom hvad der har hæmmet og fremmet virkningen i

relation til indsatsen samt metodens anvendelighed. Ved hvert konkret eksempel fremhæves både kommune, case, medarbejdernes funktion og faglighed ved de enkelte citater, således at eksemplets faglige og organiseringsmæssige forankring er tydelig for læseren. Den tematiske formidling af analysen har således til hensigt at fremstille et mere sammenligneligt billede af virkningen af indsatsens forskellige elementer på tværs af casene, samtidig med at forskelligheden i casene er forsøgt bibeholdt i analysen. Dette er som nævnt eksempelvis, hvilke tilbud medarbejderne arbejder på, samt andre kontekstuelle forhold, der kan have betydning for, om medarbejderne oplever en virkning af indsatsen.

2.5 Model over evalueringens analyse og opbygning

Nedenstående model illustrerer, hvordan analysen er opbygget: Kapitel 3 analyserer indsatsens implementering set fra både et medarbejder- og ledelsesperspektiv, og kapitel 4 analyserer medarbejdernes oplevede virkninger af delaktiviteterne i arrangementerne og de virkninger, der ikke kan reduceres til en enkelt delaktivitet. Kapitel 5 introducerer lederes og lægers oplevelse af virkningen, og endelig er kapitel 6 og 7 helliget diskussion og vidensgenerering om problemstillingen og den anvendte metode.

Figur 2.1 Modellens opbygning



3 Arrangementernes implementering

I dette kapitel redegøres der for, hvordan 'Gå til lægen i tide' er blevet implementeret. Kapitlet introduceres med et overordnet indblik i arrangementernes samlede omfang, deltagere og spredning i Region Sjælland. Derefter gives en mere specifikt redegørelse for, hvorfor og hvordan de casekommuner, der indgår i denne evaluering, valgte at implementere arrangementet, samt lederes og medarbejderes umiddelbare forventninger til arrangementet før deres deltagelse.

3.1 Region Sjællands rekrutteringsstrategi

'Gå til lægen i tide' har været et gratis tilbud til kommunerne i Region Sjælland. Konkret har projektlederen for indsatsen rekrutteret kommuner til arrangementerne ved at tage kontakt til dem både via mail, opringninger og personlige møder. Der er desuden lavet en lille video om projektet, som nu benyttes i rekrutteringsøjemed. Projektlederen beskriver rekrutteringsarbejdet som præget af "dektivarbejde", fordi det har været udfordrende at finde den rigtige indgang til socialpsykiatrien, bl.a. fordi organiseringen af socialpsykiatrien er så forskellig fra kommune til kommune. Udfordringen handlede særligt om at finde ud af, "hvor det relevante niveau" for kontakten var. Typisk har projektlederen både taget telefonisk kontakt til og været på besøg hos den pågældende kommune for at "sælge" arrangementet. Derudover har regionen udsendt en informationsmail om arrangementerne, som kommunerne ligeledes kunne benytte i deres formidling til medarbejderne.

Rekrutteringsarbejdet har ifølge projektlederen krævet en offensiv og opsøgende tilgang, der med projektlederens egne ord krævede, at man ikke bare tog et nej for et nej. Særligt i starten var det vanskeligt at få motiveret kommunerne til at takke ja til arrangementerne, men Region Sjælland har oplevet en stigende motivation for at modtage arrangementerne i kommunerne. Det er uklart, om dette skyldes, at rygterne om arrangementet har spredt sig. De kommuner, der har takket nej til tilbuddet, har primært henvist til travlhed eller konkurrerende indsatser, fx KRAM.

3.2 Omfang og spredning af indsatsen i regionens kommuner

Region Sjælland havde forud for projektstart et mål om, at der skulle afholdes minimum 10 arrangementer i socialpsykiatrien. Dette mål er opfyldt. I perioden 2017-2018 blev der afholdt 17 arrangementer i 10 af regionens kommuner. I syv af de 10 kommuner inviterede man medarbejderne til et arrangement, mens man i de resterende tre af kommunerne holdt mellem to og fem arrangementer i den samme kommune. I 2019 er der desuden planlagt (fem) arrangementer i yderligere tre af regionens kommuner. Det vil betyde, at der bliver afholdt arrangementer i 13 af regionens 17 kommuner.

3.3 Deltagere ved arrangementerne i Region Sjælland

Regionen havde fra starten en ambition om, at der skulle være ca. 20 deltagere pr. arrangement, og at deltagerne skulle repræsentere et bredt udsnit af medarbejdere i socialpsykiatrien. Deltagerne skulle både repræsentere en mangfoldighed med hensyn til 1) deres faglighed (dvs. fx både socialpædagoger og social- og sundhedsassistenter), 2) deres organisatoriske tilknytning (fx hjemmevejledere og botilbudsmedarbejdere), og 3) de grupper af borgere, de arbejder med (fx ældre, yngre, udviklingshæmmede, misbrugere og psykisk syge). Man overlod det dog i rekrutteringsprocessen til kommunerne selv at udpege, hvilke medarbejdergrupper og funktioner der var relevante. Desuden blev lederne også selv inviteret til at deltage til arrangementet. Ved de 17 arrangementer, der

blev afholdt mellem 2017-2018, var der i alt tilmeldt 419 medarbejdere. Regionen har ikke specifikt kendskab til disse deltageres baggrund, men deres vurdering er, at ca. halvdelen har en sundhedsfaglig baggrund, mens den resterende del har en pædagogisk baggrund.

3.4 Forventninger og årsager til at takke ja i case-kommunerne

Som omtalt i afsnit 2.2.2 har VIVE undersøgt tre af de 10 kommuner, der har deltaget ved arrangementerne. Disse kommuner adskiller sig ved, at socialpsykiatrien er forskelligt opbygget, og at der derfor er blevet inviteret forskellige medarbejdere med til arrangementerne. De adskiller sig også ved, at Kommune A og B blev evalueret én måned efter arrangementernes afvikling, mens Kommune C blev evalueret et halvt år efter. Nedenfor beskrives, hvordan ledere og medarbejdere blev orienteret om arrangementerne, deres årsager til at takke ja, samt deres forventninger til arrangementerne.

3.4.1 Ledernes orientering og årsager til at takke ja

VIVE har interviewet ledere på forskellige niveauer i de tre kommuner. I Kommune A har vi interviewet den øverste leder af socialpsykiatrien, mens vi i Kommune B og C har interviewet henholdsvis en mellemlider for et aktivitetstilbud og to mellemledere (den ene kun konstitueret leder) i to døgn-tilbud (case C1 og C3).

I Kommune A, hvor lederen i øvrigt har en baggrund som socialrådgiver, forklarer han, at der var flere årsager til, at han takkede ja til arrangementet. Han besluttede bl.a. at sige ja, fordi han – i de politiske organer, han sidder i – bl.a. oplever, at der er et stigende fokus og opmærksomhed på at tænke sundhed med ind i organisationsudviklingen i socialpsykiatrien. Et fokus, som han oplever, er meget relevant, fordi sundhedsvæsenet ifølge ham – fx med kræftpakkerne – stiller større og større krav til, at borgerne er en "kompetent patient", der fx har høje it-kundskaber (bestille tid, benytte NemID etc.), hvilket ofte ikke er tilfældet i forhold til hans målgruppe i socialpsykiatrien. Han hæftede sig også ved selve metoden og særligt ideen om, at der skulle involveres skuespillere. Han har selv en uddannelse i psykodrama, så han har tidligere benyttet forumteater til fælles uddannelse. Han fremhæver, at hans forventning var, at denne 'hands-on' eller "praktiske" læring ville være "hammer god" for hans medarbejdere, fordi læringen – som han siger – "ikke kun er i hovedet, det sker i hele kroppen", og – som han tilføjer – særligt når man arbejder med handicappede, mennesker med psykiske lidelser, misbrugere og lignende. Alligevel takkede han ikke ja med det samme, da han fik tilbuddet. Han beskriver, at han undrede sig over, hvorfor invitationen kom fra Region Sjælland eller det, han omtaler som den "somatiske verden", og hvorfor konceptet var udviklet i semantikken frem for psykiatrien. Derfor kontaktede han bl.a. regionens psykiatrikoordinator, som intet vidste om arrangementerne. Endelig snakkede han med en leder af socialpsykiatrien i en anden kommune, der anbefalede arrangementet, og det var dét, der fik ham til at sige ja i sidste ende.

I Kommune B og C er der stor forskel på, i hvilken grad lederne har været involveret i beslutningen om at takke ja til arrangementerne, og det lader til at have påvirket deres forventninger til arrangementet. I Kommune B beskriver mellemlideren, der desuden i sin tid er uddannet plejer, at det var hun og lederen af den anden afdeling, der har deltaget i arrangementet, som diskuterede, om det var relevant eller ej og i sidste ende besluttede at sige ja. Hun forklarer, at det der var tre årsager til, at de sagde ja tak. For det første var de to ledere optaget af, at arrangementerne kunne være en god platform for, at de to afdelinger kunne mødes og lave noget socialt sammen, der også ville give faglig mening. I særdeleshed fordi der er en del borgere, der har kontakt med begge afdelinger (både får § 85-støtte og kommer på aktivitetscenteret). For det andet oplevede de, at temaet gav mening, fordi de ofte har en oplevelse af, at der er udfordringer forbundet med, at borgerne går til lægen, og godt er opmærksomme på, at det ofte er det psykiske frem for somatiske blik, der fylder

hos dem. For det tredje fremhæver hun, at det, at arrangementet var gratis, betød en del, fordi de har et meget presset budget i kommunen.

I Kommune C beskriver de to mellemledere fra et døgntilbud, at de ikke oplever, at de blev involveret i beslutningen om at tage imod arrangementet. Det var en beslutning, der blev taget "ovenfra". De beskriver begge, at de ikke var begejstrede for ideen, men af lidt forskellige årsager. De ligger begge vægt på, at de gruede for selve vagtplanssituationen, fordi det krævede, at de satte mange ressourcer af i form af mandetimer og generelt oplever en bemandingssituation, der er hårdt presset. I den kontekst fremhæver den ene leder fra C3, at hun var usikker på, om temaet var relevant "nok" for hende (og de andre medarbejdere). Om der var noget nyt i det, fordi hun selv oplever, bl.a. qua hendes egen uddannelse som social- og sundhedsassistent, at de havde meget fokus på det somatiske i forvejen, og at der derfor kunne have været et tema, der ville have været mere relevant for deres arbejde. Som hun siger:

Tvivl om arrangementets værdi i forhold til ressourcebrug

Det [arrangementet] kræver jo, at vi dækker ind i vagtplanen. [...] Så jeg tænkte: Giver det os nok i forhold til de ekstra ressourcer, vi skal bruge på det her? Regionen dækkede vist nogle af omkostningerne, men det tager jo tid fra beboerne: 'Så kan I ikke rigtig noget denne her dag, fordi der er ikke rigtig nogen på arbejde'. (Leder, C1)

Lederen fra C3 fremhæver således, at hun synes, det lød lidt voldsomt, at alle skulle på kursus, da hun hørte om arrangementet. Lederen af C1, som er uddannet sygeplejerske, fremhæver i modsætning til lederen fra C3, at hendes opfattelse er, at kompetenceforløb kun giver mening, hvis alle medarbejdere kommer på dem, så man kan danne et "fælles sprog". Hun tænkte desuden i kontrast til C3, at selve temaet var relevant, bl.a. henviser hun til, hvordan hendes egen sygeplejerskeviden ikke er opdateret, og at de fleste med en sundhedsfaglig baggrund har valgt psykiatrien, fordi det var det, der interesserede dem (snarere end en mere medicinsk-somatisk tilgang). Det, der bekymrede hende, var imidlertid, om arrangementet ville "forstyrre" de ting, hun allerede havde sat i værk, særligt fordi hendes tilbud er involveret i en lang række projekter, og der efter hendes opfattelse er "grænser for, hvad folk kan kapere". Særligt når hun ser på det retrospektivt, ville hun derfor gerne have udskudt selve arrangementet til et tidspunkt (fx et halvt år til et år), hvor det passede bedre ind i hendes udviklingsplan. Dog er det vigtigt for hende at fremhæve, at hun oplevede, at indsatssteamet var meget fleksible i forhold til selve planlægningen af arrangementet, og at hun synes, det gav yderligere mening, da der også blev lavet et arrangement for beboerne på stedet.

3.4.2 Medarbejdernes orientering om og forventninger til arrangementet

Både i Kommune A, B og C forklarer medarbejderne, at de havde begrænset viden om arrangementet før dets afvikling. I alle tre kommuner fik medarbejderne en mødeindkaldelse til arrangementerne. Arrangementerne var med andre ord ikke en valgfri mulighed, men der var derimod mødepligt. Der er dog forskel på graden af information, som medarbejderne fik før arrangementet i de tre kommuner. I Kommune A og B blev arrangementerne afholdt som en form for temadag, og her forklarer medarbejderne, at deres information om arrangementet bestod af en "lille introduktion" på mail og et navn på mødeindkaldelsen. I Kommune C husker medarbejderne kun, at de fik en mødeindkaldelse med titlen "Gå til læge i tide".

De medarbejdere, der havde bidt mærke i enten titlen "Gå til lægen i tide" eller læst introduktionen, giver udtryk for, at de forud for arrangementet tænkte, at det var et relevant tema at tage op. Netop fordi de oplever, at nogle af deres borgere har svært ved at komme til lægen, men også fordi de har

svært ved at give udtryk for eller mærke, hvordan de har det fysisk. Der er dog også flere medarbejdere, der beskriver, at de ikke anede, hvad det var, de skulle møde op til, og de forklarer, at de enten mødte op uden at have de store forventninger, ikke rigtig vidste, hvad de gik ind til, eller mødte op og havde lidt "nej-hatten" på. Alle medarbejderne forklarer desuden, at de kun kan erindre, at de var informeret om arrangementets tema og ikke dets form (fx skuespillet):

Viden om arrangementets indhold og form blandt medarbejderne

Mødte op med begrænset viden

*Botilbudsmedarbejder (assistent): Jeg kan godt huske det. Jeg kan huske, at jeg ikke anede, hvad det var. Jeg tænkte: 'Hvad fanden skal jeg egentlig? Hvad drejer det sig om? Region Sjælland? Hvad fanden skal jeg med det?' Det var faktisk min første tanke, og måske havde jeg lidt 'nej-hatten' på den dag til at starte med. Jeg tænkte: Hvad fanden skal jeg det for, altså helt ærligt. Men så lige så snart at de præsenterede sig, så ændrede min holdning sig. For så blev det interessant.
(Botilbudsmedarbejder, Kommune C3)*

Mødte op med overordnet viden

Støtte- og aktivitetsmedarbejder (pædagog): Jamen, vi havde jo fået en lille introduktion sendt ud om, hvad det skulle handle om. Så jeg synes da, at vi var klædt fint nok på til, at vi vidste det overordnet, hvad det handlede om.

Interviewer: Tænkte i umiddelbart, at det var relevant?

Misbrugsmedarbejder(pædagog): Øhm... altså... Det er da relevant, fordi man hører jo tingene, der hvor jeg sidder med, hvor svært det er for dem at komme de forskellige steder og blive hørt, fordi de er misbrugere. Ja.

*Støtte- og aktivitetsmedarbejder (pædagog): Jeg tænkte også, at det var rigtig relevant, fordi vi har jo en del borgere, der har svært ved at give udtryk for, hvordan de rent fysisk har det. Enten kan de simpelthen ikke mærke det, eller også kan de ikke finde ud af at sætte ord på det, så på den måde synes jeg også, at det var rigtig relevant.
(Medarbejdere, Kommune A)*

Medarbejderne fra Kommune A beskriver, at de ud fra den information, de har fået på forhånd om arrangementet, har fundet det relevant at deltage, mens medarbejderen fra Kommune C3, som havde begrænset viden om arrangementet, har været skeptisk over for det, men har ændret holdning, da hun mødte op og fik mere indblik i, hvad det omhandlede. Det har således varieret fra kommune til kommune, hvor grundigt medarbejderne på forhånd er blevet orienteret om indsatsen.

4 Medarbejdernes oplevelse af arrangementernes virkning

I dette kapitel analyseres arrangementernes virkning, som den opleves af medarbejderne. Som beskrevet i programteorien i afsnit 1.5.6 har det langsigtede mål med indsatsen været at reducere den overdødelighed og ulighed, der er blandt borgere i socialpsykiatrien, og at skabe en mere helhedsorienteret indsats, der går på tværs af psykiatriske og somatiske skæl. Antagelsen har været, at dette langsigtede mål skulle sikres gennem et andet, mere kortsigtet mål: nemlig at medarbejderne i socialpsykiatrien via arrangementets aktiviteter blev "empowered" til at agere ambassadører for et somatisk blik i borgernes hjem.

På baggrund af evalueringens design er det ikke muligt at komme med et klart bud på, hvorvidt indsatsen bidrager til arrangementernes langsigtede mål. Fokus for analysen af virkningen har derimod været på at vurdere, om medarbejderne blev "empowered" af arrangementet og dets delaktiviteter. Det vil sige – guidet af evalueringens delmål 2 – at analysere a) de reaktioner, som medarbejderne har haft på arrangementer, og den konkrete viden og redskaber, de oplevede, har været brugbare og b) den læring og det skift i adfærd, som arrangementerne har givet anledning til.

Som beskrevet om metoden i afsnit 2.4 skaber analysen ikke et klart billede af arrangementernes virkning. Virkningerne og den grad af virkning, der er skabt, er meget forskelligartede fra arrangement til arrangement, fra person til person og fra tilbud til tilbud. Derudover oplever medarbejderne, at arrangementets delaktiviteter har haft forskellig "virkning" på dem, ligesom at nogle også beskriver, at indsatsen som helhed har skabt en virkning, der ikke kan reduceres til de enkelte delaktiviteter. For både at beskrive den forskelligartede virkning, der er opstået i forlængelse af de enkelte delaktiviteter og arrangementet som helhed, gennemgås virkningen af arrangementets enkeltdele først i kapitlet, hvorefter vi adresserer de virkninger, som ikke kan lede tilbage til en enkelt aktivitet.

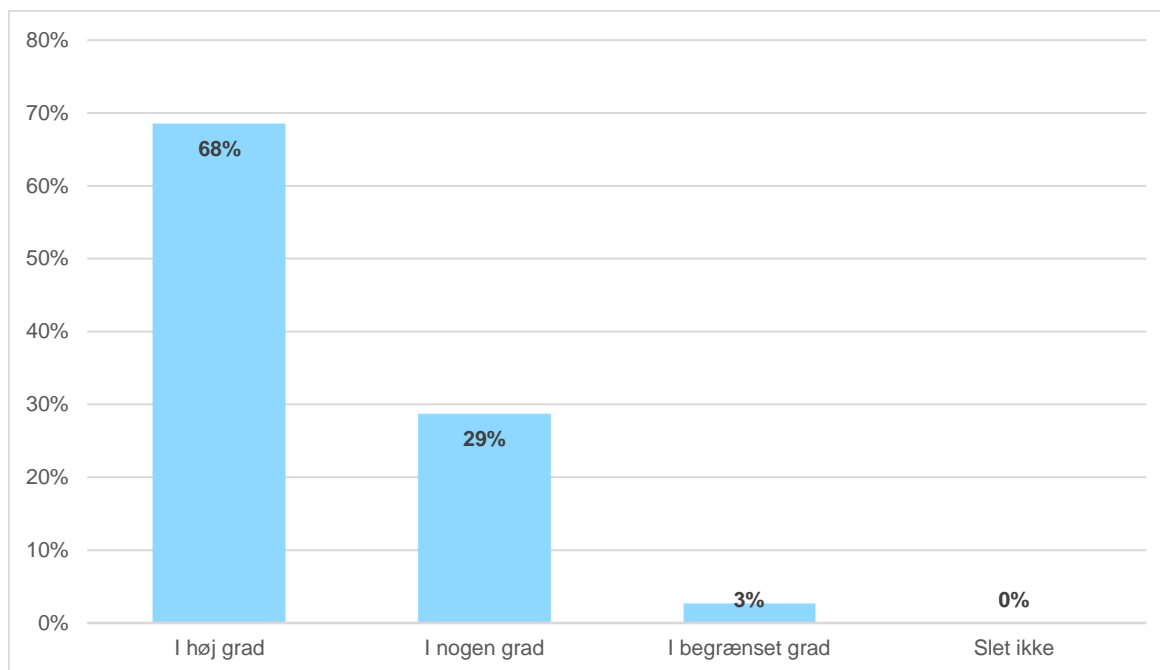
4.1 Det sundhedsfaglige oplæg

Ved alle arrangementer har en central aktivitet været et sundhedsfagligt oplæg. Oplægget bestod – som beskrevet i afsnit 1.4.2 – af en introduktion til fakta om udbredelse, opsporing, overlevelse (fx i form af statistikker) og en indføring i de menneskelige faktorer, der kan lede til diagnoseforsinkelser i forbindelse med opsporing af kræft. Desuden blev der uddelt en folder, som vi vil evaluere virkningen af i afsnit 4.2. Målet med oplægget var – jf. programteorien, at oplægget skulle skærpe medarbejdernes bevidsthed om deres rolle og ansvar i forhold til identificere og følge op på kropsforandringer, herunder a) at skærpe deres blik for og viden om fysiske symptomer, og b) de barrierer der kan være forbundet med at opsøge læge.

4.1.1 Reaktionerne på oplægget

Regions Sjællands undersøgelse af medarbejdernes reaktioner på oplægget, umiddelbart efter det blev afholdt, var generelt positive. Som nedenstående Figur 4.1 viser, oplevede 97 % af deltagerne, at oplægget i høj eller i nogen grad var relevant.

Figur 4.1 Synes du, at oplægget om barrierer og kropsforandringer er relevant for dig i dig arbejde?



Fokusgrupperne viser dog et mere broget billede. Her er der er delte meninger om relevansen af det sundhedsfaglige oplæg.

4.1.2 Indholdsmæssige indsigter

Medarbejdernes umiddelbare reaktion på oplægget er, at de uafhængigt af den tid, der er gået (henholdsvis 1 og 6 måneder), har svært ved at huske, hvad det handlede om. Direkte adspurgt, om oplægget gav anledning til ny viden om kropsforandringer, er den generelle respons, at sundhedsfaglige oplæg har understøttet den viden, som medarbejdere i socialpsykiatrien allerede havde i forvejen. I nedenstående citat beskriver medarbejderne fra Kommune C, som alle er sundhedsuddannede hjemmevejledere, at de ting, de er blevet gjort opmærksomme på i forhold til kropsforandringer, allerede er symptomer, som de er opmærksomme på i deres daglige arbejde, og de er bekendt med fra deres borgergruppe i socialpsykiatrien:

Velkendt viden i hvert fald for de sundhedsfaglige

Interviewer: I forhold til det her oplæg kunne jeg godt tænke mig lige at høre, om i fik mere viden, end i havde i forvejen. I forhold til det her fokus på kropsforandringer og barrierer?

Hjemmevejleder (ergoterapeut): Vi ved det jo godt. Vi ser det jo hver dag. vi ser de dårlige tænder, overvægten, hvad de spiser.

Hjemmevejleder (socialrådgiver): Manglende egenomsorg.

Hjemmevejleder (ergoterapeut): Rygningen, hosten. Nej, der er ikke noget [vi ikke kender i forvejen].

Hjemmevejleder (assistent): I hvert fald ikke inden for vores borgergruppe i psykiatrien. (Kommune C2)

De fysiske symptomer og kropsforandringer, som oplægget har lagt vægt på, er for disse medarbejdere ikke noget nyt, idet de allerede har et skærpet fokus på disse symptomer i deres arbejde – også qua deres uddannelsesbaggrund. En del sundhedsfagligt personale henviser således også direkte til deres faglige baggrund som årsag til, at den viden, de fik, var genkendelig og ikke nødvendigvis vis noget, der bringer ny viden til deres praksis. Som følgende citat viser:

Sundhedsuddannede medarbejdere oplever ikke vidensbehov

Interviewer: Hvis vi starter med det her oplæg, er der noget her, I fik at vide, som I umiddelbart tænkte var relevant i oplægget?

Botilbudsmedarbejder (assistent): Altså jeg tænker, at når man er sundhedsuddannet, så har man jo fokus på det sundhedsfaglige i forvejen, så der var ikke noget nyt i det. Det er ikke noget, der sådan har lagret sig, som noget 'hov det skal jeg være opmærksom på'. Det ligger jo til det, man gør i dagligdagen. (Kommune C3)

Direkte adspurgt fremhæver medarbejderne med pædagogisk baggrund dog også, at de ikke oplevede, at de fik ny viden om kropsforandringer, eller at de lige så godt kunne have "googlet" sig frem til de informationer, de fik.

I Kommune A fremhæver deltagerne ligeledes, at indholdet og de informationer, de har modtaget om kropsforandringer gennem oplægget, ikke har overrasket dem. Samtidig fremhæver en af medarbejderne dog også, at oplægget har hjulpet dem med at strukturere deres viden.:

Indholdet om kropsforandringer overrasker ikke, men det hjælper med at strukturere viden

Aktivitetsmedarbejder (pædagog): Nu er vi jo ikke helt grønne i vores fag, så vi har jo en del viden og erfaring med os, men man kan sige, at det bliver meget struktureret for én, når det ligesom bliver beskrevet på den måde, at der også er noget evidens til det.

Interviewer: [...] Var der noget af det, som i blev overraskede over? Nu siger I, at der var meget, som i godt kunne kende, men var der...

Misbrugsmedarbejder (assistent): Nej, jeg tror ikke, man blev overrasket.

Aktivitetsmedarbejder (pædagog): Nej, det var heller ikke sådan, jeg følte det. Jeg tænkte også bare, at det er jo sådan, det er. Folk dør før tid, og der er en hel masse... Livsvilkårene er ringere for folk, der er udfordret... Jeg synes ikke, at det kom som en overraskelse. Det understøttede det, man vidste i forvejen. (Kommune A).

Som vi vil vende tilbage til i afsnit 4.2, er der således også nogle medarbejdere, der fremhæver, at den folder, der blev uddelt ved oplægget, har været meget god til at minde dem om og give et overblik over, hvad det er for nogle kropsforandringer, de skal fokusere på, hvilket tyder på, at der kan være et behov for struktur og overblik over, hvilke kropsforandringer man skal være opmærksomme på blandt nogle medarbejdere.

Statistikkerne står stærkest i hukommelsen

Den viden, som de medarbejdere, der kan huske, hvad oplægget handlede om, særligt har hæftet sig ved, er de "statistikker", der blev præsenteret, samt temaet om kræft. I Kommune C (case C1) giver nogle deltagere således også udtryk for, at de er blevet overrasket over, hvor grelle tallene ser ud i deres region:

Negativ statistik fra egen kommune vækker overraskelse og bekymring

Botilbudsmedarbejder (assistent): Der var én der holdt et oplæg om nogle statistikker også. Hvor mange der opsøger læge.

Botilbudsmedarbejder (assistent): Gud ja, det er rigtigt.

Botilbudsmedarbejder (assistent): Og det var præcis derfor, at det også handlede ret meget om Kommune C1. At der var...

Botilbudsmedarbejder (assistent): Ja, fordi [kommunens navn] var højt på listen over fx cancer.

Botilbudsmedarbejder (assistent): Ja, det kan jeg huske, at det blev jeg virkelig overrasket over. Eller på en træls måde, ikke. Ja, det er rigtigt.

Interviewer: Ja, så der blev i lige sådan: Åh ser det så grelt ud? Og kan I huske, hvad I ellers... Hvilken viden I fik ud over det?

Botilbudsmedarbejder (assistent): Jamen der var meget af den viden, de fortalte os, som vi egentlig godt vidste, men det var meget godt at få den ridset op igen. (Kommune C1).

For disse deltagere har særligt den del af oplægget, der handler om statistikkerne i deres egen region, fæstnet sig og overrasket dem. Én af deltagerne i fokusgruppen i Kommune C1 nævner i citatet, at det ser "grelt" ud, hvilket indikerer, at disse tal har overrasket og bekymret deltagerne. Ud over dette mener deltagerne, ligesom mange af de andre, at de vidste det meste af det, som blev formidlet, i forvejen. Den ene deltager nævner dog, i tråd med de medarbejdere, der er citeret fra Kommune A, at det var godt at få opridset igen.

'Viden var ikke omsættelig i praksis'

Selvom nogle medarbejdere ligger vægt på, at statistikkerne var overraskende, fremhæver andre, at netop denne viden var for abstrakt og svær omsættelig, som én medarbejder begrundes nedenfor:

Oplæggets Indhold er ikke brugbart i praksis

Aktivitetsmedarbejder (pædagog): [...] Hvis det var noget, vi skal bruge til noget, så havde jeg nok også bidt mere mærke i statistikker og alt sådan noget. Det tænker jeg... det er ikke noget, jeg bruger til hverdag hele den del af det... [...]. Men jeg kan se situationer, hvor det er vigtigt, hvor du skal ud og arbejde med de her statistikker mere aktivt, eller den øvrige viden i det. [...]. Der er da noget af det, jeg tænker, er væsentligt. Jeg tænker ikke, at det var unødvendigt. (Kommune B)

Aktivitetsmedarbejderen forklarer, at hun nok havde bidt mere mærke i temaerne og statistikken, hvis de havde haft en oplevelse af, at indholdet havde været mere anvendeligt og født ind i deres konkrete vidensbehov. Samtidig kan hun dog også godt se, at det ikke var uvæsentlig viden, de fik.

Ønske om et mere bredt fokus på kropsforandringer end kropsforandringer relateret til kræft

Både til de observerede arrangementer og ved fokusgrupperne er der nogle medarbejdere, som reagerer på, at de oplever, at der er et snævert fokus på kræft i arrangementerne og særligt i oplægget. Som en medarbejder forklarer her, oplever nogle det som problematisk, fordi det er et tema, der er meget fokus på i forvejen, mens der mangler viden om symptomer forbundet med en række andre somatiske lidelser:

Savner viden om symptomer i forhold til andre sygdomme

Aktivitetsmedarbejder (pædagog): Men jeg tænker så også lidt, for ja, bevares, der er også andre ting, som jeg synes begrænser det lidt, og det er i forhold til det her med symptomspotninger og sådan noget. Der er andre sygdomme, end de ting, som blev nævnt, som diabetes og kræft og sådan noget. Der er også noget som Parkinsons og sklerose og alt muligt, man også kunne have haft inddraget, men som ikke blev inddraget [...]

Interviewer: Så der kunne du måske godt have tænkt dig lidt mere rammesætning derfra start af, eller?

Aktivitetsmedarbejder (pædagog): Neej, men, så måske at være gået ud over det, som ligesom blev temaerne rundt omkring i de her... prøve at stikke lidt mere ud på flere forskellige ting, ikke? Vi er alle sammen godt klar over, at vi skal holde øje med kræft og diabetes og sådan noget, men du glemmer mange af de her småinvaliderende sygdomme, som for mange... ja, det er bare en begrænsning. (Kommune B)

Denne medarbejder fra et aktivitetstilbud fremhæver, at hun oplever, at det ville have højnet niveauet og læringen, hvis der ikke kun havde været fokus på de symptomer, der er kræftrelaterede, og som hun underforstået er bekendt med. Ved de observerede arrangementer forklarer indsatssteamet imidlertid til de medarbejdere, der rejser denne problematik, at fokus på kræft skyldes, at arrangementerne er finansieret af midler fra "Tidlig Opsporing", men at de reelt ønsker at ramme bredere med arrangementet. Dette er der også enkelte medarbejdere i fokusgrupperne, som refererer til, og lader til at være forstående over for, selvom mange har oplevet et fokus på kræft til arrangementerne.

4.1.3 Formen hindre indlæring

I medarbejdernes begrundelser for, hvorfor de kun i begrænset omfang har opnået ny viden og læring i forbindelse med oplægget, fremhæver nogle formen. En medarbejder fra et døgntilbud for unge fremhæver fx nedenfor, hvordan formen med en masse slides havde en betydning for, at oplægget havde begrænset "virkning" for hende:

Formen var uvedkommende, og jeg kunne 'have læst det selv'

Interviewer: Hvad tænkte du? [om oplægget]

Botilbudsmedarbejder (pædagog): Det er svært at huske tilbage sådan helt konkret, men jeg husker bare, at jeg sad, og denne her kvinde, der holdt det her oplæg, havde en masse slides med rigtig mange overskifter og kørte sådan rigtig meget facts igennem eller resultater på 'så mange og så mange syge har vi, så mange kommer til lægen i tide, og så mange kommer ikke i tide'. Og det er jo relevant nok i forhold til det oplæg, der bliver holdt, men det var lige som om, at det blev bare læst højt. I princippet kunne jeg ligeså godt have siddet med de her slides og så have siddet derhjemme og så fået det samme udbytte ud af det. For det var lige som om, at ja, hun læste bare op. [...] Så på den måde synes jeg ikke, at jeg fik noget ud af det, tværtimod synes jeg det var...

Interviewer: Lidt hårdt?

Botilbudsmedarbejder (pædagog): Ja, fordi man jo allerede på forhånd havde været i vagt og skulle møde op til det her, og så var det bare tal og tal og tal, der blev læst op, så på et tidspunkt tror jeg bare, at min hjerne, den sagde 'nu kan du ikke rumme mere'.

Interviewer: Nej lige præcis.

Botilbudsmedarbejder (pædagog): Så det synes jeg faktisk var rigtig ærgreligt, for det ville jeg sagtens kunne have læst op til, så der var ikke noget nyt i det. (Kommune C3)

Som botilbudsmedarbejderen forklarer her, virkede formen meget "tung" for hende, og hun oplevede, at hun lige så godt selv kunne have læst op på materialet, som hun dog understreger, var "relevant nok". En medarbejder fra Kommune B fremhæver dog, at hun oplevede, at oplægsholderen forsøgte at skabe en dialog med deltagerne, og at hun oplevede, at det var godt.

4.1.4 Opsamling

Evalueringen viser, at hovedparten af deltagerne i arrangementerne umiddelbart efter oplæggene ifølge Region Sjællands spørgeskemaundersøgelse gav udtryk for, at de i høj eller nogen grad oplever, at oplægget er relevant. Blot én eller seks måneder efter arrangementet er reaktionerne på oplægget dog mindre positive blandt de interviewede medarbejdere.

Generelt har medarbejderne svært ved at huske, hvad oplægget handlede om. De relativt få personer, der nævner, at oplægget har været brugbart, hæfter sig ved, at det har overrasket dem, hvor grell situationen ser ud på området i deres region. Det er tydeligt, at det er ny viden for dem, at situationen er så "slem", som den er i netop deres region.

De medarbejdere, der ikke umiddelbart har oplevet oplægget som brugbart, hæfter sig ved, at de enten "stod lidt af" og ikke lyttede efter, eller at oplægget ikke har bidraget med ny viden. Dette forklarer de selv enten med oplæggets form (slides-formidling) eller valget af temaer/fokus (velkendt viden om kropsforandringer eller for snævert fokus på kræft). I forhold til den sidstnævnte forklaring er det vigtigt at fremhæve, at dette argument særligt kommer fra det sundhedsfaglige personale.

Overordnet tegner evalueringen dermed et billede af, at oplægget på arrangementet for nogen har bidraget med viden om, hvor grell situationen er i forhold til overdødelighed på området, og dermed potentielt har skærpet medarbejdernes opmærksomhed på situationens alvor. Ud over denne indsigt viser fokusgrupperne dog ikke umiddelbare tegn på, at selve oplægget har skærpet de interviewede medarbejders blik for og viden om fysiske symptomer – eller for den sags skyld de barrierer, der kan være forbundet med at opsøge lægen, hvilket var målet med oplægget.

4.2 Folderen

Ved alle arrangementer har en central aktivitet i forbindelse med eller forlængelse af det sundhedsfaglige oplæg været at uddele en folder, der hedder "Lyt til din krop", som i tegneserieform (og supplerende tekst) viser syv kropsforandringer, der kan være et symptom på kræft eller anden alvorlig sygdom. Målet med folderen har været at give medarbejderne et konkret redskab, de kan anvende i dialogen med borgeren vedrørende kropsforandringer og fysiske symptomer. Som beskrevet i afsnit 1.5 har Region Sjælland bevidst ikke valgt at lægge den ud på biblioteker m.m., fordi de ønsker, at den skal benyttes som et redskab i dialogen med borgeren.

4.2.1 Reaktionen på folderen

Ved de tre observerede arrangementer bliver folderen uddelt på arrangementerne og medarbejderne spurgt om, hvad deres umiddelbare reaktion er på dem, hvilket indsatssteamet forklarer, er en generel praksis. På de tre arrangementer, som evaluator deltager ved, udviser medarbejderne blandede reaktioner på folderen. I boksen nedenfor er et sigende eksempel for medarbejdernes reaktion fra et af arrangementerne:

Blandede reaktioner på folderen blandt medarbejderne på arrangementet

Folderen uddeles, efter oplægsholder har introduceret den. Mange af deltagerne tager en hel stak og nogle beder om flere.

Oplægsholderen gennemgår de syv kropsforandringer, man kan have fokus på. Hun beder om deltager-nes reaktioner på folderen.

Deltagerne byder ind:

"Det er dejligt, at det er præcist beskrevet i folderen. Det er en god måde at snakke med borgeren om kropsforandringer på".

"Det er godt med en folder, så man ikke bare føler, at man slynger noget ud".

"Jeg er ikke altid sikker på, at en folder virker".

"Jeg tror, jeg vil bruge den".

"Jeg har mere behov for at dygtiggøre mig til at tage snakken om kropsforandringer med borgeren frem for at tage en folder frem".

"Nogle vil bruge dem, andre vil smide dem ud".

"Det er ikke min opgave".

"Jeg tror på den i forhold til at gøre mig som medarbejder klogere på, hvad jeg skal være opmærksom på".

"Jeg kunne godt ønske mig et andet format".

"Kan man ikke lave den med QR-koder, der kunne læse den op for de borgere, der ikke kan læse?".

"Den kan måske fjerne bekymringer hos borgeren".

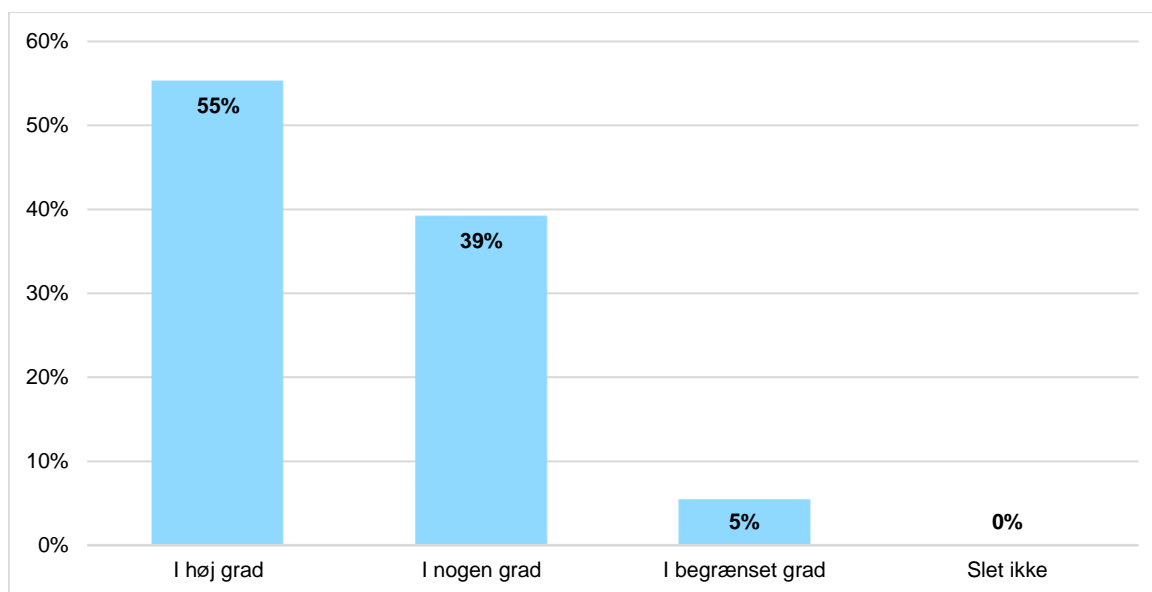
"Kan den fås på andre sprog?"

"Der er kun billeder af hvide..." (Observationer fra arrangement i Kommune B)

Som det fremgår af eksemplet, er der overvejende positive reaktioner på folderen til arrangementerne. Dels ser vi en række medarbejdere, der nærmest hamstrer folderne ved arrangementerne, dels giver de fleste medarbejdere udtryk for, at de oplever, at folderen virker som et brugbart redskab i dialogen med borgeren. Andre medarbejdere er dog mere skeptiske i forhold til, om de vil kunne bruge folderen, eller om den vil "forstyrre" i dialogen med borgeren.

Regionens egen undersøgelse af, hvor mange medarbejdere der umiddelbart efter arrangementet gav udtryk for, at de ville give folderen til borgeren, understøtter evaluators billede af, at de fleste – 95 % af medarbejdernes – umiddelbare reaktion på folderen var, at de i høj eller nogen grad ville give folderen til borgerne.

Figur 4.2 Vil du give folderen med de syv kroppsforandringer til borgeren?



4.2.2 Ændret adfærd blandt medarbejderne: Anvendelsen af folderen i praksis

Der er både medarbejdere, som beskriver, at de har anvendt folderen, og medarbejdere, som ikke har anvendt den. De medarbejdere, der har anvendt folderen, beskriver bl.a., at de har:

- hængt den op og stillet den til rådighed i socialpsykiatriens lokaler, fx på væresteder
- brugt den i dialogen med borgeren
- lagt den i borgerens hjem.

I eksemplet nedenfor beskriver en medarbejder, der er tilknyttet et misbrugstilbud, hvordan folderen ligger tilgængelig for de borgere, der kommer på tilbuddet, ligesom det er besluttet, at folderen skal indgå i de sundhedssamtaler, som assistenterne på tilbuddet afholder med brugerne:

Folderen skal benyttes aktivt i forbindelse med sundhedssamtaler på et misbrugscenter

Interviewer: Til selve arrangementet der fik i en folder. Jeg ved ikke, om I kan huske den? Sådan en lille en her [viser folderen]. Er det én, I har brugt efterfølgende?

Misbrugsmedarbejder: Den hænger ude hos os, og så vil vi jo bruge den til vores sundhedssamtaler. Det er meningen, at vi assistenter skal have den. Høre sådan: Hvordan går det? Det gør vi lidt i hverdagen. Men det er meningen, at de skal ind til sådan en hele-vejen-rundt samtale, selvom vi snakker med dem jævnligt om det, ugentligt, så skal det blive mere synligt, at de ligesom bliver kaldt ind til, i stedet for at de sidder i udleveringen, og vi snakker om, hvordan går det, og får du noget at spise, og jeg synes, du har tabt dig og sådan.

Interviewer: Så der tænker I, at den godt kunne være brugbar den her?

Misbrugsmedarbejder: Ja.

Interviewer: Og har sagt, at den skal I simpelthen bruge systematisk?

Misbrugsmedarbejder: Ja. (Kommune A)

En række andre medarbejdere, særligt hjemmevejlederne, beskriver, at de også har taget folderen med ud i borgernes hjem og enten lagt folderen til dem eller benyttet den i en konkret samtale. Nedenfor forklarer en medarbejder, hvordan de fleste borgere har reageret positivt på folderen:

Borgerne har reageret positivt på folderen

Hjemmevejleder (socialrådgiver): Og så har jeg som sagt også lagt den ude hos nogle borgere, så de ser den.

Interviewer: Og hvordan har de reageret på den, borgerne?

Hjemmevejleder (socialrådgiver): Jamen de fleste har været positive omkring det, og jeg tror også, at det der med, at der ikke står sådan fem sider, de skal læse. Altså den er meget konkret og overskuelig, og det betyder så meget for vores borgere, fordi allerede hvis du kommer med alt for meget, så siger de allerede nej tak fra starten. De kan ikke overskue det. Og derfor ville jeg også gerne have flere til at have liggende herovre, fordi jeg netop synes, at de har været gode at bruge. (Kommune C2)

Medarbejderen forklarer i eksemplet, i tråd med en række andre af de interviewede medarbejdere, at hun oplever, at borgerne reagerer positivt på folderen, fordi den er overskuelig og meget konkret. Flere af hendes kollegaer hæfter sig desuden ved, at folderen er god, fordi den er så visuel, og det bærende element er figurer. Det visuelle – billederne – gør det nemlig nemmere for borgerne at forstå budskabet i folderen.

4.2.3 Ændret adfærd hos borgeren: Folderen får nogle borgere til lægen

En medarbejder – en hjemmevejleder – forklarer ved interviewene, som citatet nedenfor udfolder, hvordan hun ikke bare har fundet folderen meget anvendelig i relation til at tage en snak med borgeren om kropsforandringer, men også at folderen rent faktisk har resulteret i, at nogle af hendes borgere kom til lægen:

Medarbejdere har anvendt folderen hos borgerne

Hjemmevejleder (socialrådgiver): Det jeg synes, at jeg konkret kunne tage med mig, det var de her foldere, som man kunne bruge til borgerne. [...] Det synes jeg faktisk har været rigtig godt i forhold til nogle af de borgere, jeg er kommet hos, fordi den er meget overskuelig. Der er... Der står ikke side op og side ned. Det kan de slet ikke overskue. Den er meget overskuelig. Så jeg har brugt den til nogle borgere, og det synes jeg faktisk har været fedt for dem. Jeg har kunne mærke det her med: 'Nåååh'. Og så har jeg faktisk kunne få nogle til lægen. Og det var også derfor, at jeg spurgte, om vi kunne få nogle [flere foldere] herover, fordi at...

Hjemmevejleder (assistent): Ja, det kunne være godt.

Hjemmevejleder (socialrådgiver): Og jeg roste dem også, dem der underviste os, fordi jeg synes, at den er virkelig lavet til målgruppen. [...] Og jeg har også bare lagt den hos nogle borgere. Der er også nogle, der ikke ønsker at gennemgå den, hvor jeg så bare har lagt den og sagt, at den kan de bare beholde. (Kommune C2)

I eksemplet nedenfor giver hjemmevejlederen fra C2 et konkret eksempel på, hvordan hun har benyttet folderen i forhold til en specifik borger:

Folderen var medvirkende årsag til at få en borger til lægen

Interviewer: Du nævnte også det her med, at du faktisk har brugt den her folder. Kan du forklare lidt mere?

Hjemmevejleder (socialrådgiver): Jamen jeg havde fx en ung pige, som har meget store psykiske udfordringer, men efter jeg lærte hende at kende, så fortæller hun mig også om nogle af de fysiske udfordringer, hun havde. Og det vidste jeg slet ikke. Hun havde ikke fortalt mig om det, men hun vil ikke til lægen, fordi det er nok bare øh... bivirkninger af medicin osv. Og der gennem gik jeg faktisk den der [folder] med hende, og fik hende også til lægen. Heldigvis var det ikke noget alvorligt. Det VAR bivirkninger af medicinen, men dét at hun ikke skulle gå og være bange for... [...] Hun følte, hun havde en klump i halsen og havde svært ved at synke fx. Hun var rigtig, rigtig bange for, hvad det kunne være. Så det her med at ligesom få bekræftet, at det desværre var en bivirkning af medicinen, gjorde, at hun ikke var bange mere. [...] Og jeg havde prøvet i noget tid at få hende til lægen, men hun har det svært med læger. Hun har dårlige erfaringer, og det er der rigtig mange, der har. Så hun ville ikke, men jeg tog jo med, og det var faktisk mig, der snakkede til lægen, fordi hun ønskede ikke at sige noget til lægen. Men der brugte jeg den der [folder], og det tror jeg helt klart var rigtig godt for hende og ligesom have det visuelt og kigge på det, så det ikke bare var mig, der prøvede at motivere hende via samtale. (Kommune C2)

I eksemplet beskriver medarbejderen, hvordan hun har anvendt folderen som en del af hendes praksis med at motivere borgeren til at komme til lægen. Hun fremhæver, at det har fremmet motivationsarbejdet at have et visuelt redskab, som ikke var hende, dvs. et fælles tredje. Selvom resultatet af konsultationen viste, at de symptomer, borgeren oplevede, var bivirkninger af medicin, så beskriver medarbejderen, at det gav borgeren noget ro at få afklaring på symptomerne hos lægen.

4.2.4 Udebleven praksisændring og åbenheden for at bruge folderen i fremtiden

Medarbejdere, der beskriver, at de ikke har anvendt folderen, giver forskellige begrundelser for det. En række andre medarbejdere fremhæver, at de ikke har benyttet folderen, fordi de generelt ikke oplever, at den er relevant for den målgruppe, de arbejder med, fx udviklingshæmmede og unge.

I citatet nedenfor begrundet en medarbejder fra et aktivitetstilbud, hvorfor hun ikke mener, at udviklingshæmmede borgere er i målgruppen for folderen. Hun mener, den bliver for uoverskuelig og kan vække unødigt frygt at vise alle syv symptomer. Til gengæld fremhæver hun, at man måske kan klippe enkelte relevante billeder ud fra folderen og bruge dem i dialogen med borgeren i forhold til et specifikt symptom, de oplever:

Folderen kan skabe mere forvirring i stedet for fokus for udviklingshæmmede

Aktivitetsmedarbejder (pædagog): Jeg har ikke brugt den [folderen].

Aktivitetsmedarbejder (socialpædagog): Altså jeg vil sige, at den er ude i vores værested. Der har vi folderne, så hvis der er nogle, der er interesseret, kan de tage den frem, når vi er i værestedet. Men jeg synes også, at udfordringen især med de udviklingshæmmede er, at de kan blive så meget i tvivl om alting, fordi de ikke forstår signaler fra kroppen. Altså er det her nu noget farligt eller... Så bare det at give sådan en folder, det kan faktisk skabe mere utryghed og forvirring hos en del af dem, vi kommer hos, end det kan hjælpe dem.

Aktivitetsmedarbejder (pædagog): Det er i hvert fald ikke brugbart for vores [borgergruppe].

Aktivitetsmedarbejder (socialpædagog): Nej. Altså der kan man sige, at der bliver vi nødt til at snakke med dem om, jamen hvad er det, man skal være opmærksom på. [...] Det er vidt forskellige borgergrupper. Altså billederne har jeg tænkt... jeg har den i tasken, og kan bruge billederne, hvis jeg gerne vil tydeliggøre noget, jeg gerne vil snakke om, men hvor jeg så selv måske formulerer noget tekst.

Folderen kan skabe mere forvirring i stedet for fokus for udviklingshæmmede

Interviewer: Så I ville måske kunne klippe et billede ud fra folderen, der gav mening?

Aktivitetsmedarbejder (socialpædagog): Ja. Vi kan give et eksempel. For eksempel kan der være en borger, som hver gang, der skal foregå et eller andet, siger: "Jamen jeg har dårlig mave. Jeg kan ikke tage på arbejde. Jeg har dårlig mave". Og når man bliver ved med at have dårlig mave, så bliver man på et eller andet tidspunkt... så bliver det "Jamen nu har du fortalt om den her dårlige mave SÅ mange gange, så jeg tænker måske, at det er ved at være på tide, at du skal op til lægen. Så du kan snakke med lægen om den her dårlige mave"... Fordi man skal ikke have dårlig mave hele tiden. Så kan der være noget i vejen. Så kan den her dårlige mave lige pludselig forsvinde, og man vil gerne gå på arbejde. Eller man måske tænker: Er du egentlig glad for dit arbejde? Hvordan går det ude på arbejdet? Man prøver at finde ud af, hvad kan det her være, hvor man vil undskylde sig med en dårlig mave? Altså det kan være den ene vinkel, ikke. Men rent faktisk kan det også være, at man tager et billede frem og siger "Jamen hvad er dårlig mave?", fordi har du det reelt sådan, som du siger, så er det godt at gå til lægen. Vi må gefüle, som det hedder. (Kommune A)

Medarbejderen beskriver, at folderen skal anvendes med forbehold, hvis de skal kunne bruge den til målgruppen af udviklingshæmmede borgere, som let kan blive forvirrede over symptomerne. Dog kan enkelte billeder fra folderen hjælpe til at tale om et konkret symptom, som borgeren oplever, for at gøre det konkret for borgeren, hvad fx "ondt i maven" egentlig er, og hvorfor man skal gå til lægen med dette symptom.

Medarbejdere fra et døgntilbud for unge nævner ligeledes, at folderen ikke er relevant for deres målgruppe. Her er det ikke så meget kompleksiteten i at vise de unge syv symptomer, der er problemet. Derimod fremhæver medarbejderne, at problemet er, at de syv symptomer typisk ikke er fremherskende i deres målgruppe, fordi disse symptomer, som en medarbejder fremhæver, af medarbejderne opfattes som "gammelmandssymptomer". De fremhæver derimod, at det, der fx fylder hos dem, er overdoser, at folk stikker sig forkert, når de tager stoffer og anoreksi. Desuden nævner de også, at selve formen – en folder – er lidt "skæv" i forhold til målgruppen af unge, som de har en opfattelse af foretrækker elektronisk formidling.

Medarbejdere fra det ovenstående ungetilbud påpeger også – i tråd med andre medarbejdere fra et andet døgntilbud i samme kommune, at de ikke har benyttet folderen, fordi – som citatet nedenfor illustrerer – selve formen, hvor man arbejder med en folder, enten ikke falder dem naturligt eller ses som en hæmmer frem for en fremmer i dialogen:

Folderen kan hæmme den "naturlige" dialog

Interviewer: Er det relevant i forhold til at have sådan folder her til jeres unge mennesker? Hvis man nu ændrede indholdet og tilpassede det jeres målgruppe? Kunne I så forestille jer at bruge den?

Botilbudsmedarbejder 1 (assistent): Nej, egentlig ikke.

Botilbudsmedarbejder 2 (assistent): Nej, jeg tror sgu heller ikke jeg ville bruge den.

Interviewer: Hvorfor ikke?

Botilbudsmedarbejder 1 (assistent): Fordi man kan jo sagtens have en dialog om de problematikker de har, uden at man skal sidde og kigge i en brochure omkring det, det bliver sådan lidt hospitaliseret eller sådan. (Kommune C3)

Endelig er der en række medarbejdere, som fremhæver, at de ikke har benyttet folderen endnu, fordi de ikke har haft nogle borgere, hvor den var relevant at tage frem. Én af disse medarbejdere udfolder dog i citatet nedenfor, at hun også ser en mulighed i, at hun selv kan benytte folderen i fremtiden som en form for huskeliste:

Folderen kan komme til at fungere som en huskeliste til medarbejderen

Aktivitetsmedarbejder (socialrådgiver): Jeg tænker, at folderen den har jeg ryddet op en enkelt gang og samlet den sammen i sådan en folder-ting, men jeg tror, at der, hvor den gør mest nytte, det er måske, at jeg lige kan læse igennem, hvad det er for nogle symptomer, fordi der er jo ridset nogle forskellige ting op. Der, tænker jeg, at den kan jeg bruge. Hvis der nu er én, der har noget med maven, så kan man lige gå ind og læse. (Kommune B)

4.2.5 Opsamling

Evalueringen viser, at hovedparten af deltagerne i arrangementerne ifølge Region Sjællands spørgeskemaundersøgelse i høj eller nogen grad gav udtryk for, at de ville benytte folderen i praksis efter arrangementet – en positiv indstilling til folderen, som observationer af tre af arrangementerne bekræfter, samtidig med at observationerne også illustrerer, at der både var positive og negative reaktioner på folderen.

Evalueringen viser, at nogle af medarbejderne allerede ved arrangementerne gav udtryk for, at de mente, at folderen qua dens fokus på tegninger var et brugbart dialogredskab, mens andre på mere principiel basis mente, at foldere generelt ikke var hensigtsmæssige at benytte i samtaler med borgere – eller kun med nogle borgere.

Evalueringen tegner desuden også et billede af, at folderen har medført praksis-ændringer blandt medarbejderne. De interviewede medarbejdere fortæller, at nogle, lidt under halvdelen af de interviewede medarbejdere, har anvendt folderen. Disse medarbejdere har dog anvendt folderen på forskellig vis ved enten at:

- hænge den op og stille den til rådighed i socialpsykiatriens lokaler, fx på væresteder
- bruge den (eller forventer at bruge den) i dialogen med borgeren
- lægge den i borgerens hjem.

Folderen er altså enten blevet brugt som et dialogredskab i medarbejdernes samtale med borgerne eller blevet gjort tilgængelig for borgeren af medarbejderne (enten i deres hjem eller på et værested). Det første er i tråd med målet for folderen, mens det sidste ikke umiddelbart har været intentionen, fordi folderen fra regionens side er tiltænkt som et dialogredskab frem for "massekommunikation" til borgerne, som de selv skal tolke.

De medarbejdere, der har benyttet folderen, fremhæver uagtet af den kontekst, den er anvendt i, at den er god for "deres" borgere, fordi den er så visuel, konkret og overskuelig. En medarbejder fremhæver således også, at hun konkret har oplevet, at folderen gav anledning til at få en borger til læge, som ellers ikke ønskede det. Dette er dog det eneste eksempel, medarbejderne giver på, at folderen har gjort en forskel for borgerne. De fleste udtalelser omhandler således om at have gjort folderen tilgængelig eller en forventning om, at folderen kan gøre en forskel på sigt, fx når den bliver implementeret i sundhedssamtalerne i en af kommunerne, eller når der opstår en oplagt situation, hvor den vil være anvendelig.

De medarbejdere, der ikke har benyttet folderen, fremhæver, enten at den endnu ikke har været relevant, at de generelt ikke ser anvendelse af foldere som berigende i forhold til at skabe dialog med borgerne, eller at den ikke er anvendelig i forhold til den målgruppe, de arbejder med. For eksempel fremhæver medarbejderne, at folderen ikke er relevant hverken i form eller tema i forhold til udviklingshæmmede og unge, men at man fx ville kunne klippe billeder ud fra den og dermed gøre den anvendelig i forhold til udviklingshæmmede.

Overordnet kan man konkludere, at folderen som formuleret i programteorien udgør et redskab for medarbejderne i deres arbejde med kropsforandringer. Som for mange andre redskaber gælder det dog, at nogle medarbejdere finder redskabet mere brugbart og anvendeligt end andre, hvilket både er forbundet med indstillingen til folderen som et redskab og til målgruppen.

4.3 Dilemmaspillene

Ved arrangementerne har dilemmaspillene været én af kerneaktiviteterne. Som tidligere beskrevet går denne aktivitet ud på, at skuespillere spiller nogle små "scenarier" eller situationer for og med deltagerne, som ifølge programteorien skal virke ved at aktivere 'krop og følelser' hos deltagerne og dermed kropsliggøre problemstillingen.

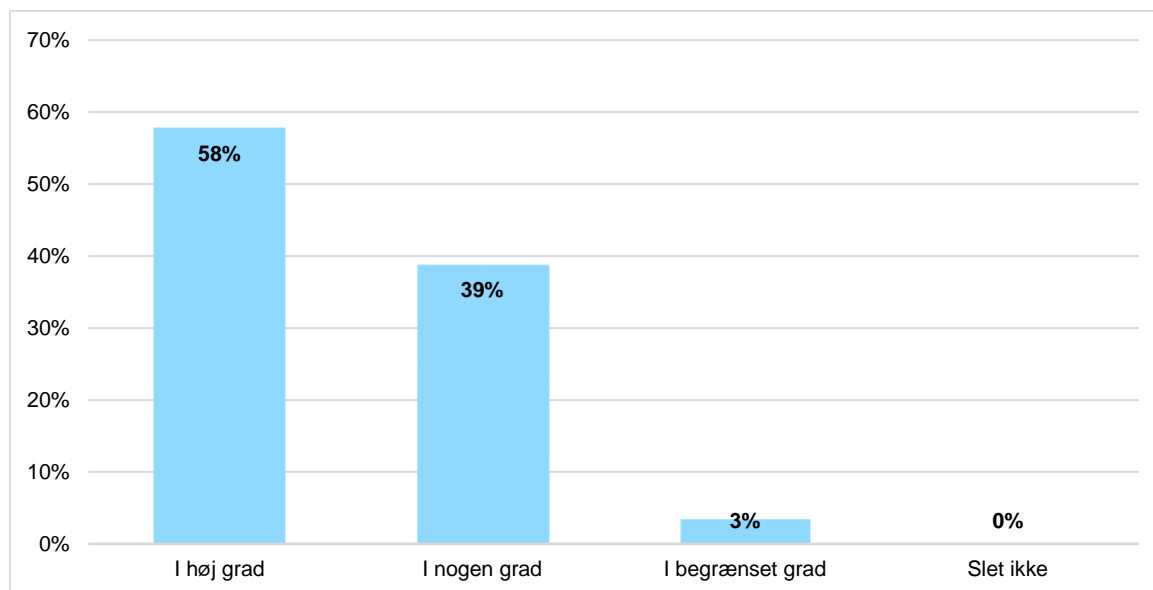
Mere specifikt har der været tale om to dilemmaspil, som medarbejderne har forberedt "hjemmefra", der omhandler forskellige udfordringer og dilemmaer forbundet med at motivere og støtte borgeren i at gå til læge. Det første dilemmaspil (a) har fokus på det motiverende arbejde, som medarbejderen udfører hjemme hos en borger for at få ham til at gå til læge, mens det andet dilemmaspil (b) har selve lægebesøget som omdrejningspunkt. Ud over de to dilemmaspil, hvor medarbejderne inviteres til at komme med kommentarer på deres oplevelser af den situation, som skuespillerne spiller, er en anden vigtig del af dilemmaspillene også at involvere medarbejderne undervejs (c), både ved at invitere dem op for at spille situationen, som allerede er spillet af skuespilleren og ved at komme med deres egne eksempler.

I beskrivelsen analyserer vi virkningerne af dilemmaspillene i tre særskilte afsnit der, hver især stiller skarpt på de virkninger, der relaterer sig til de omtalte dele af dilemmaspillene a, b og c. Det har vi gjort, fordi de har nogle forskellige mål og bringer nogle forskellige refleksioner i spil. Vi starter dog kapitlet med at præsentere medarbejdernes overordnede reaktion på dilemmaspillene.

4.3.1 Reaktioner på dilemmaspillene

Region Sjællands undersøgelse af medarbejdernes umiddelbare reaktioner på dilemmaspillene umiddelbart efter arrangementerne viser, jf. Figur 4.3, at 97 % af medarbejderne i høj grad eller nogen grad oplevede, at dilemmaspillene gav anledning til, at de reflekterede over den daglige praksis.

Figur 4.3 Får arbejdet med problemstillingerne i dilemmaspillene/forumteateret dig til at reflektere over den daglige praksis hos jer?



I tråd med denne positive tilbagemelding, som vi vil vende tilbage til i afsnit 6.1, viser fokusgrupperne også, at samtlige medarbejdere oplever, at dilemmaspillene var den aktivitet, de husker bedst og har givet bedst mening for dem, fordi spillene var underholdende, indlevende og spændende. Fokusgrupperne vidner dog også om, at den grad af underholdningsværdi, som medarbejderne oplever, har varieret, og at oplevelsen af relevans og grader af indsigt, læring og adfærdsændringer hos de enkelte deltagere ligeledes har varieret meget.

4.3.2 Dilemmaspil 1 – den motiverende samtale

Dilemmaspil 1 tager udgangspunkt i en situation, som foregår hjemme hos borgeren Jan, som er diagnosticeret med skizofreni og KOL, og som får besøg af sin hjemmevejleder. Situationen udspiller sig som en motiverende samtale mellem Jan og kontaktpersonen/hjemmevejlederen i borgerens hjem. Situationen er udviklet på forhånd, men efter scenen har deltagerne mulighed for at komme med kommentarer til scenen. Læringsmålet i relation til Dilemmaspil 1 er, at arbejdet med casen giver anledning til refleksion over, hvordan man kan motivere borgeren til at søge læge på trods af forskellige barrierer. Derudover er formålet at give anledning til nogle etiske diskussioner om, hvornår og hvordan man griber ind i borgerens liv.

Eksempler på, at første del af Dilemmaspil 1 har resulteret i øget refleksion

Observationsnoten nedenfor illustrerer, hvordan første del af Dilemmaspil 1 typisk blev fremført for medarbejderne under arrangementerne:

Dilemmaspil 1: Jan får besøg af en hjemmevejleder

"Medarbejderen" (den ene skuespiller) lader, som om hun åbner døren ind til "borgeren" (den anden skuespiller), der sidder ved et bord. Borgeren sidder og hoster. Medarbejderen sætter sig ved bordet og siger: "Skal vi se at få en kop kaffe," og konstaterer: "Sikke en dum hoste du har i dag, skal du have et glas vand?". Borgeren siger: "Det går over om lidt". Medarbejderen siger: "Se om du kan få lidt frisk luft ind. Har den hoste været sådan hele ugen?". Borgeren svarer ikke. Medarbejderen ændrer samtaleemne: "Jeg har lige kigget på din post – der er rigtig mange, der gerne ville have fat i dag.... Jeg kiggede bare lidt rundt og fandt en fladskærm. Jeg kan se du har været lidt rundt på nettet og købt ting. Du har også taget et kviklån på 20.000 og købt en fladskærm?". "Nej", siger borgeren, og hoster. Medarbejderen: "Er der noget, jeg kan gøre for dig i forhold til hosten?" (og da der ikke er respons): "Jeg har lavet en afdragsordning for dig". Efter lidt tavshed spørger medarbejderen: "Hvad er det for en kasse?" og peger på en kasse. Borgeren siger: "En mikrobølgeovn". Medarbejderen tilføjer: "Hvad er det deroppe". Borgeren svarer: "Det er et hul. Det er til fladskærmen". Medarbejderen tilføjer: "Hvad kom først fladskærmen eller hullet?". "Mikrobølgeovnen", siger borgeren og hoster (salen griner). Medarbejderen fortsætter: "Sikke en hoste". Borgeren siger: "Der er da ikke noget blod med". Medarbejderen siger: "Kommer der blod med? Det skal lægen da se på". Borgeren: "Jeg skal ikke til lægen. Jeg kan ikke lide det". Medarbejderen: "Jeg vil gerne tage med". Borgeren råber: "Jeg skal ikke til lægen. Gå med dig". Medarbejderen siger forsigtigt: "Jeg kunne jo komme igen om et par dage. Har du været oppe på lystpunktet – måske skulle du have NADA – det kunne du godt lide sidst. Jeg vil gerne gå med dig til lægen" (scenen slutter).

Observationsnoter (Kommune D)

Særligt i Kommune A beskriver medarbejderne, at denne case gav anledning til at reflektere over deres kerneopgave og opgaveløsning som hjemmevejledere. Scenen, hvor borgeren Jan får besøg af en hjemmevejleder, har tydeliggjort for dem, hvordan de ofte har særligt fokus på bestemte ting i borgerens handleplan, når de kommer på besøg, hvilket kan tage fokus fra akutte eller nye problemstillinger, som kan vise sig relevante ved besøget, fx fysisk sygdom. Dertil kommer tidspres på medarbejderne, som også utilsigtet bidrager til, at de enten ikke opdager eller simpelthen ikke får taget sig tid til at spørge til borgerens somatiske helbred.

I citatet nedenfor beskriver medarbejdere fra Kommune A, at de er meget opmærksomme på den handleplan, der ligger på borgeren, og at det er den, man har i baghovedet, når man besøger borgeren:

Casen skaber refleksion over de barrierer i arbejdet, der forhindrer fokus på kropsforandringer

Interviewer: Men gav det jer noget at se casen her blive spillet i forhold til at forstå de her dilemmaer [som man står i som medarbejder] og se dem udefra?

Aktivitetsmedarbejder (socialpædagog): Jeg synes jo, at det tydeliggjorde det dér med, at man sidder og vil rigtig gerne gøre nogle ting, som man ved, vil være godt, og du har ikke nødvendigvis mulighed for at få det iværksat. Det er jo sådan, man bestemmer over sit eget liv.

Misbrugsmedarbejder (assistent): Samtidig med, at man har snakket sygdom, så snakkede hun [skuespilleren, der spiller hjemmevejlederen] også om regninger og alle de ting, han [borgeren] brugte penge på. Og det var selvfølgelig en forkert vinkel. Altså hun skulle have haft koncentreret sig om noget, men samtidig tror jeg også bare, at igen det her pres med, at der er faktisk nogle ting, man skal nå. [...]. Lige dér, når man sidder i situationen, så er der noget, man er kommet for, men så ser man noget ved siden af, som jo nok er mere vigtigt end det fjernsyn, der skal købes. Men jeg tror bare, at hun har så indbygget, at hun kommer for at tale om økonomi, eller hvordan han har det, så det er det der pres, der gør, at det skal da også lige ordnes. Der har vi et eller andet i os. Det ligger dybt i os.

Aktivitetsmedarbejder (socialpædagog): Der ligger jo en bestilling.

Casen skaber refleksion over de barrier i arbejdet, der forhindrer fokus på kropsforandringer

Aktivitetsmedarbejder (pædagog): Der ligger jo en handleplan. Vi har jo punkter. De her punkter skal vi arbejde med og udvikle på.

Aktivitetsmedarbejder (socialpædagog): Og det er jo som regel os, som boligselskabet henvender sig til, når de er ved at blive vippet ud, fordi de har prøvet at henvende sig til borgeren, og der er ikke sket noget. Og så er det ligesom sådan øh. Så er det så noget akut noget... Men det er meget, meget rigtigt, det du siger. Det der med, at der er en dagsorden, som du kommer med, og så er der...

Misbrugsmedarbejder (assistent): Et eller andet, der vælter læsset. [...] Men jeg synes bare, at ej, det skal da også lige ordnes, og vaske op og jeg ved ikke hvad, hvor man bagefter tænker, at den skide opvask kunne da godt have stået, hvis det var det. Men ej, det er det, jeg er ansat for-agtigt.

Interviewer: Så du kunne faktisk godt genkende den situation fra dit arbejder i borgerens hjem?

Misbrugsmedarbejder (assistent): Ja, det kunne jeg. (Kommune A)

Medarbejderen beskriver her, hvordan situationen med hjemmevejlederen hos Jan har fået dem til at reflektere over, hvordan fokus på den bestilling, de får, som er beskrevet i borgerens handleplan, i sig selv kan udgøre en barriere i forhold til at give plads til at opdage og tage snakken om kropsforandringer med borgeren. Deltagerne bliver opmærksomme på dette under dilemmaspiilet, hvor de ser, hvordan den skuespiller, der spiller hjemmevejleder, sætter fokus på en given dagsorden, hun skal igennem hos borgeren – i dette tilfælde borgerens økonomi, hvorfor hun overser eller ikke sætter hovedfokus på, at han hoster. Dette genkender også medarbejdere fra C1 fra deres egen praksis, hvor handleplanen og behovet for at løse akutte ting, som fx oprydning eller opvask, kan forhindre dem i at opdage, hvad der egentlig sker med borgeren på dagen, fx om der er opstået tegn på fysisk sygdom.

I Kommune A beskriver deltagerne også, at scenen med den motiverende samtale har rejst et etisk spørgsmål for dem om, hvor meget man som medarbejder kan presse borgeren for at søge læge. Disse refleksioner beskriver nedenstående citat:

Skaber refleksion over de etiske dilemmaer, der er forbundet med den motiverende samtale

Interviewer: Kan I sige lidt om de refleksioner, de situationer [dilemmaspiilene] umiddelbart skabte hos jer?

Aktivitetsmedarbejder (pædagog): Jeg synes, det var svært. Altså det var meget tydeligt, at hun gjorde alt, hvad hun kunne, for at motivere ham til at gå til lægen, men det ville han ikke. Sådan husker jeg det. Og samtidig synes jeg, at det er meget svært, når man sidder, og der er alle mulige symptomer på, at det her kan være alvorligt, og så vedkommende siger nej tak. Det er det i hvert fald for mig, når jeg arbejder med den her borgergruppe, og jeg står i en situation, hvor jeg ved, at der kan være noget alvorligt galt, som skal undersøges, og man så ikke kan få borgeren til en undersøgelse. Det er et meget svært etisk dilemma, og det er noget, der påvirker. (Kommune A)

Medarbejderen beskriver i citatet, at dilemmaspiilet med Jan gav anledning til at reflektere over nogle situationer fra hendes egen praksis, som hun synes, er vanskelige at stå i, nemlig når borgeren vælger at takke nej til et lægebesøg eller en behandling, selvom medarbejderen vurderer, at det kan være noget alvorligt. Hun beskriver det selv som et etisk svært dilemma at stå i som medarbejder og noget, der påvirker hende i hendes arbejde. Medarbejderen forklarer videre, at de i gruppen

under selve arrangementet har diskuteret dette dilemma, hvor en kollegas udsagn om denne etiske problematik har været meget grænseoverskridende for hende:

Diskussion om etisk dilemma vækker blandede følelser

Aktivitetsmedarbejder (pædagog): *Dér, da de gennemspillede den der situation, var der én fra vores gruppe, der sagde: "Jamen, rent faktisk bestemmer de selv, om de vil dø. Om de vil sidde hjemme i deres lejlighed og dø", og det var meget provokerende for mig. Det var meget grænseoverskridende, men det er rent faktisk sådan, det er, men det er meget svært for mig at acceptere. Det er meget svært at være vidne til uden at gøre alt, hvad man kan. (Kommune A)*

Således har situationen hjemme hos borgeren Jan også givet anledning til refleksion over en del af deres arbejde, som kan været etisk og moralsk udfordrende at være i som medarbejder, når det handler om at acceptere, at borgeren faktisk selv kan tage beslutning om sit helbred, selvom medarbejderen godt kan se, at borgeren ikke vælger det, der er bedst for ham/hende. Medarbejderne i Kommune A har gennem scenen med den motiverende samtale reflekteret over og diskuteret de etiske problemstillinger, man som medarbejder kan komme i, når man skal forsøge at motivere en borger til at gå til lægen.

Disse eksempler viser, at nogle medarbejdere oplever, at dilemmaspillet resulterede i de ønskede læringsmål. De føler, at Dilemmaspil 1 både gav anledning til at overveje barrierer for at motivere borgerne til at gå til læge og til at diskutere de etiske dilemmaer, der er forbundet med at få borgeren til læge.

Eksempler på, at Dilemmaspil 1 kun har resulteret i moderat refleksion

I Kommune C2 og C3 beskriver medarbejderne, at de også kan genkende problemstillingen omkring den motiverende samtale fra deres eget arbejde, og at det har været godt skuespil. I modsætning til medarbejderne fra Kommune A og til dels Kommune C1 lader scenen dog ikke til at give anledning til yderligere refleksion, end at medarbejderne kan konstatere, at de allerede arbejder motiverende i relationen til borgeren, og at det er vanskeligt arbejde at motivere deres borgere. Dog har en medarbejder fra C3 bidt mærke i, at det var meget godt lige at se, hvilken rolle hun har, når hun træder ind af døren. Dette illustreres i følgende to eksempler fra henholdsvis Kommune C2 og C3:

Problemstillingen er genkendelig, men skaber ikke 'aha-oplevelse'

Interviewer: *Så der var det noget andet, I fik ud af situationen?*

Hjemmevejleder (socialrådgiver): *Ja. [...] Og vi arbejder jo motiverende hele tiden. Det er næsten det allervigtigste i forhold til målgruppen her.*

Hjemmevejleder (ergoterapeut): *Relationen og motivationen.*

Hjemmevejleder (socialrådgiver): *Ja.*

Hjemmevejleder (ergoterapeut): *Så det var ikke sådan fremmed for os.*

Interviewer: *Nej, der var ikke sådan en, I fik: 'Nååh ja, det her kan jeg måske gøre anderledes'?*

Hjemmevejleder (ergoterapeut): *Nej, det er det vi gør hele tiden. (Kommune C2)*

Problemstillingen er genkendelig, men skaber ikke 'aha-oplevelse'

Botilbudsmedarbejder (assistent): Vi fik ikke andet ud af det, end det at motivere, det er jo meget sådan hele vejen rundt, ikke? Og det gør man jo altid, om det så er til lægen, eller hvad det er, så skal du jo motivere. Det gør vi jo rigtig meget, så selvfølgelig kunne jeg godt se, at det her er noget, vi gør, men det var ikke noget, der gav mig noget. Det er jo det, vi gør hele tiden. (...)

Botilbudsmedarbejder (pædagog): Jeg tænker måske, at det var meget godt lige at se [Dilemmaspil 1]. Okay, hvilken rolle har jeg, når jeg træder ind til en borger og skal hjælpe denne her borger med problematikken. Jeg tænker faktisk, det var meget godt sådan lige at se (...), men ikke sådan noget jeg tænkte: 'Yes, den tager jeg da lige med mig', fordi det gør vi rigtig meget af i forvejen. Jeg har jo konstant motiverende samtaler herude. (Kommune C3)

Nogle medarbejdere fra særligt døgntilbud C3 forbinder det begrænsede udbytte af Dilemmaspil 1 med selve den situation, problemstillingen udspiller sig i, som de ikke føler er genkendelig fra deres arbejde. De hæfter sig ved, at Dilemmaspil 1 udspiller sig omkring en situation i borgerens hjem, hvor hovedpersonen er en hjemmevejleder og borgeren en person med KOL. Det vil sige en situation, som ikke ligner de situationer, de normalt agerer i på det døgntilbud, de er knyttet til med unge mennesker, de skal tage sig af 24-7, som de forklarer i nedenstående citat. De beskriver således selv, at de måske kunne have fået større udbytte af dilemmaspillet, hvis det havde taget udgangspunkt i en mere sammenlignelig situation.

Manglende kontekst og målgruppe-match

Interviewer: Jeg hører jer sige, at det ikke var noget, I kunne omsætte til jeres beboere?

Botilbudsmedarbejder 1 (assistent): Nej, det var ikke noget, vi sådan kunne omsætte.

Interviewer: I fik ikke ligesom sådan en værktøjskasse med ud på en eller anden måde?

Botilbudsmedarbejder (pædagog): Jeg tænker ikke, det var om vores målgruppe. Og heller ikke den måde, vi arbejder på, for jeg tænkte, da jeg gik derfra, at det her var måske mere henvendt til hjemmevejledere, der kommer hjemme hos borgerne en gang om ugen eller hver 14. dag og skal være opmærksomme på, at der er nogle symptomer eller nogle klager fra borgerne, altså. [...] Jeg kunne ikke referere det til vores målgruppe. Vi er sammen med dem næsten 24-7, og vi observerer jo de her ting, og vi er jo i konstant dialog med dem dagligt, så hvis de har noget, de klager over, eller de skal til lægen med, så er det jo dét, vi støtter dem i – at kontakte lægen, at komme til lægen i tide eller når det brænder på. Så på den måde synes jeg ikke, at det oplæg det var henvendt til os.

Botilbudsmedarbejder 2 (assistent): Men det var jo også det, som skuespillet gik ud på, både den motiverende samtale og snakken med lægen, der var det jo en hjemmevejleder, sådan opfattede jeg det i hvert fald, at det var én, der kom på besøg til det ugentlige møde. [...]

Botilbudsmedarbejder 1 (assistent): Plus at der var meget fokus på sådan noget... Jeg tror, han havde KOL. Det er jo ikke rigtig noget, vi står med hos vores unge, ikke andet end at man har jo fokus på, at når man ryger, skal man selvfølgelig have fokus på, at det selvfølgelig er skadeligt for dem, og det bliver der jo også snakket om, og der er jo også mulighed for at få støtte i kommunen, og hvor de kan få hjælp til det, hvis de gerne vil ud af det, ikke. (Kommune C3)

Den ovenstående refleksion er interessant, fordi de medarbejdere, der beskriver, at de, der har fået det ønskede udbytte, netop i høj grad er hjemmevejledere og medarbejdere på væresteder, som ikke er sammen med borgerne på regulær basis og derfor arbejder ud fra nogle andre forudsætninger i forhold til den motiverende samtale.

I forlængelse af Dilemmaspil 2 bliver medarbejderne ligeledes selv sat til at finde eksempler på situationer med borgere, hvor medarbejderne oplever, det er svært at motivere dem til at gå til læge. Vi vender tilbage til disse eksempler i afsnit 4.3.3, og i hvilket omfang det selvvalgte spil skabte situationer, der gav en højere genkendelighed for deltagerne ved arrangementet og øget indsigt i motivationsarbejdet.

4.3.3 Dilemmaspil 2 – Konsultationen hos lægen

Det andet dilemmaspil (Dilemmaspil 2) omhandler som beskrevet en situation, hvor borgeren er hos lægen. Borgeren Jan med KOL, som også er med i casen i Dilemmaspil 1, er nu til konsultation hos egen læge, hvor han skal tilses for sin hosten. Konkret udspringer Dilemmaspil 2 sig i tre dele – i første 'scene' ser vi de to skuespillere, der spiller situationen hos lægen, som deltagerne bedes reflektere over. Læringsmålet for dette dilemma er, at casen giver anledning til refleksion over og diskussion af, at medarbejdernes faglighed og kendskab til borgeren kan være med til at skabe en situation, der bliver mere tryk for borgeren, så borgeren får formidlet de vigtige informationer til lægen ved lægebesøget.

Dilemmaspil 2

Observationsnoten nedenfor illustrerer, hvordan første del af Dilemmaspil 2 typisk blev fremført for medarbejderne under arrangementerne:

Dilemmaspil 2: Jan til konsultation hos lægen

"Lægen" sidder ved bordet, og det banker på døren. Det er "borgeren", der banker på. Lægen siger: "Kom ind" og rejser sig op og giver hånd. Hun indleder dialogen med at sige: "Du har bestilt en tid i dag". Borgeren siger: "Det er ikke mig, der har bestilt den. De har [med henvisning til, at det er medarbejderne i socialpsykiatrien]. Det er fordi jeg hoster meget". Lægen siger: "Du har jo også KOL. Hvordan går det med den. Tager du din medicin [borgeren nikker]. Jeg kan se, der er nogle kontroller, du ikke er kommet til, det er vigtigt fremover, at du følger dem" [borgeren nikker]. "Ryger du?", fortsætter lægen. Borgeren nikker: "Det gør jeg... lidt". Lægen siger: "Det anbefaler vi, at du stopper med. Din hoste vil nok aftage. Kommunen udbyder rygestopkurser. Hvor mange cigaretter ryger du om dagen?". Borgeren siger: "Ca. 20". Lægen fortsætter: "Du er instrueret i at tage din medicin rigtigt, ikke?". "Ja", siger borgeren. Lægen spørger: "Så det har du styr på?". Borgeren nikker og siger: "Det er, som om der er noget, der sidder noget fast i halsen". Lægen fortsætter: "Hvad med din medicin i forhold til skizofreni – jeg kan se, det er længe siden, den blev reguleret". "Den er fin", siger borgeren. Lægen fortsætter: "Du kunne jo starte på et rygestopkursus". Borgeren siger: "Ja, ja". "Og du kontakter bare selv kommunen, ikke", siger lægen (der grines i salen). "Ellers kommer du bare igen", siger lægen (salen griner igen).

(Observationsnoter fra arrangement i Kommune D)

Som beskrevet i eksemplet fra observationen ovenfor består Dilemmaspil 2 af en situation, hvor skuespillerne spiller henholdsvis en læge og Jan. I kontrast til Dilemmaspil 2 oplever alle deltagere, at den situation, der udspringer sig hos lægen, er genkendelig. I eksemplet nedenfor er der et uddrag fra en observationsnote, der beskriver, hvordan medarbejderne i Kommune A umiddelbart reagerede på situationen ved arrangementet:

Reaktioner på scenen, hvor borgeren er hos lægen

Facilitator [umiddelbart efter dilemmaspillet er slut]: Snak nu sammen om det, I lige har set i grupper [deltagerne taler sammen i mindre grupper og byder derefter ind i plenum]. Er situationen genkendelig?

Deltager 1: For mig er det genkendeligt. Det er det samme, der sker for lægen, som også sker for os selv i vores arbejde. Når vi har en anden agenda, så overser vi, hvad der faktisk sker med borgeren.

Deltager 2: Jeg bliver irriteret på lægen. Hun skal bare have sat flueben.

Facilitator: Hvem kan genkende dette? Alle rækker hånden op.

Deltager 3: Jan bliver opgivende.

Deltager 4: Det er også den oplevelse jeg har, når jeg selv går til lægen, men man får et ubehag på vegne af Jan, når man kender hans historie. Man savner varme [fra lægens side], og jeg føler ærgrelse over, at det er sådan at gå til læge.

Deltager 5: De mangler et modul, lægerne.

Deltager 6: Man bliver irriteret over, at lægen slet ikke tilser ham [hans hoste]. Ingen anerkendelse af, at han faktisk er kommet til læge.

Deltager 7: Det med at se mennesket, det kunne sikkert udvikle sig til at blive en stor snak om ressourcer.

Deltager 8: Jeg oplever, at jeg bedre kan trænge igennem ved lægen, hvis det er mig, der ringer på borgerens vegne.

Deltager 9: Jeg er ikke er så 'højt' oppe [statusmæssigt] som lægen. Fuck det. Det skal vi turde sige højt! Rend mig i røven, det burde jo ikke være sådan. Jeg bliver skide vred.

Facilitator: Hvor mange kan genkende det? [Mange rækker hånden op].

Deltager 10: Det ligner ikke noget at gøre forskel.

(Observationsnoter fra arrangementet i Kommune A)

Uddraget fra arrangementet i Kommune A er meget sammenligneligt med de reaktioner, vi har set i de to andre kommuner, hvor vi har observeret arrangementerne. Medarbejdernes umiddelbare reaktion på Dilemaspil 2 er negative; de udtrykker irritation eller vrede på lægen. For eksempel bemærker en deltager, at han bliver "skide vred" over, at lægen ikke anerkender Jans problematik; en anden udtrykker frustration over, at han ikke undersøger Jan, og en tredje over at det bare virker, som om lægen bare sætter flueben. Via facilitatorens spørgsmål om, hvor mange der deler den irritation og vrede på lægen i salen, kan rækker hovedparten hånden op.

Observationsnoter viser dog også, at der er en deltager, der indledningsvis nævner, at hun godt kan identificere sig med lægens tilgang til borgeren, eller med andre ord viser empati med lægen – særligt lægens tendens til at overse, hvad der sker med borgeren, fordi en anden agenda bliver styrende. På samme måde er der ofte andre medarbejdere, der konstaterer, at der også er "gode" læger. I begyndelsen af Dilemaspil 2 drukner disse stemmer dog i den vrede og irritation over for lægen, som størstedelen af medarbejderne giver udtryk for. I Dilemaspil 2 er det således tydeligt at, se hvordan spillet vækker deltagerens følelser.

Nye indsigter: Indblik i borgerens oplevelse af lægekonsultationen

Flere medarbejdere beskriver, hvordan Dilemaspil 2 har givet anledning til at reflektere over, hvordan borgeren oplever lægekonsultationen. I én af fokusgrupperne i Kommune C1 beskriver en medarbejder, at Dilemaspil 2 bevirkede, at hun fik øjnene op for, hvordan borgerne egentlig bliver behandlet i mødet med lægen, hvilket har gjort hende chokeret og ked af det:

Fik øjnene op for borgerens perspektiv i mødet med lægen

Botilbudsmedarbejder (assistent): Jeg synes, at man fik øjnene lidt mere op, da de lavede teater eller skuespil for os, netop hvordan en psykiatrisk beboer nogle gange blev modtaget hos sådan en læge. [...] For der må jeg sige, at jeg blev chokeret, fordi der er så mange af vores beboere, der klarer de der ting selv, som ikke vil have os med. Og jeg tænker, at hvis de bliver behandlet på den måde, så sidder jeg og bliver lidt ked af det [banker i bordet] på deres vegne. Der kunne man godt tænke sig som personale at have været en støtte, selvom det jo er godt, at de kan varetage opgaven selv, men der tænker man, at man kunne være en god støtte, fordi de skal jo ikke behandles på den der måde. (Kommune C1)

Medarbejderen beskriver hendes oplevelse af scenen, som om hun ved at se denne udspillet foran sig er blevet opmærksom på, at de borgere, som ofte klarer mange ting selv, faktisk risikerer ikke at blive behandlet ordentligt af lægen, men dette er ikke noget, hun får viden om fra borgerne selv. På den måde har situationen hos lægen givet hende vigtig indsigt i en situation, som borgeren står i hos lægen, og som hun ellers ikke ville have haft blik for. I en anden fokusgruppe i Kommune C3 viser medarbejdere på et døgntilbud også forargelse og overraskelse over situationen med lægekonsultationen. Her bemærker en medarbejder også – ligesom medarbejderen fra C1, at situationen fungerede godt som en måde at indtage borgerens perspektiv på:

Scenen muliggør et kritisk blik på lægens håndtering af psykisk sårbare borgere

Botilbudsmedarbejder (pædagog): [...] Måske er det et meget godt sketch i forhold til ikke det, vi ser, men hvordan borgeren... Det er rigtig tit, hvor borgeren kommer hos lægen og ikke føler sig hørt. Altså så tænkte jeg bare lige, at hvis jeg nu havde sat det, jeg så, hvis jeg så det igennem borgerens øjne, så er det måske decideret dét, de oplever, når de sidder dér med en læge, der virker meget uinteresseret eller ikke har kompetencer nok til denne her borger. Det er mere fra det perspektiv, jeg så det, og det synes jeg også, der er noget meget godt i.

Interviewer: Så det gav dig nærmest en mulighed for at sidde på væggen og se: 'Nåh det er måske sådan, de har det'?

Botilbudsmedarbejder (pædagog): Ja, lige præcis. (Kommune C3)

Det, som denne medarbejder medtager fra "sketchen", er, at nogle læger er uinteresserede i og ikkekompetente til mennesker med psykiske lidelser, hvilket kan resultere i, at de ikke bliver hørt i lægekonsultationen.

Indblik i, hvordan fokus på det psykiske bevirker, at somatiske problemstillinger overses

Ud over at konsultationsscenen har givet anledning til at se mødet med lægen fra borgerens perspektiv og givet opmærksomhed på, at borgeren ikke altid bliver hørt, beskriver flere af medarbejderne, at scenen mellem Jan og lægen også har givet dem indsigt i, hvad der sker, når en somatisk problemstilling overses som følge af, at den psykiske problematik kommer til at fylde i dialogen med borgeren. En medarbejder fra Kommune A beskriver nedenfor, hvordan hun gennem spillet er blevet klar over, 'hvad der sker', når lægen overser det fysiske tegn hos borgeren. Hun giver selv et konkret eksempel, hvor hun fortæller om en borger med misbrug og psykisk sygdom, som hun oplever, ikke bliver lyttet til af egen læge, fordi hans psykiske sygdom for lægen overskygger et fysisk symptom – netop at han har problemer med sin fod:

Hvordan fokus på det psykiske overskygger somatiske symptomer

Aktivitetsmedarbejder (pædagog): Ja, men så efterfølgende har han nogle andre fysiske ting, som den læge ikke tager alvorligt, og det er jeg meget opmærksom på, at det er faktisk, fordi at han [borgeren] har haft et misbrug. Han drikker ikke nu. Han er psykisk syg, så hun [lægen] lytter ikke til ham... og det synes jeg er... jeg ved ikke, hvad det næste træk skal være, men jeg er blevet meget opmærksom på, at lige præcis i den situation, at jamen hans psykiske sygdom, den overskygger det, at han kommer og siger: "Jamen jeg har så ondt i min fod, den er så hævet. Det har den været i månedsvis". "Men det går over", siger hun. "Nå", tænker han, men det går ikke over. Hun [lægen] tager det ikke seriøst. [Lægen] tager det ikke alvorligt, fordi det er nok noget psykisk.

Interviewer: Har du kunnet bruge arrangementet til noget i forhold til den borger?

Aktivitetsmedarbejder (pædagog): Det blev meget klart for mig, hvad det egentlig er, der sker.

(Kommune A)

Citatet illustrerer, at medarbejderen er i stand til at relatere scenen med Jan til et praksis-eksempel fra hendes egen borgergruppe med en borgere, der præcis som Jan ikke bliver hørt af lægen, og hvis fysiske symptomer ikke tages alvorligt. Her har dilemmaspelet giver medarbejderen en fortolkningsramme til at forstå og gøre en opmærksom på, hvad det er der er sket i en situation, som hun selv har stået i – nemlig hvordan en læge har overset og ikke tager en borgers fysiske symptom alvorligt, simpelthen fordi den psykiske tilstand har overskygget lægens fokus på den somatiske problematik.

Ændring af praksis: Fastholde det somatiske fokus i dialogen med lægen

Flere medarbejdere beskriver også, hvordan den indsigt, de har fået i, hvordan fysiske symptomer kan overses eller negligeres i mødet med lægen, har styrket deres fokus og opmærksomhed på denne negligerings, og hvordan de kan håndteres i konsultationen. En medarbejder fra Kommune A giver følgende eksempel:

Vedholdenhed i forhold til somatik resulterede i grundigere udredning af borger

Aktivitetsmedarbejder (pædagog): Jeg har et eksempel fra en kollega. En af vores kollegaer, som har en yngre mand, der har været syg gennem meget lang tid og har været meget træt og har tabt sig helt utroligt meget, hvor han også er gået til lægen, og man tænker, at det er nok en depression. Jeg har spurgt flere gange: "Jamen, har han ikke fået taget en blodprøve?" Altså hvis man er så træt og har tabt sig så meget, altså det er meget, meget alarmerende... og at tro, at det måske bare er noget psykisk, hvor vi i hvert fald har presset på. Jeg vil da tro, at det kunne være en direkte følge af det her, altså at hun [kollegaen] har presset på, at han skal have taget nogle blodprøver. Man skal helt op og stå og slå i bordet og sige, at han skal have taget nogle blodprøver. Jeg har været med til at sige til hende: "Jamen, har han ikke fået taget blodprøver? Hvis man taber 10 kg og man ligger og sover, så kan det være andet end en depression. Så skal man da først have afklaret, om der er noget fysisk. [...] Og jeg tror, det er sket, at han har fået taget en blodprøveprofil. Hvor det ikke har været oplagt fra lægens side". (Kommune A)

Medarbejderens praksis-eksempel beskriver en kollegas borger, som har tabt sig meget, og hvor det vurderes, at vægttabet skyldes depression, men medarbejderen beskriver, at hun har forsøgt at gøre opmærksom på, at borgeren også skal have taget blodprøver, så de kan sikre sig, at det ikke skyldes en fysisk/sundhedsmæssig problemstilling. Medarbejderen beskriver, hvordan hun har 'banket i bordet' og gjort kollegaen opmærksom på vigtigheden af, at borgeren får taget blodprøver, fordi hans egen læge ikke havde taget initiativ til dette.

Nye indsigter: Delvis genvunden empati med lægen via en repetitionsøvelse

Som beskrevet i afsnit 4.3.3 vækkede Dilemmaspil 2 i udgangspunktet primært negative følelser blandt medarbejderne, da den skabte vrede og irritation over lægens adfærd. En gennemgående øvelse, som benyttes ved samtlige udførelser af Dilemmaspil 2, er dog, at den skuespiller, der spiller lægen, bliver hevet frem på gulvet for at lave en såkaldt repetitionsøvelse. Indsatsteamet forklarer, at hensigten med øvelsen er at få medarbejderne til at leve sig ind i den situation, som lægen står i, og dermed genere større forståelse for lægen og dennes situation. Konkret går øvelsen ud på, at medarbejderne skal sige, hvad de tror, lægen tænker, og så skal skuespilleren, der hedder læge, gentage sætningen.

Ved de tre observerede arrangementer starter det typisk ud med, at medarbejderne genskaber billeder af den irriterende eller utålmodige læge, fx ved at komme med sætninger som: "Det er klart han hoster, når han ryger" eller "psykisk syge er så besværlige, vi skal bare have dem ud af døren". I forlængelse heraf beder facilitator typisk deltagerne om at skifte stilling på stolen og se på lægen med nye øjne. Dette gør typisk, at nogle medarbejdere ved arrangementerne finder tilbage til forståelsen af, at lægen også står en svær situation, og kommer med sætninger som: "Hvis jeg dog bare havde lidt mere tid", "det er en svær gruppe", og "bare han havde haft én med", mens andre fortsat kommer med sætninger, der viser mindre forståelse for lægen.

Som beskrevet er det også den (ikke-empatiske) negative oplevelse af lægen, som de fleste medarbejdere (starter med at) genkalder sig ved fokusgrupperne. Som citatet neden for viser, fremhæver nogle dog, at øvelsen med at leve sig ind i lægens situation ligeledes var central for deres oplevelse og især den genvundne empati for lægen, selvom der er delte meninger om, hvor autentisk oplevelsen var:

Øvelse: At sige lægens tanker højt

Hjemmevejleder (assistent): Jeg havde også den der følelse af: 'Så, nu skal lægen dælmme lige [pift] kan du så lige makke ret', da jeg sad i den der skuespillerrolle der, men bagefter, da hun [skuespilleren] netop agerer spejlet, og vi spørger, og hun siger det samme-agtigt, altså dér gjorde det da et eller andet ved mig, det her med at jeg tænkte over, at vi skal også altid huske, at der er flere sider af sagen, og jeg ved ikke, om det havde gjort nogen forskel, at der havde været en læge til stede. Jeg tror måske, at alene det, at den seance der gør egentlig også for mig at se, at jeg tænker anderledes om lægen. (...)

Aktivitetsmedarbejder (assistent): Det, det gav mig, det var det her med, at man nogle gange tænker: 'Hvad tænker den læge?' Og så kunne man faktisk få lægen til at sige det, så man tænker: okay, lægen tænker. (...) Altså fordi det er jo det her med, at vi kan have nok så mange forestillinger om, hvordan de skal gøre deres arbejde, og vi ved bedst, og det gør vi jo langt fra, og nogle gange så glemmer vi at sætte os ind i de andre perspektiver, tror jeg, inden vi konkluderer. Vi konkluderer meget hurtigt i stedet for lige at høre lægens vurdering, og hvad tænker lægen. (...)

Aktivitetsmedarbejder (socialrådgiver): Enig. [...] I og med at man så sætter sig ind i hendes [lægens] krop og prøver at mærke, hun er træt, eller hun har 10 andre, der sidder og venter derude. Hvis man begynder at line det der op, så begynder man jo også at forstå hende og føle en eller anden form for: 'Ah hold kæft et besværligt arbejde hun har'. (Kommune B)

Aktivitetsmedarbejder (pædagog): For mig – det, som i den seance forstyrrede mig på en eller anden måde, det var det her med, at det var fuldstændig plagiat. Det var fuldstændig samme spejlbillede, så jeg fik min egen fordom tilbage. [...] Jeg tror, jeg havde lært mere af at få det omformuleret. Sådan, at hvis jeg slipper den her fordom ud, hvordan kommer den så tilbage til mig bearbejdet af en anden. (Kommune B)

I Kommune B er der delte meninger om øvelsen med lægens tanker. Tre af medarbejderne i fokusgruppen er begejstrede og enige om, at det at høre deres egne sætninger og forestillinger sagt højt har "gjort noget godt" ved dem. De fremhæver, at øvelsen har fået dem til at tænke over at blive bedre til at sætte sig ind i lægens perspektiv og give sig tid til at høre lægens vurdering uden at konkludere eller dømme. Omvendt nævner en anden medarbejder, at øvelsen bare har gjort, at man havde følelsen af at få "fordommene tilbage i hovedet", og de netop ikke blev bearbejdet.

Samlet viser medarbejdernes erfaringer med Dilemmaspil 2, at det har skabt refleksion over, hvad det egentlig sker i lægekonsultationerne og skabt en platform for at se situationen fra forskellige perspektiver. I afsnit 4.3.4 vil vi vende tilbage til, hvordan dilemmaspiilet også i vidt omfang levede op til det forventede læringsmål om at mobilisere medarbejderne til at indtage bisidderollen.

4.3.4 Involvering af deltagerne i dilemmaspiillene fra at se på til at være på 'scenen'

I både Dilemmaspil 1 og 2 involveres deltagerne undervejs. Involveringen varierer dog fra arrangement til arrangement. Involveringen i form af at inddrage "salens" refleksioner på dilemmaspiilet undervejs er allerede omtalt i de ovenstående afsnit. I dette afsnit rettes fokus i stedet mod den virkning, det har, at medarbejderne får medindflydelse på selve emnet, der tages op, og ikke lænere ser på, hvad der sker på scenen, men skal med op på den og deltage i "skuespiilet". I Dilemmaspil 1 inviteres medarbejderne til at erstatte skuespilleren, der spiller hjemmevejleder, og til at spille sig selv eller en af deres kollegaer i en case, salen selv har valgt, mens de i Dilemmaspil 2 opfordres til at spille en bisidderrolle.

Indsigt og input til motivationsarbejdet: En balance mellem autenticitet eller overskridende situation

De fleste medarbejdere giver udtryk for, at de i udgangspunktet oplevede det som positivt, at de selv kunne spille ind med en case i forlængelse af Dilemmaspil 1 og klæde skuespillerne på til at spille situationerne. Nogle medarbejdere fremhæver således, at det, at der blev valgt en case, som én af deres kollegaer arbejdede med, samt at deltagerne blev inviteret op på scenen for at erstatte skuespilleren, der spillede hjemmevejleder, gjorde situationen mere nærværende eller "virkelig" for dem.

I citatet nedenfor, hvor den valgte case blev diskuteret blandt medarbejderne, handlede det om en medarbejders, "Karens", svære motivationsarbejde med at få en helt ung og udmagret dreng til at stå ud af sengen. Her forklarer medarbejderne således, at de har indtryk af, at input, som medarbejderne i salen (og de kollegaer der forsøgte at indtage hendes rolle i hjemmet – her "Bent"), potentielt har bidraget med nye løsningsmodeller til at tackle en svær situation. I hvert fald nævner én medarbejder at "man", dvs. formentlig hende selv, fik nogle ideer og input til motivationsarbejdet i form af, hvordan en svær situationen kan tackles, som hun slet ikke havde overvejet, mens en anden medarbejder nævner, at hun håber, at personen med casen fik noget ud af det.

Nye input til at løse svære situationer

Interviewer: Ja, hvordan oplevede i hele det der med, at Karen [en medarbejder] også kom op på scenen og skulle spille og sådan. Hvordan fungerede det?

Nye input til at løse svære situationer

Aktivitetsmedarbejder (pædagog): Det gør jo det hele meget virkeligt. Det gjorde det hvert fald for mig. Det gør det hele meget virkeligt. Den måde hun [Karen] greb det an på, og så havde Bent [en medarbejder, der kom op kort efter] en anden måde at gribe det an på. Det var meget fint, at han gik ind. Og så kommer der én ind, og så griber det an på en anden måde. Man kan se, hvor mange veje ind der kan være. Og det kan man lige præcis i sådan et forum dér, hvor man får lys på det. Så får man den der refleksion, og man får udvidet det. Der er mange muligheder ved, at man har kollegaer, som har en anden idé og en anden indfaldsvinkel.

Misbrugsmedarbejder (assistent): Samt at man ikke skal være blank for at sige: ja, jeg er blank. Give nogle idéer eller... Selvom vi er uddannede og har hver vores erfaring med et eller andet, så er det helt okay at sige: "Der er ikke mere. Jeg har slet ikke nogle ideer" (...)

Aktivitetsmedarbejder (pædagog): Men nu spørger du [interviewer] lidt til, hvad det giver med den der udveksling [der foregår mellem kollegaerne ved den selvvalgte case]. Og det giver noget, fordi at det giver nogle ideer. Altså det giver noget, som man overhovedet slet ikke havde tænkt på.

Misbrugsmedarbejder (assistent): Ja, for der kan jo sidde nogen med en hel anden erfaring eller nogen, som har prøvet noget helt andet. Som Bent, han prøvede noget helt andet [Bent valgte i den spillede situation at gøre noget helt andet end den første person, der var oppe]. Jeg tror, du kan køre sur i det [motivationsarbejdet], eller der er nogle ting, du ikke kan se, fordi at du har selv en vej, du vil gå. Så jeg håber da, at hun har fået noget ud af det, for man har jo helt ondt i maven af det dér med den dreng dér. (Kommune A)

Andre medarbejdere udtrykker dog mindre begejstring for den selvvalgte case og udtrykker derimod den sårbarhed, der også kan være forbundet med, at medarbejderne selv vælger en case. De fremhæver fx, at det mest var dem, som havde valgt casen, der fik noget ud af det, og at den udvalgte case ikke nødvendigvis var mere nærværende for dem end casen med Jan. I en kommune udtrykker de medarbejdere, som fik lov at vælge en case og siden involveret som aktører i skuespillet, ligeledes en ambivalent holdning til, hvorvidt de har fået noget ud af det eller ej, jf. følgende citat:

Grænseoverskridende når "autenticiteten" mistes

Botilbudsmedarbejder 1 (assistent): Jeg syntes jo lidt, at de kørte lidt med mig. Og på et tidspunkt havde jeg lidt svært ved... der var vi helt ude i noget med, at så kunne det fandeme være lige meget, altså beboeren. Altså han ville ikke styres og kontrolleres, og så var vi helt ude i noget med død og brand, og så kom der en anden på, som gerne ville prøve det dér med død og brand. Der tænkte jeg: "Så går den meget langt, ikke"... Den anden person fik så lov til at gå ind og lave bål og brand.

Botilbudsmedarbejder 2 (assistent): Men også fordi, at vi kendte beboeren. Så vi havde jo et andet billede, end dem, der ikke kendte ham. Så er det svært at være i den rolle, når man kender beboeren. Så vil man jo helst være, som beboeren er. [...]

Botilbudsmedarbejder 3 (assistent): Jeg tænker også lidt, at det bliver rigtig rigtig svært. Én ting er at melde sig til at være med i et skuespil med en rolle...

Botilbudsmedarbejder 1 (assistent): Jeg meldte mig ikke, jeg blev taget [griner].

Botilbudsmedarbejder 3 (assistent): Okay, du blev taget! Men med en beboer, som man kender, og man ved udfaldet, og hvad man kan forvente, og så bliver man sådan hævet op til et skuespil, og så skal man pludselig agere i et eller andet, som man overhovedet ikke aner, hvor ender henne, fordi så bliver situationen og den borger, som man troede, man skulle sidde over for, bliver pludselig til en anden person, og så kan det godt blive grænseoverskridende. Hvis nu de ligesom havde kendt borgeren eller havde kendt lidt mere omkring, hvad kunne skuespillet have handlet om, sådan så man ikke træder over vores grænser, når vi kommer op som uprofessionelle skuespillere. Det tror jeg, fordi så bliver det sådan: 'Hvordan fanden skal du reagere?' (Kommune C1)

Disse medarbejdere fokuserer på, at det er en udfordring i sig selv at skulle spille skuespil, når man ikke er uddannet til det. Derudover er det en udfordring ved de selvvalgte cases, at skuespillerne skal spille en situation, hvor skuespillerne ikke har kendskab til borgeren. Det sidste kan nemlig blive en "grænseoverskridende" oplevelse, fordi medarbejderne i den aktuelle situation ikke har oplevet, at skuespillerne spillede borgeren på en autentisk måde. På samme måde har de også oplevet, at de forslag, deres kollegaer kom med (fx flytte ting fra borgeren), bar bræg af, at de ikke kendte borgeren, og det – uddyber en medarbejder senere i interviewet – skabte en akavet situation, fordi det var svært at melde tilbage til kollegaerne, at hun ikke kunne bruge forslagene. Hun fremhæver dog også selv, at der også er nogle af de andres kommentarer, hun kunne bruge.

Indsigt i vigtigheden af bisidderrollen

Som beskrevet i afsnittet om Dilemmaspil 2 var læringsmålet at give medarbejderne større indsigt i egen rolle i at sikre et godt møde, fx som bisidder. Afslutningsvis i Dilemmaspil 2 indbydes deltagerne som led i dette mål til – ligesom i Dilemmaspil 1 – at gå med op på "scenen" og agere bisidder for Jan, altså tage del i situationen foran resten af publikum. Uddraget nedenfor viser den interaktion, der foregår mellem deltagere, facilitator og skuespillere under scenen:

Eksempel på medarbejdernes varetagelse af bisidderrollen hos lægen

Facilitator [efter Dilemmaspil 2 er afsluttet]: Kan I se at I er vigtige? Synes I ikke, Jan kunne få brug for en bisidder? Hvem vil prøve. Vi kan lege, vi behøver ikke spille hele scenen. Kom nu venner! [ingen vil op og spille]. Vi skaber bare et rum. Den, der kunne have en lille lyst, kunne give en gave til rummet. [En deltager, "Grete", melder sig og går op på scenen og står sammen med skuespillerne, der spiller henholdsvis Jan og lægen]. I skal forestille jer at det er jer, der sidder heroppe. Det kan være lidt ubehageligt. I skal støtte, ikke finde fejl.

[Så begynder skuespillerspillet. Det starter med, at Jan og medarbejderen kommer ind af døren og sætter sig, lægen spørger ind til Jan, men Jan har svært ved at svare]. Medarbejderen Grete siger så: "Du kigger på mig, skal jeg overtage lidt. Vil du gerne have jeg overtager lidt over?". Så forklarer Grete, at Jan gerne vil have tjekket op på sin KOL. Lægen spørger om noget. Jan svarer ikke. "Hørte du det Jan?", spørger Grete. "Nej", siger han. "Kan du sige det igen", spørger hun lægen. "Ryger du", spørger lægen, og Jan svarer: "Ja". Lægen fremhæver, at det nok ville være godt med et rygestopkursus. Grete spørger Jan: "Skal vi prøve at fortælle lægen, hvorfor vi er her i dag. Har du ondt nogle steder?" "Ja", siger Jan. Grete hjælper ham på vej: "Du hoster, og du kunne godt tænke dig at få tjekket det ikke?". "Ja", svarer Jan. "Hvad med din skizofreni-medicin?", spørger Lægen. Grete siger: "Tænker du kan tale med psykiateren om det, ikke Jan?"

Facilitator: Jeg stopper jer lige her. Det er tydeligt at se, at Grete hjælper Jan her. Og jeg vil gerne høre jeres kommenter, ikke hvad der kan gøre anderledes eller bedre. Hvad får i øje på i forhold til jeres egen praksis?

Deltager: Lægen taler henover Jan.

Facilitator: Er det noget I kender til?

[Mange svarer: Ja]

Facilitator: Hvad gør I den situation?

Deltager: Jeg kigger på borgeren, så lægen også gør det.

Deltager: Jeg er kun med til at hjælpe borgeren her. Så jeg med det samme siger: Det handler ikke om mig.

Facilitator: Hvorfor taler lægen til jer?

Deltager: De kan hurtigt få nogle svar af os, men problemet er, at de mister borgeren undervejs. Her kan jeg få feedback bare på øjenkontakt.

Eksempel på medarbejdernes varetagelse af bisidderrollen hos lægen

Facilitator: Hvordan har du det Jesper (henvendt til skuespilleren)

Jesper: Jeg har det ikke så godt. Dejligt med en skulder.

Facilitator: Hvordan har du det det – spørger medarbejderen?

Medarbejderen (der har ageret hjemmevejleder): Jeg har at gøre med en læge, der sidder og kigger over mig –

Facilitator: Du blev også lidt skarp – jeg er også fra kommunen – er det noget, du bruger?

Medarbejder: Ja. (Observationsnoter fra arrangement i Kommune B)

I casen illustreres, at medarbejderen, som melder sig til at agere bisidder for Jan, gør meget ud af, at lægen skal tale til Jan og ikke til hende. Jans problematik bliver italesat gennem, at medarbejderne er bisiddere, og facilitatoren bekræfter, at det er en hjælp for Jan, at hun er med. Facilitatoren spørger også ud i plenum, hvorfor lægen taler til dem og ikke til borgeren, hvortil en deltager svarer, at lægen har lettere ved at kommunikere med medarbejderen og derfor ofte ikke henvender sig direkte til borgeren.

Fokusgrupperne illustrerer, at flere medarbejdere har taget problematikken til sig, netop fordi de har set bisidderrollen udspringende i situationen i salen. I eksemplet nedenfor beskriver medarbejderne fra Kommune C2, at de gennem spillet er blevet bekræftet i vigtigheden i at deltage som bisiddere for de dårligste borgere, hvor det motiverende arbejde forud for en lægesamtale ikke er tilstrækkeligt, men at de i stedet skal til at agere bisiddere mere end de gør nu:

Øget bevidsthed om vigtigheden af bisidderrollen i lægekonsultationen

Hjemmevejleder (socialrådgiver): Jeg synes faktisk også, at i forhold til det, at vi på det hold, hvor jeg var, vi blev ligesom bekræftet i vigtigheden af i forhold til de tungeste og dårligste brogere, at vi er med dem [som bisiddere]. Altså at man ikke bare lader dem være alene. At der skal tage én med. Men det var ligesom det, der kom ud af én af de snakke, vi havde. At det er dét, der skal til. For vi kan godt sidde og motivere dem til at sige: "du skal det og det og det", men der er bare nogle, der er så tunge, at det formår de ikke. og der er det, at vi selvfølgelig spørger dem om lov til at tale på deres vegne, hvor vi sætter hælen i og snakker for dem.

Hjemmevejleder (assistent): [...] Nu er læger også forskellige, men det her med, at det her er en psykiatri-borger. Det er nok et eller andet. Men holde fast i den dér med, at der skal hjælp nok. Og det er det, jeg mener, at det er det virkelig en støtte, at vi er med, fordi ellers ville de bare blive fejede ned under bordet. De ville aldrig blive undersøgt, de lunger.

Hjemmevejleder (ergoterapeut): Det siger de i øvrigt også tit: Jamen hvis ikke du havde været med, så var jeg blevet vist ud igen, eller også havde han ikke hørt på mig. Rigtig tit. Så var der blevet talt anderledes.

Hjemmevejleder (assistent): Det siger de jo også: De taler anderledes til mig, når du er med. (Kommune C2)

I fokusgruppen i Kommune C2 er medarbejderne enige om, at scenen med bisidderen har gjort dem opmærksomme på, at der er et behov for, at de er bisiddere ved lægekonsultationen hos de dårligste borgere, hvor det er en støtte, at medarbejderne deltager i konsultationen, idet borgeren ellers ikke ville blive tilset for sine fysiske symptomer. Derudover nævnes det i den sidste del af citatet, at

borgerne ofte selv italesætter, at lægen ikke lytter til dem, hvis medarbejderen ikke havde deltaget i samtalen – eller sågar vist ud igen, og den ene medarbejder nævner, at borgerne fortæller, at 'de' – ment som lægerne – taler anerledes til borgeren, når medarbejderne er med. Inddragelsen af medarbejderen som bisidder skaber en lignende refleksion i en fokusgruppe i Kommune C3. Her understreger medarbejderne, at deres borgere ofte føler sig respekteret af lægen, men at en del af deres borgere, særligt dem med en misbrugsproblematik, kan have en oplevelse af, at lægen skifter adfærd og attitude, når en kontaktperson er med borgeren til læge:

Indblik i konsultationen set fra borgerens perspektiv

Botilbudsmedarbejder (assistent): Når jeg har været med til lægen, synes jeg egentlig bare, at de blev set og respekteret. Men jeg kan godt se [efter dilemmasplet], at borgerne ikke har følt det. Det er oftest dem, der har haft noget misbrug inde over, som ikke føler, at de er blevet forstået af lægen, ikke?

Botilbudsmedarbejder (pædagog): Lige præcis.

Interviewer: Nå, det er da interessant?

Botilbudsmedarbejder (assistent): Det er, fordi de gerne vil have noget medicin, de ikke kan få, hvis de har misbrugt det. Så føler de sig selvfølgelig ikke forstået af dem.

Botilbudsmedarbejder (pædagog): Men afspejler det ikke også sig i forhold til, hvordan konsultationen foregår, når det kun er en borger og lægen, og når der så er en støttepædagog, skulle jeg til at sige (smågriner), en bisidder med? Det kan både være misbrugere, altså den oplevelse de har af situationen, frem for når de rent faktisk har en bisidder med, hvordan lægen rent faktisk kan ændre attitude og adfærd over for borgeren. Og der tænker jeg, at det fuldstændig samme er gældende for misbrugere. Hvis en misbruger sidder oppe hos lægen til, at der faktisk er en kontaktperson, der er med, der tænker jeg også, at lægen skifter 100 procent adfærd, ikke? – fordi der sidder en fagperson også og er med. (Kommune C3)

I Kommune B, hvor medarbejderne i fokusgruppen primært arbejder som aktivitetsmedarbejdere, har dilemmasplet om bisidderrollen ligeledes givet anledning til refleksion over deres egen kerneopgave, som normalt ikke indebærer at tage med borgeren til lægen:

Refleksion over egen praksis: Hvorfor tager vi ikke med?

B: Men jeg kunne godt få den følelse, at jeg hele kom til at tænke tilbage i fortiden, hvor jeg var støttekontaktperson. Så det var heller ikke sådan lige spot on i forhold til at være i [nævner navn på værested]. Men det gav jo så en anden refleksion, nemlig den, at hvad er det egentlig, der gør, at vi går ude i de huse og ikke synes, at vi engang imellem kan gå med en borger til lægen eller noget, fordi det er italesat mange gange, at det er sådan noget, vi bare ikke gør, men der kan jo være engang imellem, hvor det kunne være en virkelig god idé. At have så rigide regler, som faktisk gør, at man egentlig ikke gør det, et almindeligt menneske ville gøre, hvis de stod over for én, der ikke selv kunne bede om hjælp hos en læge. Det, synes jeg da, er tankevækkende, at man laver sådan nogle regler, der siger: jamen det gør vi bare ikke her.

I: Mmmm..., den ligger hos en anden.

B: Den ligger hos en anden. Det er meget kommunalt, ikke.

I: Jo, jo. Og på den måde har det faktisk skabt noget refleksion.

B: Ja. Hvorfor har vi konstrueret os på den måde?

I: Ja. Det er sådan lidt silo.

B: Ja. (Kommune B)

Ændring af praksis: Om at gå mere med til lægen og sætte bisidderrollen på dagsorden

For nogle af medarbejderne har det at se situationen med bisidderen hos lægen skabt konkrete ændringer af deres praksis, hvor de har handlet anderledes. En medarbejder i Kommune A giver i fokusgruppen et eksempel på en borger med udviklingshæmning og psykisk diagnose, som hun har været meget bekymret for – netop fordi hun godt er klar over, at hans læge ikke lytter til ham. I følgende citat beskriver medarbejderen, at situationen fra dilemmaspelet har fået hende til at insistere på, at hun skulle gå med ham til lægen, så han kunne få taget blodprøver:

Øget fokus på at komme med som bisidder

Aktivitetsmedarbejder (pædagog): Efterfølgende har jeg virkelig brugt det... Det har været virkelig klart for mig, fordi jeg har en borger, som både er lidt udviklingshæmmet, har en psykisk diagnose, og han har også nogle fysiske ting, som jeg har været meget bekymret for undervejs. Han bliver ikke lyttet til hos sin læge... Den der situation, hvor der kommer en borger ind hos lægen, og lægen slet ikke lytter. Så til sidst insisterede jeg på, at jeg skulle med til lægen, for nu ville jeg høre: Hvad er det for noget. Hvorfor ligger du og sover hele tiden, hvorfor spiser du ikke, og hvorfor er du så træt, og hvad er det, du siger med de blodprøver, for han kan ikke selv forklare sig. Så gav han mig til sidst lov til at gå med til lægen, og lægen lyttede ikke... Det er ikke noget livstruende, men det er noget, der er meget generende for ham. Hun lyttede ikke til ham [...]. (Kommune A)

Medarbejderen forklarer også i forlængelse af citatet, at problemstillingen omkring borgeren også handlede om, at han ikke selv er i stand til at forklare de beskeder, han fik fra lægen. Medarbejderen var derfor ikke i stand til at følge op på borgerens lægebesøg, og efter hun har været med borgeren til lægen kunne hun selv opleve, at lægen ikke lyttede.

I Kommune A har scenen med bisidderen hos lægen netop tydeliggjort medarbejdernes rolle som bindeled mellem patienten/borgeren og sundhedssystemet. En medarbejder forklarer i det følgende citat, hvordan hun oplever, at scenen har tydeliggjort medarbejdernes rolle i forhold til at formidle viden og kommunikation mellem læge og borger:

Tydeliggør rollen som bindeled og kommunikator på borgerens vegne

Aktivitetsmedarbejder (socialpædagog): Det tydeliggør det jo også, hvor vigtig en rolle vi har i den kommunikation eller mangel på kommunikation mellem en patient og sundhedssystemet, hvor det er os, som måske egentlig skal formidle eller sådan være bindeleddet. Og så tænker jeg også, at noget af det, som vi også skal være opmærksomme på også, det er, når der bliver lavet de her handleplaner, så hjælpe med at få tydeliggjort behovet for, at det her med sundhed kommer med ind over en handleplan. Jeg har jo fx borgere, hvor der decideret i handleplanen står: kontakt og besøg ved læge/sygehus. Hvor man kan sige: Jamen det er jo en del af tilbuddet. Altså vejledningen. Guidningen. Det er, at man er med. Så er det tydeliggjort. Vi har jo borgere, hvor det overhovedet ikke er nævnt, hvor man så står i det der dilemma, men det er faktisk rigtig vigtigt for borgeren, at man er inde over. At man også får det tydeliggjort for sagsbehandlerne. At det er vigtigt for borgeren, at det bliver bevilget, fordi at vi skal bruge tid på det. (Kommune A)

I citatet beskriver medarbejderen også en anden tidligere omtalt problematik, netop at det at være bisidder eller gå med borgeren til lægen kan være en tydelig del af en handleplan for én borger, mens sundhedsfokus i handleplaner for andre borgere ikke er nævnt. Derfor oplever hun, at der er afsat særlig tid til at være bisidder for nogle af borgerne, der har dette element som en del af deres handleplan, mens det kan være svært at tage med til lægen, fordi der ikke er bevilget ressourcer til, at medarbejderne konkret kan tage denne opgave i relation til nogle af deres borgere.

Medarbejderen forklarer, at hun og nogle af hendes kollegaer i Kommune A efter arrangementet tog initiativ til at gøre ledelsen opmærksom på, at der er et behov for at sætte bisidderrollen på dagsordenen og også involvere myndighedsleddet, sådan at det ikke kun er muligt at være bisidder for borgere, som har dette som en tydeligt beskrevet del af deres handleplan.

I citatet nedenfor beskriver én af medarbejderne et konkret borgereksempel med en ældre kvinde, der efter et alvorligt sygdomsforløb har brug for aflastning af pårørende og for, at en fagperson går ind og støtter i forhold til deltagelse i lægekonsultationer. Her har medarbejderen selv taget initiativ til at tage det op på et visitationsmøde med myndigheden, således at borgeren kan visiteres til denne form for støtte også, da medarbejderen ser et tydeligt behov:

Medarbejderne sætter en ny dagsorden

Interviewer: Har i nogle eksempler på, hvordan I eventuelt har brugt det på den ene eller den anden måde?

Aktivitets- og støttemedarbejder (socialpædagog): Det har jeg, fordi jeg helt konkret har en borger, som er en ældre dame, der efter et voldsomt sygdomsforløb for halvandet år siden egentlig er – hvad skal man sige – er blevet svag både fysisk og psykisk efter det... Så har Jeg observeret en adfærd, som gør, at det bliver ret problematisk. [...] Og I forhold til hende og en kæreste hun har. Der har jeg så tænkt, at nu bliver jeg nødt til at tage det op på visitationsmøde, at der skal sættes noget aflastning ind, så den her kæreste ikke skal tage sig af så mange af de somatiske ting, fordi der sker en masse uheldige ting i forhold til deres forhold. Der bliver vi nødt til, synes jeg, som det offentlige at gå ind og aflaste. Det er jo ikke noget, jeg lige kan bestemme, men jeg kan tage problematikken op i myndigheden, som så kan beslutte, at der bliver lavet et nyt handlingsplansmøde, hvor der så er en ny situation, som skal belyses. Og det kan man jo sige, at det er jo blevet endnu mere tydeligt for mig. Især det dér med den der måde: Hvordan er det, man kommer ind til lægen. Med hvilken adfærd kommer man ind til lægen? Og der kender jeg den adfærd, der efterhånden er ret fremtræden – den negative adfærd. Og det er i hvert fald dér, at det kan være svært at håndtere for en pårørende. At skulle være bindeleddet. Dé vil jeg som fagperson kunne gøre måske et godt stykke arbejde. Dé tænker jeg lige, at det har jeg i hvert fald sat i værk. (Kommune A).

Medarbejderen har altså iværksat, at der laves et handleplanmøde for at belyse den nye situation, hvor en pårørende påtager sig en stor del af ansvaret for borgerens somatiske tilstand, hvilket ifølge medarbejderen resulterer i en uhensigtsmæssig dynamik, når borgeren går til lægen med en pårørende. Her mener hun, at hun som fagperson er klædt bedre på til at agere bindeled hos lægen.

Ikke praksisændringer, men et lille skub

En del medarbejdere fx i C1 omtaler, at de allerede oplever, at der er gode rammer for, at de kan gå med borgeren til lægen i de tilbud, de er tilknyttet, og derfor ikke har givet anledning til praksisændringer. Disse medarbejdere fremhæver dog, at situationen med bisidderrollen har bekræftet, at det er legitimt at tage med, og at de skal huske at prioritere det i deres hverdag. En medarbejder nævner i forlængelse af dette, at situationen på den måde "ubevidst" har givet dem et "skub" i forhold til at huske at gå med til lægen.

4.3.5 Opsamling

Evalueringen viser, at medarbejdernes reaktioner på dilemmaspillene overvejende har været positive. Region Sjællands spørgeskemaundersøgelse viser, at næsten alle de adspurgte deltagere lige efter arrangementet oplevede, at dilemmaspillene var relevante. I forlængelse heraf understreger de interviewede medarbejdere ligeledes, at dilemmaspillene er den aktivitet i arrangementet, som medarbejderne er mest tilfredse med, bedst kan huske og finder mest brugbar.

Medarbejderne oplever generelt, at dilemmaspillene har bevirket, at de har følt sig underholdt og engageret. Nogle medarbejdere tillægger netop denne positive oplevelse af aktiviteten direkte til det tiltænkte virkemiddel, nemlig at deres krop og følelser er blevet aktiveret og stimuleret via dilemmaspillene frem for udelukkende deres intellekt. Evalueringen viser imidlertid, at det, at medarbejderne har føler sig underholdt af skuespillet, ikke nødvendigvis er et tegn på, at det har virket efter hensigten.

Analysen af de interviewede medarbejders oplevelser viser, at der er forskel på, om medarbejderne har fundet de refleksioner, som dilemmaspillene har skabt, brugbare i forhold til deres egen praksis. Helt overordnet er det tydeligt, at de, der har kunnet identificere sig med og genkende de situationer (som matcher deres arbejdsituationer på henholdsvis aktivitetstilbud, botilbud og bostøttetilbud) og karakterer (som matcher deres borgere), der er blevet spillet, har oplevet den største brugbarhed af dilemmaspillet. Det vil sige, at de, der har oplevet dilemmaspillene mest brugbare, er de personer, der har arbejdet som hjemmevejledere med voksne borgere eller har kunnet fokusere på, at motivationsarbejde og somatiske problemstillinger (ikke kun KOL specifikt) er et gennemgående tema for alle medarbejdere, der arbejder i socialpsykiatrien.

Nedenfor er en samlet liste over den læring og de indsigter som medarbejdere, der har fundet dilemmaspillene brugbare, peger på:

- Refleksion over de barrierer, der er for at motivere borgerne til at gå til læge
- Refleksion over de etiske dilemmaer, der er forbundet med at få borgeren til læge
- Refleksion over det motiverende arbejdes store betydning, og hvor vanskeligt det er
- Indsigt i, hvordan der kan være flere ideer og input til at løse en situation – og værdien af dette
- Indsigt i borgernes oplevelse af at gå til lægen
- Indblik i, hvordan somatiske problemstillinger kan overses ved lægen/af medarbejderne selv
- Indsigt i lægens adfærd i konsultationen, primært den negative, men også i dennes udfordringer
- Indsigt i vigtigheden af bisidderrollen.

Disse refleksioner og indsigter er i overensstemmelse med de ønskede læringsmål. Det er dog vanskeligt at få overblik over, hvor udbredte indsigterne er, og hvor meget de er blevet omsat i dialogen med borgeren. Udtalelser på tværs af medarbejderne viser dog, at nogle medarbejdere har ændret adfærd efter arrangementet ved, at:

- hovedparten har større fokus og opmærksomhed på at fastholde det somatiske i dialogen med borgeren og i lægekonsultationen
- flere går mere med til læge end de ellers ville have gjort
- flere har krævet, at vigtigheden af bisidderrollen bliver sat på dagsordenen og i øget omfang bliver beskrevet i borgernes handlingsplaner.

Det er vigtigt at nævne, at de ovenstående lister er udtryk for bredden i den virkning, som aktiviteten har genereret, og ikke omfanget af virkningen. Mens omfanget af øget refleksion og indsigt er rimeligt udbredt blandt de interviewede medarbejdere, er omfanget af adfærdsmæssige ændringer begrænset til enkelte eksempler, hvor nogle er meget individ-orienteret ("jeg har et større fokus"), mens andre er mere kollektivt orienteret ("vi forsøger at sætte en ny dagsorden i kommunen").

Helt overordnet kan man altså sige, at Dilemaspil 1 og 2 rummer mulighed for, at de ønskede læringsmål opnås, men at det meget afhænger af det enkelte individ, hvorvidt læringsmålene bliver integreret i medarbejdernes bevidsthed og praksis. Afsnittet viser dog også, at dilemmaspillene har

skabt nogle uforudsete virkninger. Her tænkes særligt på den vrede, der rettes mod lægerne ved nogle af arrangementerne. Vreden skaber en kompleksitet, for på den ene side giver den anledning til, at medarbejderne indser deres vigtige rolle i bisidderrollen, mens den på den anden side kan skabe en barriere i forhold til det langsigtede ønske om at nedbryde barrierer og forbedre samarbejdet mellem det somatiske og det psykiske område. Dette tema vender vi tilbage til i kapitel 7.

4.4 Gruppeøvelser

Til arrangementet var der som allerede omtalt en del gruppeøvelser og dialog under hele forløbet. Gruppeøvelser og dialog havde som beskrevet i afsnit 1.4.2 til formål at skabe refleksion blandt medarbejderne ved a) at aktivere og involvere medarbejderne og b) at gøre problemstillingen nærværende og 'lokal'. Virkningen af den løbende involvering af medarbejderne er allerede blevet omtalt i afsnit 4.3. Derfor fokuserer dette afsnit på medarbejdernes oplevelse af det, man kan kalde de mere formelle gruppeøvelser. Disse øvelser betød i, at deltagerne i smågrupper af 2-4 medarbejdere blev sat til at diskutere bestemte spørgsmål stillet af indsatssteamet og herefter blev inviteret til at dele dem i plenum, nemlig følgende spørgsmål:

I forbindelse med introduktionen:

- Hvilke erfaringer har I med at opdage symptomer på fysisk sygdom?
- Hvilke erfaringer har I med at overse fysiske symptomer?

I forbindelse med oplægget:

- Er der nogle barrierer [i forhold til at gå til lægen, som er blevet gennemgået i oplægget], som I genkender hos jeres borgere?
- Hvordan hjælper I borgerne i forhold til de særlige barrierer, som I ser, at de har?

I forlængelse af Dilemmaspil 1

- Hvornår bliver I udfordret i forhold til at opdage og tale om fysiske forandringer med borgerne?
- Hvornår bliver I udfordret i forhold til at motivere borgere til at gå til lægen?

4.4.1 Reaktioner på øvelserne

Generelt viser evaluators observationer af tre arrangementer, at de formelle gruppeøvelser satte gang i snakken blandt deltagerne. Medarbejderne så ud til at tage spørgsmålene til sig og at diskutere dem koncentreret med deres kollegaer. Ofte blev der benyttet kropssprog – forskellige armbevægelser, ansigter, anerkendende nik og betænksomme hoveder på skrå, når medarbejderne diskuterede spørgsmålene med hinanden. Generelt er evaluators oplevelse desuden, at medarbejderne ved alle de observerede arrangementer var villige til at komme med kommentarer og dele deres historier, inkl. deres "fiasko-" eller lærerige historier, hvor de havde overset et symptom, i plenum. Samtidig oplevede evaluator, at nogle deltagere ved arrangementerne var mere aktive i rummet end andre – et faktum, som indsatssteamet dog virkede meget bevidste om. For eksempel forsøgte facilitator ved arrangementerne gennem forskellige kneb at give de "tavse" deltagere en stemme, eksempelvis ved at bede alle i salen række hånden op, hvis de kunne spejle sig i en medarbejders historie. Dette er illustreret nedenfor i en observationsnote, der stammer fra arrangementet i Kommune C.

Om at "aktivere" det bredere deltagerfelt ved arrangementerne

Facilitator: Okay mine damer og herrer. Er der nogle, der vil dele erfaringer eller refleksioner [vedrørende teamet om at overse symptomer]?

Deltager 1: Vi havde en borger i bofælleskab, som klagede over ondt i ryggen, og at hun var træt. Men der gik alt for længe, før vi reagerede på det, og hun havde kræft.

Deltager 2: Det handler også om, at der rigtig tit er noget med hende. Hun var lidt hypokonder. Hun skulle hele tiden have opmærksomhed.

Facilitator: Hvor mange kan spejle jer i den her oplevelse? [Håndsoprækning. Mange deltagere rækker hånden op].

Deltager 3: Jeg har en borger, som har et alkoholmisbrug. Ser slidt og usoigneret ud. Og jeg kommer en dag, og han siger, han har det skidt, men sidder med sin øl og vodka, og jeg har svært ved at se, om det er alkohol, eller han reelt er dårlig. Er det det ene eller det andet.

Facilitator: Det, I siger, det er, at det kræver meget af jer. Er det det ene eller det andet, og hvad skal man handle på? Misbrug kan fx sløre. (Observation fra arrangementet i Kommune A)

Et par af de interviewede medarbejdere fremhæver således også selv, at graden af aktivering ikke nødvendigvis kan måles i, om medarbejderne sagde noget på arrangementet eller ej, fordi – som en medarbejder fra C3 fremhæver – medarbejderne er meget forskellige; "nogle har brug for at ytre deres mening, mens andre mere har brug for at reflektere i deres eget hoved". Alligvel viser eksempler på medarbejdernes ytringer i Tabel 4.1, at nogle medarbejdere følte sig mere aktivert end andre. Tabellen viser desuden, at medarbejdernes reaktioner udgjorde et spænd mellem nogle medarbejdere, der udtrykte, at gruppeøvelserne havde været et været et vigtigt middel til at sikre, at de følte sig trygge, involverede og aktiverede i arrangementet, mens andre foreslog, at gruppeøvelserne skulle droppes og havde følt, at det kun var "Tordensskjolds soldater" (som altid ytrer sig), der fik plads til at sige noget.

Tabel 4.1 Forskellige reaktioner på gruppearbejdet

Om at føle sig ekskluderet i øvelserne	Om at føle sig involveret via øvelserne
<p><i>Botilbudsmedarbejder 1 (assistent): Drop gruppearbejdet.</i></p> <p><i>Botilbudsmedarbejder 2 (assistent): Ja. Gruppearbejdet var måske sådan lidt. Eller hvis man er sammen med sine egne, ville det være helt perfekt, men ellers ja. Drop gruppearbejdet (Kommune C1).</i></p> <p><i>Botilbudsmedarbejder (assistent): De smed os nærmest bare i en rundkreds og sagde 'Rejs jer op alle sammen og stil jer over til nogle, I ikke kender', og så blev der stillet et spørgsmål op i luften, og så stod man sådan bare lige og snakkede lidt om det. Jeg tror, man fik en 2-3 minutter til lige at vende det dér, og så var det lige, som om at så blev der spurgt ud i rummet. Der var altid én, der altid havde noget at sige, og det var ligesom de samme, der havde noget at sige hver gang, og så blev der bare lyttet til det, og så var det ligesom at så gik de 10 minutter-et kvarter af den seance, og så fik vi lov at sætte os ned igen, ikke? (Kommune C3)</i></p>	<p><i>Aktivitetsmedarbejder (pædagog): Det [gruppeøvelserne] er jo altid en god måde at starte, fordi så får man ligesom løsnest op i det hele. Altså både én selv og de andre, og man selv er en del af det her foredrag her, at man ikke bare skal sidde ned og så lytte fra start til slut, men at man selv kan komme med nogle erfaringer eller have noget med i bagagen. (Kommune B)</i></p> <p><i>Hjemmevejleder (socialrådgiver): Ja. Det synes jeg faktisk også [at der var et trygt rum for involvering]. Og så det der med, at man var to og to, der havde snakket sammen, og så skulle man sige højt, hvad vi var kommet frem til, så man ikke bare stod alene og skulle sige: 'Jeg tænker sådan og sådan', men at man lige havde diskuteret med en anden. Det gør jo også, at dem, der måske kan have svært ved at snakke foran mange, de nemmere kan få det sagt, for det er da sådan lidt, altså jeg ved ikke hvor mange vi var på holdet. Hvad er man 20 eller sådan noget. Og så står man der og skal sige ... (Kommune C2)</i></p>

4.4.2 Øget refleksion? Læring og praksisændringer i forlængelse af øvelserne

De forskellige både negative og positive reaktioner på gruppeøvelserne præger også målet om at skabe øget refleksion via gruppeøvelserne.

Oplevelsen af øget opmærksomhed på egen praksis og problemstillingen deler vandene

En af kerneideerne med at lave gruppeøvelserne var, at de skulle skabe refleksion blandt medarbejderne, fordi de skulle bringe medarbejdernes egne eksempler i spil og dermed aktivere dem og gøre problemstillingen lokal og nærværende. Som følgende diskussion blandt medarbejderne ved et fokusgruppe viser, har det i høj grad påvirket medarbejdernes mulighed for refleksion, hvor nemt eller vanskeligt de havde ved at identificere et konkret eksempel, som det var muligt at diskutere ved gruppeøvelserne.

Konteksten afgør, om man kan relatere til egen praksis: 'Jeg synes, det var svært'

Misbrugsmedarbejder (assistent): Der var også det her med, at vi skulle stå to og to sammen og sige nogle ting, og dét var dælele svært.

Interviewer: Ja?

Misbrugsmedarbejder (assistent): Vi havde nemlig lidt svært ved... fordi så stod vi der, og så kom vi til at snakke om, at man faktisk ikke tænker over det, fordi det er noget, man gør. Det ligger i én. Så da vi skulle stå og sætte ord på... Det havde vi faktisk lidt svært ved, fordi vi gør det bare...

Aktivitetsmedarbejder (socialpædagog): Jeg synes ikke, det var svært, men nu havde jeg jo også et glimrende eksempel selv.

Aktivitetsmedarbejder (pædagog): Ja, fordi hvis jeg først begyndte sådan at stå og snakke om det, og nårh ja. Så var der jo egentlig også... Men det var ikke sådan, at man bare lige braste ud med noget. (...)

Misbrugsmedarbejder (assistent): Jeg synes bare, at de andre havde noget mere at byde ind med, fordi de [aktivitetsmedarbejderne] kender borgerne på en anden måde, end vi gør. Altså jeg kender borgerne på den måde, at de kommer ind, får medicin og så ud igen. Jeg ved også godt, at så snakker vi selvfølgelig med lægen nogle gange og sådan nogle ting. Men vi følger dem nok på en anden måde, selvom vi er nok deres eneste støtte på mange områder derude, ikke. Fordi de har jo ikke så mange at snakke med, og mange vil ikke gå til lægen, fordi der er... ja. Der har da også været nogle, hvor der har været én med til lægen, hvis det sådan har været nogle mere alvorlige ting, men når ikke man her – jo halvandet år er jo også længe... Jeg synes bare, at de andre har et andet forhold... Så jeg synes, at de andre havde mere, de sådan kunne sige med ting, de havde oplevet eller – ja. (Kommune A)

Som det fremgår af citatet har nogle oplevet, at øvelserne har været nemme – særligt dem, der havde et relevant eksempel, mens andre – særligt dem, der ikke lige har kunnet finde et eksempel.

Andre af de medarbejdere, der også italesætter, at det var en svært at finde egne eksempler, fremhæver dog, at det var godt, at de blev "tvunget" til at lave disse øvelser. Fordi de – som en medarbejder fra Kommune A nævnte i tråd med hensigten med øvelserne – skabte et fokus, der gjorde hende bevidst om og opmærksom på nogle af de situationer, hun står over for i dagligdagen:

Egne eksempler skærper opmærksomhed mod situationer fra egen praksis

Aktivitetsmedarbejder (socialrådgiver): Jo, og der sker jo også noget, når man bliver tvunget i forhold til selv at sætte nogle ord på, selvom det er sådan lidt... Nå, skal vi nu stå og lave den leg igen. Jeg synes, at det er så tit efterhånden, at man bliver præsenteret for det, men der sker jo også noget. Man bliver mere bevidst og tænker meget mere over: Gud ja, hvad er det egentlig for nogle situationer. Er der noget, jeg har overset og sådan noget. Ja, altså på den måde, blev man jo væk fra hverdagen, og så bare fokuseret på det der ret hurtigt. (Kommune B)

For de medarbejdere, der havde nemt ved at finde eksempler, ser øvelserne dog i høj grad ud til at have genereret refleksion ved at gøre arrangementet mere lokalt og nærværende både for dem selv og deres gruppemedlemmer. I Kommune A beskriver en medarbejder fx, hvordan gruppeøvelserne gav anledning til, at de kunne bringe et eksempel op, hvor de havde overset et tegn på kræft.

Rum til at bearbejde traumatiserende oplevelser

Støtte- og aktivitetsmedarbejder (socialpædagog): Jeg jo også et glimrende eksempel selv, som vi i hvert fald også efterfølgende har snakket om og egentlig fået lidt bearbejdet i forhold til en borger, der døde af kræft på et tidspunkt. Og vi opdagede det faktisk så sent, og det var sgu sådan... voldsomt for én at have været en del af det rent fagligt. Vi gjorde selvfølgelig, hvad vi kunne, og det er ikke sådan.

Støtte- og aktivitetsmedarbejder (pædagog): Men vi overså faktisk nogle signaler, og det var det eksempel, vi alle sammen havde i vores lille gruppe. Vi kom alle sammen i tanke om det, fordi det havde gjort så stort indtryk på os, ikke.

Støtte- og aktivitetsmedarbejder (socialpædagog): Så på den måde havde vi faktisk noget, som vi har haft fat i efterfølgende, fordi vi var nødt til at tage den i gruppen, for at man ikke skulle gå og køre ned på det, fordi man syntes, at man havde gjort et dårligt stykke arbejde, eller fordi at man ikke havde gjort det godt nok... – så. Men altså, du arbejder også i en lidt anden afdeling [henvendt til J]. (Kommune A)

Nogle af medarbejderne beskriver således at målet om, at øvelserne skulle skabe mere refleksion om problemstillingen og gøre den lokal, er opnået, fordi de med øvelserne fik en platform til "bagudrettet" at reflektere over nogle situationer, de ikke nødvendigvis havde reflekteret over før.

Øget kendskab og kontekstualisering til den øvrige del af socialpsykiatrien

Der er også en række medarbejdere, der fremhæver, at øvelserne, og særligt det kendskab de skabte til de andre deltageres praksis, gav anledning til refleksion og læring på forskellige niveauer.

Medarbejdere fra C2 fremhæver, at det, at der var andre til stede ved arrangementerne, som de ikke kendte – og som varetog andre funktioner – gjorde, at deres opmærksomhed generelt blev skærpet. Denne pluralitet sikrede, dels at de var "mere på", som en medarbejder beskriver nedenfor, dels – som en række andre medarbejdere udfolder – at de blev bekræftet i at være en del af et større fællesskab, hvor deres kollegaer (fra eget og andre tilbud) også har nogle af de samme oplevelser med borgerne, som de selv har.

Forskellighed skaber fællesskab og øget bevidsthed og opmærksomhed

Hjemmevejleder (socialrådgiver): Og så skulle vi også lige gå ud i en rundkreds og snakke med folk, vi ikke havde snakket med før. Altså det gør, at éns opmærksomhed skærpes. Man er lidt mere på. (...)

Hjemmevejleder (assistent): [...] Og så igen en bekræftelse i, at det er jo det samme for os alle sammen. Det er ikke kun mig, der cykler rundt derude og tænker og har det sådan med borgerne i forhold til sygdom og hvad borgerne... altså, dem jeg snakkede med, det var sådan mærkeligt, man tænkte, det har vi nærmest ikke aftalt, at vi skal stå her. Men der er meget forståelse og enighed i det. Det blev vi bekræftet i. Det var da dejligt. (Kommune C2)

En af deres kollegaer forklarer i citatet nedenfor, hvordan dialogen har skabt udgangspunkt for praksis-ændringer i form af større dialog mellem medarbejderne på sigt:

Nu kan jeg bare gå hen til Bente

Hjemmevejleder (ergoterapeut): Ja, også bare det, at de andre sidder i nøjagtigt det samme, som jeg gør. Det er altså også bare meget sjovt. Fordi så husker man også, at nu kan jeg jo altid gå hen til Bente [anonymiseret navn]. Hun ved jo fuldstændig, hvordan det er. (Kommune C2)

En medarbejder i Kommune A fremhæver ligeledes i citatet nedenfor, at det kendskab, der er opstået i forbindelse med gruppeøvelserne, har været lærerigt, fordi det har givet anledning til deling af løsningsmodeller:

Anledning til at dele løsningsmodeller

Interviewer: Men det dér med at i kunne sidde med, at man også kunne sidde og diskutere lidt frem og tilbage i forhold til, hvad man egentlig kan gøre her. Hvordan fungerede det, synes I? At man også kunne høre de andres ideer til, hvad tænker I egentlig om det her?

Støtte- og aktivitetsmedarbejder (socialpædagog): Nogle af os har jo gjort nogle tiltag, som vi har delt med hinanden i forhold til nogle problematikker med nogle bestemte brogere, og det er jo rigtig godt at få det givet videre. Der var i hvert fald nogle af dem, jeg sad i gruppe med, som jeg ikke arbejder sammen med til daglig, der havde sådan en: "Gud en god idé". For eksempel kommer jeg hos en borger, som egentlig kunne have et lægebesøg hver uge. Fordi at hun er... det er... Altså det kan man sige, at det er sådan nogle, man kalder hypokondere, men det er noget, der er affødt af noget andet. Så vi har lavet sådan en aftale med lægen om, at i starten der kom hun hver fjerde uge med vejleder. Bare til sådan et tryghedsbesøg hos lægen. Nu rykkede vi det til hver sjette uge, og det fungerer rigtig godt. Og nu kører vi på hver ottende uge. Det giver en helt anden tryghed hos hende og en helt anden ro på, fordi hun ved, at hun skal til de her tryghedsbesøg, og vejleder er med, og hvis der er noget, så kan vi snakke om det dér. Det skal jo så ikke overskygge, at der kan komme nogle (flere ting?). Men det var der nogle, der synes, at det var en rigtig god idé med dem dér, som hele tiden har alle mulige ting. Og er de psykiske, er de somatiske – altså. Så derfor var det rigtig godt, at vi kom lidt på tværs i grupperne. (Kommune A)

Begrænsninger ved pluraliteten af deltagere: Risiko for at forskyde fokus

Som omtalt tidligere i evalueringen giver interviewene dog også et overordnet billede af, at pluraliteten blandt deltagerne ved arrangementerne både kan bidrage til og skabe barrierer for læring i medarbejdergruppen. På døgntilbuddet C1 fokuserer medarbejderne på den store diversitet, de har

oplevet ved arrangementet; særligt hæfter de sig mere ved, hvordan de selv adskiller sig fra de medarbejdere, der deltog fra henholdsvis et undervisningssted og et plejecenter

Nogle af medarbejdere fra C1 fremhæver, at pluraliteten var god, fordi den gav anledning til refleksion over de forskellige vilkår, som medarbejderne arbejder under, herunder både forskelle (og ligheder) i arbejdets karakter og arbejdsvilkårene. For eksempel fremhæver de, at de i gruppeøvelserne fik en god snak om, hvordan muligheden for at spotte kropsforandringer er forskellig på et plejecenter og i socialpsykiatrien, fordi medarbejderne har en forskellig "adgang" til kroppen både rent fysisk (fordi medarbejderne ikke i udgangspunktet hjælper beboerne i badesituationen) og mentalt (fordi medarbejderne ikke umiddelbart kan forvente, at beboerne giver udtryk for smerte m.m.). Derudover fremhæver de, at pluraliteten var interessant, fordi den skabte en større forståelse for de arbejdsvilkår, der arbejdes under, i form af "hænder" på henholdsvis de to typer arbejdspladser, men også i form af den store opgave, der ligger i motivationsarbejdet i socialpsykiatrien versus på plejecentrene. Pluraliteten har med andre ord betydet, at der blev skabt en refleksion hos nogle medarbejdere omkring kontekstens betydning for at adressere problemstillingen omkring kropsforandringer og at få borgerne til læge. Omvendt stiller deres fortælling spørgsmålstejn ved, om det var denne type refleksion omkring kontekstens betydning, man ønskede at fremme ved arrangementet, eller om forskelligheden (de steder, hvor den potentielt blev for stor som fx i C1) skabte en utilsigtet forskydning af fokus for de medarbejdere, der var i stand til at omsætte forskelligheden til noget positivt, og helt hængte de medarbejdere af, der så forskelligheden som en barriere for dialog.

Erfaringerne tegner et billede af, at det er godt med en vis grad af forskellighed, hvis der skal skabes et læringsrum i gruppeøvelserne, men at forskellene på medarbejdernes arbejde og praksis ikke må blive for store. Dette forklares i følgende eksempel af en medarbejder fra samme døgntilbud som i eksemplet ovenfor.

En mindre og mere ens gruppe havde være mere lærerigt

Botilbudsmedarbejder 3 (assistent): Jeg synes, det var svært at sidde sammen tre personer. Jeg kan huske den ene gruppesamtale, hvor vi sad tre sammen. Jeg kendte ikke de to andre, og jeg synes, det var svært at sidde og grave et eller andet frem, som jeg skulle sidde og fortælle om sammen med dem. Det synes jeg var mega svært.

Botilbudsmedarbejder 1 (assistent): Det skulle have været med dine nære kollegaer, ikke?

Botilbudsmedarbejder 4 (assistent): Jeg syntes også, at det var svært med én fra [navn på et andet tilbud i kommunen]. Det er sådan et undervisningssted, og jeg synes, at vi kom fra hver sin boldgade.

Botilbudsmedarbejder 1 (assistent): Ja, men i kommer jo også fra sort og hvid jo.

Botilbudsmedarbejder 3 (assistent): Det blev sådan en helt uvedkommende snak faktisk. (Kommune C1)

Som vi kan se, oplevede medarbejderne i denne gruppe, at deltagerne fra en helt andet type tilbud i kommunen har gjort samtalerne uvedkommende.

4.4.3 Opsamling

Evalueringen viser, at medarbejdernes reaktioner på gruppeøvelserne deler vandene. Øvelserne ser ud til som ønsket at have aktiveret medarbejderne, men graden af aktivitet og involvering har været meget forskellig – og tilbagemeldingerne på brugbarheden ligeså.

Hovedparten af de interviewede medarbejdere har en positiv indstilling til øvelserne og oplever, at de har været brugbare til at skabe øget kendskab og sandsynlighed for networking og spredning af

løsningsmodeller på tværs af medarbejdere, eller med andre ord som ønsket har gjort problemstillingen lokal og nærværende. Andre medarbejdere giver udtryk for, at de at de helst ser, at øvelserne helt droppes.

Den store divergens i reaktionerne på øvelserne ser delvist ud til at hænge sammen med, hvor nemt det har været for medarbejderne at finde eksempler, der kunne bringes op, i hvor stor grad de har en præference for at blive involveret aktivt, og hvor stor spredningen har været i blandt de deltagere, der har til stede ved arrangementerne. I forhold til sidstnævnte forhold omkring spredningen af de tilstedeværende deltagere (særligt i form af funktioner) tegner evalueringen et billede af, at det kan være hensigtsmæssigt, at der er en hvis grad af pluralitet af funktioner til stede i gruppeøvelserne, men at pluraliteten også kan blive for stor.

4.5 Arrangementets virkning som helhed

Som afslutning på analysen af indsatsens delaktiviteter beskriver vi i dette afsnit de overordnede virkninger, som medarbejderne beskriver, at arrangementet har haft, men som de ikke kan lede tilbage til en specifik delaktivitet.

Flere medarbejdere peger på, at arrangementerne som helhed har skærpet deres opmærksomhed på problemstillingen. I citatet nedenfor beskriver medarbejdere fra to forskellige case-kommuner, A og C, hvordan indsatsen som helhed har skærpet deres opmærksomhed mod fysiske symptomer generelt og vigtigheden af at have fokus på fysisk sygdom:

Adfærdssændring: Sikre at der bliver lyttet til borgerens somatiske problemstilling

Interviewer: Er der noget sådan, I har ændret umiddelbart i forhold til jeres tilgang til borgerne?

Aktivitetsmedarbejder (pædagog): Jeg har det i forhold til en af mine borgere. Jeg har fået SÅ meget fokus på det. Han bliver da godt nok ikke lyttet til, og han bliver overhørt, fordi at han er psykisk syg og ikke kan stå op for sig selv. Og kommer ikke i bad, og han har ondt i den fod, og han bliver ikke lyttet til. Jeg har så meget fokus på hvordan... fordi det er vigtigt, at man også kommer igennem med noget fysisk, selvom man også har en psykisk sygdom. (Kommune A)

Hjemmevejleder (assistent): Jeg tænker ikke en situation, jeg tænker sådan i forhold til éns uddannelse, at det er det, jeg ser, men det er sådan noget ubevidst, men det bliver mere bevidst sådan, at man lige bliver vækket op. Selvom at det ikke er noget, jeg glemmer ude hos borgerne, men det er godt lige at få den skærpet igen.

Hjemmevejleder (ergoterapeut): Jeg synes, det her med, at man nogle gange tænker, om det er okay at gå med til alle de der [lægebesøg]. Fordi så skal vi altid spare, og så skal vi altid have nogle nye borgere ind, og der blev jeg da bekræftet i, at selvfølgelig skal jeg det. Det skal jeg overhovedet ikke overveje. Og det synes jeg var rigtig rart. Det HAR også en stor betydning. Det kan nogle gange betyde alt eller intet, om man går med eller ej, og om man får dem til lægen. (Kommune C2)

Eksemplerne illustrerer, hvordan de interviewede medarbejderne har skærpet deres fokus på de fysiske symptomer efter deres deltagelse i arrangementerne. Den grundlæggende viden om somatisk sygdom for målgruppen er blevet genaktiveret og bevidstgjort, så de oplever, at deres opmærksomhed mod problematikken er forstærket. Det sidste citat fra Kommune C2 vidner endvidere om, at arrangementet har tilvejebragt en grundlæggende legitimitet omkring at prioritere lægebesøg. Hendes deltagelse i indsatsen har givet en grundlæggende tro på, at det at sætte fokus på somatiske problemstillinger og det at agere bisidder for borgeren faktisk gør en forskel.

På samme måde har nogle medarbejdere fra case B i tråd med medarbejderne fra de to andre kommuner også oplevet, at de efter arrangementet er begyndt at være mere nysgerrige og gå mere på opdagelse i somatiske problemstillinger – også selvom borgeren ikke selv giver udtryk for, at der er noget i vejen:

Adfærdsændring: 'Jeg er begyndt at gå mere på opdagelse i borgerens somatiske tilstand'

Hjemmevejleder (pædagog): I starten der brugte jeg det ikke så meget, men jeg havde faktisk en episode, hvor jeg gjorde nogle ting anderledes med en borger. Jeg tænkte bare over det, kan man sige, fordi jeg har en borger, der har sukkersyge, og jeg ved, at han har lidt svært ved at styre det og sådan nogle ting. Og hver gang jeg spørger: "Hvordan går det med dét?", "Jamen det går fint", og så tænker jeg jo ikke videre over det, hvor den her gang, der gik jeg sådan lidt mere på opdagelse, og kunne så faktisk også fornemme, at jo, det gik da okay, men det kunne godt blive bedre. Så der tog jeg da mig selv i at gå lidt mere på opdagelse. Også, fordi at jeg var ikke klar over, med sukkersyge. Var det med fødderne eller noget, at det påvirker altså. Det havde jeg da ingen anelse om...

Aktivitetsmedarbejder (pædagog): Nej, det er jo derfor, at man ofte får amputeret. Det er jo fordi, at der går koldbrand i skidtet.

Hjemmevejleder (pædagog): Nej, og det havde jeg jo ingen anelse om, så jeg vil sige, at det er ikke fordi, at jeg har siddet og nærstuderet sukkersyge. Jeg har da været inde og Google for at finde ud af, hvad det er, jeg skal være opmærksom på, fordi jeg ved også med ham her, at det går faktisk fint nok. [...]. Men det er gået op for mig med vigtigheden af den her sukkersyge, altså hvor alvorligt man faktisk skal tage det. Og jeg hjælper ham også med at tage det og holder fokus på det, så på den måde er jeg blevet opmærksom på det. At man skal ikke bare lade stå til med nogle sygdomme, når borgeren siger, at det går fint. Men altså gå på opdagelse. Selvfølgelig kan det være, at det bare går fint, men stadigvæk skal man gå på opdagelse i det, ikke?

Interviewer: Så hvordan prøvede du at gå på opdagelse? Ved at stille nogle flere spørgsmål?

Hjemmevejleder (pædagog): Jamen, jeg stillede simpelthen nogle flere spørgsmål. Spurgte ind til tal og hvad med hans kost, og hvad siger lægen og sådan nogle ting. Altså spurgte lidt mere ind, end jeg normalt ville have gjort. Og hvor det så også kom frem, at selvfølgelig kunne det godt blive bedre. Hvor førhen har det altid bare været fantastisk godt, ikke... Så på den måde har jeg da fået taget det til mig, men jeg kunne da sikkert godt gøre mere ud af det. (Kommune B)

Andre medarbejdere i Kommune B og C forklarer ligeledes i citaterne nedenfor, at de førhen ikke har været opmærksomme nok eller ikke har fundet det vigtigt at gå nærmere ind i de fysiske symptomer, som borgeren oplever. Her oplever de, at de nu – efter arrangementet – er blevet mere insisterende og vedholdende i forhold til ikke at forbigå problematikken og rent faktisk handle på at få borgeren til læge og blive undersøgt:

Adfærdsændring: Konfrontation af egne fordomme og fokus på udredning

Interviewer: Har I ændret noget sådan særligt i jeres praksis? Det kan både være fokus eller nye ting i har gjort eller...

Hjemmevejleder (assistent): Tjo. Både-og vil jeg sige. Jeg har jo nogle borgere, som jeg kommer hos, hvor jeg førhen har tænkt: 'Ja, nu skal vi videre. Det kan ikke være rigtigt, at du har de symptomer. Nu er du blevet undersøgt, og nu har din læge sagt...'. Men hvor jeg da har ændret den til: 'Nå, men så skal du gå til lægen igen. Så skal du blive ved med at kontakte din læge, hvis du stadigvæk synes, at du har det, som du har det, og så lade være med at affinde dig med det. Så må lægen jo forklare det på en anden måde'.

Interviewer: Lidt mere insisterende på en eller anden måde?

Adfærdssændring: Konfrontation af egne fordomme og fokus på udredning

Hjemmevejleder (assistent): Ja. ja. (Kommune B)

Botilbudsmedarbejder (assistent): Ja, vi har også haft en beboer, som har hostet meget. Nogle gange har vi tænkt, at det er for, at hun skal have noget opmærksomhed, men så efter sådan en snak med hende fortæller hun så, at hun har haft det i lang tid. Og så tænker jeg: 'Så kunne det da godt være, at hun vil til lægen'. Men det vil hun så ikke, fordi hun havde en idé om, at det nok var hendes struma, og hun skulle bestemt ikke opereres for struma. Så skulle man så i gang med den der motiverende samtale og sige: "Det kan jo være alt muligt andet. Det kan jo også være, at det er noget, du kan få noget for". Og hun kom også til lægen med noget personale.

Interviewer: Og der tror du, at det har gjort noget på en eller anden måde?

Botilbudsmedarbejder (assistent): Ja, og lægen sendte hende så videre til noget røntgen af lunger.

Interviewer: Ja, så der skete faktisk noget i den sag

Botilbudsmedarbejder (assistent): Ja. [...] Det kom sig i hvert fald af, at man havde været på kursus og tænkte, at man måtte have en snak om, om det dér hoste bare var for at få opmærksomhed, eller om der var et eller andet, der skulle undersøges. (Kommune C3)

Det sidste eksempel udfolder, hvordan medarbejderne førhen selv har tilskrevet nogle fysiske symptomer, fx hosten, til en psykisk årsag, eller at borgeren ønskede opmærksomhed. Efter arrangementet har de dog fået (legitimeret) en øget opmærksomhed i forhold til at følge de fysiske symptomer til dørs ved at sikre, at borgeren søger læge.

4.6 Opsummering

Som det fremgår af de foregående afsnit, forbindes arrangementet som helhed og dets delaktiviteter med en lang række gode virkninger, der ser ud til at have "empowered" flere medarbejdere som ambassadører for et styrket somatisk blik blandt borgere tilknyttet socialpsykiatrien. Samtidig viser afsnittene også, at virkningerne har "ramt" deltagerne i meget forskellig grad strækkende fra, at nogle bare haft en sjov oplevelse, til at andre reelt har taget ambassadørkasketten på.

Helt overordnet kan man således betragte arrangementets kortsigtede og mellemlange virkning på både et individniveau og ud fra en helhedsbetragtning. Hvis man kigger på arrangementet virkning på individniveau, er det meget forskelligt, i hvilken grad arrangementet har skabt en virkning hos de enkelte medarbejdere. Vi vender tilbage til de faktorer, der har hæmmet og fremmet en virkning, i kapitel 6. Nedenfor fokuserer vi dog på de korte og mellemlange virkninger, som arrangementet har skabt som helhed.

Hvilken viden og redskaber opleves som brugbare?

Forudsætningen for at "vække" ambassadøren i medarbejderen er, at de finder arrangementet eller dele af det relevant og brugbart. Nedenfor opsummeres, hvilke måder delaktiviteterne har været brugbare i forhold til at klæde medarbejderne på til at være ambassadører for et somatisk blik:

- Alle medarbejdere husker og fremhæver *dilemmaspillene* som særligt interessante og brugbare. Hovedparten af medarbejderne oplever, at denne aktivitet har været brugbar til at reflektere over deres rolle i at sikre et somatisk blik, herunder

- nævner hovedparten af medarbejdere, at de har haft mulighed for at reflektere over borgerens oplevelse af at gå til lægen og lægens adfærd samt vigtigheden og legitimiteten af bisidderrollen
- nævner flere medarbejdere, at dilemmasituationerne har givet anledning til at reflektere over de barrierer og etiske dilemmaer, der er forbundet med at sætte somatik på dagsordenen, herunder i hvor høj grad man må/kan presse borgeren til at gå til læge, og hvordan borgernes somatiske problemstillinger kan overses på grund af borgerens adfærd og sygdomsbillede (ulven kommer)
- Hovedparten af medarbejderne kan også genkende folderen og finder den relevant at benytte (som dialogredskab) til at sætte fokus på kropsforandringer hos nogle typer borgere (dog ikke til udviklingshæmmede og unge borgere) på grund af dens visuelle udtryk og overskuelighed.
- Flere medarbejdere fremhæver, at gruppeøvelserne og involveringen ved arrangementet generelt har været brugbare til skabe kendskab og mulige netværksmuligheder på tværs af funktioner, til at drøfte problemstillingen og finde nye løsninger hos sine kollegaer.
- Hovedparten af medarbejderne har svært ved at huske, hvad der skete ved oplægget, og nævner generelt, at de ikke har fået ny viden. Enkelte nævner dog, at oplægget har givet dem viden om, hvor uret uligheden i sundhed er på området.

Hvilken læring og skift af adfærd har arrangementerne givet anledning til?

Forudsætningen for, at medarbejderne også reelt kan agere ambassadører for et somatisk blik hos borgeren, afhænger af, i hvilket omfang de selv har lært af arrangementet og ændret deres adfærd på baggrund af det. Nedenfor opsummeres, hvordan læring fra arrangementets delaktivitet eller som helhed har givet anledning til praksisændringer blandt medarbejderne:

- Hovedparten af medarbejdere nævner, at de efter arrangementet har haft mere fokus og opmærksomhed på somatik i deres dialog med borgerne. De fleste nævner, at de har fået større opmærksomhed på somatiske problemstillinger i samtalen. Et mindre antal af medarbejderne fremhæver dog også, at de går mere på "opdagelse" og stiller flere spørgsmål vedrørende somatiske problemstillinger og/eller udfordrer egne fordomme om, at ytringer om smerte fra borgerne hænger sammen med deres behov for opmærksomhed/sygdomsbilledet.
- Lidt under halvdelen af medarbejderne nævner, at de har brugt folderen i dialog med borgeren eller gjort den tilgængelig for denne, og en kommune har forventninger om at bruge folderen systematisk i sundhedssamtaler på misbrugsområdet i fremtiden.
- Flere medarbejdere nævner, at de i højere grad har prioriteret at gå med til lægen og været mere insisterende på, at borgerens somatiske problemstilling blev taget alvorligt og udredt af lægen. I en kommune har medarbejdere også forsøgt at sætte bisidderrollen på dagsordenen og forankre den i handleplaner m.m.

Kigger man på arrangementet i sin helhed, ser det ud til at have skabt den platform for de korte og mellemlange virkninger, der var tiltænkt før arrangementet i forhold til at klæde medarbejderne på som ambassadører for et somatisk blik. Der er dog én forventet virkning, som arrangementet ikke har kunnet indfri. Det handler om ønsket om, at arrangementet skulle bidrage til, at medarbejderne fik øget viden om kropsforandringer. På et døgntilbud har arrangementet dog givet anledning til, at medarbejderne har efterspurgt mere viden om somatiske symptomer og håndteringen heraf.

Man kan på baggrund af denne evaluering ikke sige noget klart om de ønskede langsigtede virkninger. Den virkning, man først og fremmest ønskede at opnå, var at reducere overdødeligheden og uligheden i sundhed for borgere i socialpsykiatrien. Der er ingen tvivl om, at arrangementet har skabt

nogle "ringe" i vandet, der kan skabe den ønskede virkning på borgerniveau, men – som vi vil vende tilbage til i kapitel 6 – er disse ringe i særlig grad begrænset af, at arrangementet kun har varet tre timer, samt de store individuelle forskelle, der har været i virkningen. Begge dele fordrer, at der bliver fulgt op på arrangementerne, for at fokus på somatik kan forankres i kulturen og organisationerne. På samme måde er der, som vi vil vende tilbage til i kapitel 7 – en vis kompleksitet forbundet med, i hvilket omfang arrangementerne har indfriet den langsigtede virkning om at skabe en mere helhedsorienteret indsats. På den ene side ser det ud til, at arrangementet har skærpet fokus på, at socialpsykiatrien ikke kun bør fokusere på psykiske, men også somatiske problemstillinger, og at en vigtig opgave består i at støtte borgeren i at søge læge. På den anden side er det ikke helt klart, om medarbejderne har fået en større forståelse for lægernes situation og muligheden for at samarbejde om borgeren på baggrund af arrangementet, eller om deres vrede og negative fortælling om lægerne er styrket. Forskningen om sammenhængende patientforløb (Integrated Care) (10) viser, at de gode fortællinger bidrager til at skabe et konstruktivt tværfagligt samarbejde, som nedbryder siloer, mens negative fortællinger bidrager til at rodfæste siloer.

5 Ledelse og lægers oplevelse af arrangementernes virkning

I dette kapitel beskrives ledelsen og lægernes oplevelse af arrangementernes virkning.

5.1 Ledernes oplevelse af arrangementets virkning

Hvilken reaktioner er der på arrangementerne?

Tre ud af fire af de ledere, som VIVE har interviewet, beskriver, at de overordnet er meget tilfredse med arrangementet og vil anbefale det til deres ledelseskolleger. Nedenfor begrundes to ledere hvorfor.

Lederne vil overordnet anbefale arrangementet

Interviewer: Vil du anbefale, dine kollegaer i de andre kommuner at tage imod arrangementet?

I: Ja det ville jeg. Vi anbefalede det faktisk i ledergruppen, var det dagen efter, eller to dage efter, hvor vi sagde, "det var sådan en god oplevelse". Der anbefalede vi også til andre, at de skulle næsten prøve, det var virkelig en super oplevelse.

A: Så hvad ville du sige til dem? Det er en super oplevelse fordi ...?

I: Ja, det er simpelthen en super oplevelse, fordi igen, I kan se – det er det samme igen, I kan genkende det, der sker, og man bliver en del af det. Og ja, man husker det og tager det med sig. Så jeg tænker sådan lidt det var – vi sagde det nemlig på ledelsesmødet ... Det var virkelig et godt arrangement, det var det. (Leder i aktivitetstilbud, Kommune B)

Interviewer: Vil du anbefale andre af dine kollegaer at tage imod arrangementerne?

M: Jamen, jeg synes, at det har været positivt, bestemt. Jeg synes, at processen før og afslutningsmæssigt, der synes jeg bestemt, at de konsulenter, der har været inde over og undervise. Altså det har været meget professionelt. (...) Det var et godt input for os, netop for at skabe den her opmærksomhed. (Leder af Botilbud, Kommune C1)

De tre positivt indstillede ledere begrundes, som citatet ovenfor illustrerer, deres tilfredshed med arrangementet med, at det var professionelt sat op og var en god oplevelse.

Hvilken viden og redskaber opleves som brugbare?

Den ene leder af et aktivitetstilbud udfolder, at det, der var særlig brugbart ved arrangementet, var, at man kunne "genkende" det, der skete, og man var en del af det, dvs. følte sig involveret, samt at arrangementet er noget, man husker og tager med sig. Den anden leder af et botilbud, C1, hæfter sig også ved, at arrangementet var brugbart, fordi det er noget, man husker og som har skabt opmærksomhed på kropsforandringer og somatik. En leder fra C3 – et andet botilbud for unge – fremhæver, at hun ikke vil anbefale arrangementet, fordi hun i modsætning til de andre ledere ikke oplevede, at de eksempler, der blev brugt, var genkendelige, og samtidig heller ikke syntes, at de manglede opmærksomheden på somatik i hendes botilbud. Alle fire ledere fremhæver dog, ligesom medarbejderne, at den aktivitet, der er det mest brugbare redskab, er dilemmaspillene.

Dilemmaspillene opleves som det mest brugbare redskab, fordi det er den viden og læring, de og deres medarbejdere fik gennem dilemmaspillene, de husker bedst. En leder fra botilbuddet C1 uddyber, at hendes erfaring er, at hendes medarbejdere højst kan rumme 1-2 PowerPoint-slides, og

at budskabet helst ikke må handle for meget om noget abstrakt viden om regionen, for – som hun siger: "Hvad skal vi bruge det til?". På samme måde nævner en anden leder i Kommune A i citatet nedenfor, at dilemmaspillene er mest brugbare, for selvom man giver medarbejderne et redskab i hånden, fx en folder eller lignende, så er det ikke ensbetydende med, at de kan bruge det, fordi man ifølge hans overbevisning lærer mest af at øve sig frem for at læse:

Fokus på praksislæring var det mest brugbare redskab

I: Det er en hammer god idé. Det er... Altså, læring er jo sjældent kun læring i hovedet. Det er i hele kroppen. Og særligt når man arbejder med handicappede og socialt udsatte og misbrugere og sådan noget, så er det 'hands-on' læring, der... Apropos de der 12 sygeplejerfaglige fokusområder [et andet indsatsområde i kommunen], så kan jeg give mine medarbejdere et skema eller folder i hånden, men det er jo ikke ensbetydende med, at de ved, hvordan de skal tackle det. Det er lige den praktiske læring, som også er rigtig vigtig. Altså, man lærer alligevel mest det, som man selv lige har øvet sig på, og ikke det man har læst. (Leder Kommune A)

Arrangementet har således også givet anledning til, at alle ledere har fået lyst til at bruge dilemmaspil i højere grad – enten som led i supervisionen eller til kompetenceudviklingsforløb. Lederen fra C1 fremhæver således også, at arrangementet havde været endnu mere brugbart, hvis hun kunne have integreret det i hendes overordnede kompetenceudviklingsstrategi og ikke havde fået at vide, at hun skulle presse det ind "fra oven". Sidstnævnte har nemlig betydet, at hun ikke har haft tid og energi til at følge op på det.

Hvilken læring og skift af adfærd har arrangementerne givet anledning til?

Ingen af lederne kan pege på konkrete måder, hvorpå praksis har ændret sig efter arrangementerne. Det fremhæver en af lederne også ville være urealistisk at håbe på efter et kun tre timer langt arrangement. Fra et ledelsesperspektiv lader den største læring til at være den omtalte øgede opmærksomhed på fysisk sygdom. Tre af lederne forklarer således, at de efter arrangementerne har hørt medarbejderne tale om, at arrangementerne var inspirerende og spændende, og lederen fra C1 nævner, at medarbejderne har henvendt sig til hende og efterspurgt større fokus på emnet.

5.2 Lægerne i Kommune C's oplevelse af arrangementets virkning

Som beskrevet havde evaluator en forventning om, at omfanget af arrangementernes virkning ville være størst i Kommune C, hvor indsatsen havde involveret flest deltagere og havde haft længst tid til at 'virke'. VIVE valgte derfor at interviewe to læger i kommunen for at vurdere, om disse læger havde oplevet en forandring i dialogen med deres kollegaer i socialpsykiatrien siden arrangementernes afholdelse.

De to praktiserende læger forklarer, som vi vil vende tilbage til i kapitel 8, at de generelt har et meget begrænset samarbejde med socialpsykiatrien, selvom de godt kunne tænke sig, at det blev bedre. De to læger har desuden forskellige oplevelser af, om der er sket en ændring i kontakten med socialpsykiatrien, efter arrangementerne blev afholdt. Den ene læge, Læge 2, afviser, at der er sket en ændring i hyppigheden af kontakt, herunder at der skulle være kommet flere bisiddere med til konsultationerne. Den anden læge udfolder imidlertid i citatet nedenfor, at hun muligvis har mærket en ændring:

En læge har oplevet en større kontakt til socialpsykiatrien efter arrangementets afholdelse

A: Jeg kunne godt tænke mig at høre, om du har kunnet mærke en ændring i din kontakt til socialpsykiatrien siden jul, hvor arrangementet blev afholdt. Har der været noget, der har ændret sig i jeres kontakt eller?

Læge 1: Det har jeg jo ikke lige været så bevidst om på den måde, lagt mærke til.... Det er ikke sådan, at jeg lige sådan bevidst har tænkt over, at "hov, det er da godt nok meget bedre end det plejer, eller det er da helt anderledes". Der er måske lidt – det synes jeg jo – men det kan også bare være en tilfældighed. Der er nogen af de dér, vi har ude på [nævner navnet på døgntilbud C1], det der psykiatriske bosted. Der er der nu et par patienter, hvor vi har fået lidt flere sådan (editak)-meddelelser, altså forespørgsler. Der er én, der har haft noget eksem og noget diabetes og sådan noget, hvor de egentlig har skrevet og spurgt relevant om nogle ting, hvor jeg har tænkt: Det var da nogle udmærkede observationer og sådan noget, men om det er en følge af det, du siger, eller det også ville have været sådan før, det kan jeg jo ikke vide.

A: Interessant. Ved arrangementet har der også så været meget fokus på bisidderollen – har du oplevet, at der var flere, der har taget med til lægen umiddelbart sådan?

Læge 2: Ikke umiddelbart. Der synes jeg dem, ligesom de plejer – at have en bisidder med, de har jo stadig haft det, og så har der været nogen derude, fx ham med det der eksem. Det var noget, der lige skulle – det har vi kigget på af nogle omgange. Der har de jo så taget med ham herind de gange, men det tror jeg egentlig også, at de altid har gjort. (Læger, Kommune C)

Læge 2 forklarer som illustreret i citatet, at hun heller ikke har oplevet en ændring i antallet af bisiddere, men til gengæld har hun oplevet en positiv øget kontakt til medarbejderne på et af de døgntilbud, C1, der har deltaget ved arrangementet.

5.3 Opsamling

I dette kapitel har vi belyst oplevelsen af indsatsens virkning set fra lederes og lægers perspektiv. Det er disse aktører, der kan se "udefra", om der er sket en virkning i forhold til medarbejdernes mulighed for at agere ambassadører for et somatisk perspektiv. Dog er det vigtigt at huske, at vi kun har talt med to læger, samt at arbejdets karakter i socialpsykiatrien er relationsarbejde, hvor lederne sjældent er involveret i det direkte arbejde med borgerne.

Lederne er generelt enige om, at indsatsen har givet en god oplevelse og har været et brugbart redskab til at skærpe medarbejdernes opmærksomhed på emnet kropsforandringer. De har dog ikke oplevet nogle adfærdsendringer eller selv taget initiativ til at ændre praksis efter arrangementerne. Lægerne i Kommune C har således heller ikke umiddelbart oplevet en forskel i antallet af bisiddere, men en enkelt læge fremhæver, at hun i tiden efter arrangementerne har haft øget kontakt med botilbud C1, hvilket lægen tolker som øget opmærksomhed fra tilbuddets medarbejdere mod somatiske problemstillinger hos borgerne.

6 Faktorer, der fremmer og hæmmer virkningen af arrangementet

I dette kapitel analyseres, hvilke faktorer der ser ud til at fremme eller hæmme virkningen af arrangementerne i socialpsykiatrien. Det gøres på baggrund af interview med ledere og medarbejdere i socialpsykiatrien samt indsatsteamet. Disse informanter peger direkte og indirekte på flere forskellige faktorer, der har påvirket medarbejdernes oplevelse af arrangementerne og deres virkning. Forud for evalueringen havde evaluator en forventning om, at de faktorer, der ville påvirke oplevelsen og virkningen af arrangementerne, bl.a. kunne være medarbejdernes faglighed (om de var henholdsvis pædagogisk eller sundhedsfagligt uddannede), tid (især hvor lang tid der var gået siden arrangementernes afholdelse) samt intensiteten af indsatsen (dvs. hvor mange arrangementer der var afholdt i den enkelte kommune). Evalueringen af arrangementerne viser, at følgende faktorer har været afgørende for medarbejdernes oplevelse af arrangementerne og deres virkning:

- Den oplevede underholdningsværdi
- Flow og momentum
- Den oplevede genkendelighed og relevans af arrangementets temaer og fokus, herunder faglighed og funktion
- Oplevelsen af meddeltagere
- Tid og tidsramme
- Oplevelsen af den organisatoriske forankring efter arrangementerne
- Oplevelsen af brugbarheden i praksis.

Disse faktorer vil blive gennemgået nedenfor.

6.1 Underholdningsværdi

En af de faktorer, der har haft betydning for arrangementernes virkning, er, i hvilket omfang medarbejderne følte sig underholdt. Når man samlet set spørger medarbejderne, om de vil anbefale arrangementet til deres kollegaer, er der stor opbakning til arrangementerne. 15 ud af de 17 interviewede medarbejdere fremhæver, at de generelt er meget tilfredse med arrangementet og vil anbefale det til andre. Når de skal argumentere for, hvorfor de vil anbefale arrangementerne til andre kollegaer, lægger de vægt på, at arrangementerne har givet dem en *sjov, indlevende, spændende og anderledes oplevelse*. Eller med andre ord at arrangementerne har været forbundet med en høj underholdningsværdi – en værdi, de særligt forbinder med benyttelsen af skuespil i forbindelse med arrangementet. En række medarbejdere peger på, at de oplever, at skuespillerne var meget dygtige, og at det var et dejligt alternativ til "tavleundervisning" – en pointe, vi vil vende tilbage til i kapitel 7. De peger som sagt også på, at det har været dilemmaspillene ved arrangementet snarere end oplægget, der efterfølgende har stået klarest i deres hukommelse:

En sjov, indlevende og anderledes oplevelse

Botilbudsmedarbejder (assistent 1): Jeg synes, det var så sjovt og så indlevende. Det med skuespillet var det bedste af det hele. Altså det er det, jeg husker.

Botilbudsmedarbejder (assistent 2): Det er spændende.

Botilbudsmedarbejder (assistent 1): Og så som [nævner kollegas navn] sagde, at det er visuelt, ikke. At det ikke kun er tavleundervisning.

Botilbudsmedarbejder (assistent): Jeg synes, at det var fint spillet, det var nogle rigtig dygtige skuespillere, der levede sig fint ind i rollerne, det var jeg da meget betaget af (griner). (Kommune C1)

Som beskrevet i afsnit 4.3.4 er der dog også nogle medarbejdere, der oplevet, at underholdningsværdien er blevet begrænset i de tilfælde, hvor de har oplevet, at skuespillerne har "overspillet" eller ikke har ramt en bestemt karakter eller genkendelig situation, hvorfor underholdningsværdien og relevansen i disse tilfælde er dalet. Det ser ud til, at disse medarbejdere har fået et mindre positivt udbytte af arrangementet end de, der ikke oplevede denne begrænsning i underholdningsværdien, og på den måde har den oplevede underholdningsværdi været med til at fremme og hæmme virkningen.

6.2 Oplevelsen af flow, synergi og momentum

En anden faktor, der har haft betydning for arrangementernes virkning er, i hvilket omfang medarbejderne har oplevet, at der var et godt flow og sammenhæng i arrangementets delaktiviteter, og i hvilket omfang der blev skabt momentum ved arrangementerne. De medarbejdere og ledere, der har en positiv oplevelse af arrangementerne, fremhæver, at de oplever, at dagsordenen var "klar og tydelig", "professionelt" og "godt sat op". De fremhæver også, at enkeltaktiviteter hang godt sammen og havde en god indre synergi og gjorde arrangementet afvekslende. Som en medarbejder forklarer nedenfor:

Godt flow og variation

Misbrugsmedarbejder (assistent): Jeg synes, at det var dejligt, at man ikke bare skulle sidde og lytte [ved arrangementet]. Der skete noget forskelligt. Vi var selv lidt på, og vi hørte noget, og vi så dem, og vi skulle melde en del ud. Det kan nemlig godt være lidt hårdt at sidde bare i tre timer og lytte. Det er rart at være med.

Aktivitetsmedarbejder (socialpædagog): Jeg er bare helt enig.

Aktivitetsmedarbejder (pædagog): Det er jeg også. Det var meget afvekslende. Meget anskueliggjort med skuespillet. Jeg synes, at det fulgte op på oplægget. Det hang sammen. (Kommune A)

Som vi kan se her, har de medarbejdere, der har oplevet, at arrangementerne var brugbare, hæftet sig ved den synergi og sammenhæng, der var i arrangementet. Omvendt hæfter de medarbejdere, der ikke har fået det optimale udbytte ud af arrangementerne, sig ved, at de ikke har oplevet dette flow og synergi. Tværtimod hæfter de sig ved, at de "steg helt af" ved oplæggene og ikke syntes, at øvelserne var brugbare. Dermed bliver oplevelsen af synergi og flow en afgørende faktor, der fremmer eller hæmmer virkningen af arrangementet.

Indsatsteamet fremhæver i forlængelse heraf, at de også har en oplevelse af, at medarbejdernes oplevelse af arrangementerne og udbyttet for dem har været meget forskelligt fra arrangement til arrangement. De fremhæver, at det er meget forskelligt, hvilke temaer der har fyldt på de enkelte arrangementer, i hvilket omfang deltagerne har virket engagerede eller ej, og hvor højt refleksionsniveau deltagerne har udvist. En af de afgørende faktorer for virkning er således også ifølge indsatsteamet, om de har kunnet engagere rummet på de enkelte arrangementer, dvs. om de har kunnet skabe momentum og "fange" rummets opmærksomhed.

6.3 Genkendelighed og relevans: Faglighed og arbejdets karakter

En tredje faktor, der har spillet ind på arrangementernes virkning, har været medarbejdernes oplevelse af den grad af genkendelighed og relevans, som de oplevede i forbindelse med arrangementets fokus. Ikke overraskende er der en høj grad af sammenhæng mellem de medarbejdere, der har været meget tilfredse med arrangementerne, og de medarbejdere, der har oplevet en høj grad af genkendelighed og relevans af arrangementets fokus. I begrebet fokus ligger både medarbejdernes overordnede oplevelse af relevansen af arrangementernes overordnede tema (på kropsforandringer eller kræft) og de temaer og problemstillinger, der blev valgt for dilemmaspillene.

I forhold til relevansens af det overordnede tema om kropsforandringer og et somatisk perspektiv viser evalueringen, at medarbejdernes faglighed spiller en rolle. Det generelle billede fra interviewene er, at især det sundhedsfaglige personale knytter temaet relevans til deres faglighed. Som citatet nedenfor viser, er medarbejdere med sundhedsfaglig baggrund dog uenige om, hvorvidt temaet om fysisk sygdom er relevant eller ej.

Tabel 6.1 Fokus på somatik set fra et sundhedsfagligt perspektiv

Uaktuelt for sundhedsfaglige	Sundhedsfaglige har behov for at blive "rusket" op
<p><i>Botilbudsmedarbejder (assistent):</i> Altså jeg tænker, at når man er sundhedsuddannet, så har man jo fokus på det sundhedsfaglige i forvejen, så der var ikke noget nyt i det. Det er ikke noget, der sådan har lagret sig som noget 'hov, det skal jeg være opmærksom på'. Det ligger jo til det, man gør i dagligdagen. (Kommune C3)</p> <p><i>Hjemmevejleder (assistent):</i> Ja, jeg er uddannet social- og sundhedsassistent. Så jeg synes, at jeg i min rygsæk ubevidst observerer de psykiatriske borgeres helbred somatisk uden at tænke over det. Det er jo det, jeg har lært. Altså hvad du ser og hører, er de blege og svimle. Begynder næsten at tolke også. Så jeg synes jo, at jeg bruger det i mit arbejde, når jeg er ude hos borgerne og handler på det, hvis der er noget. Og spørger ind til, hvis der er noget. Prøver at indkredse det, om det er noget, der skal et lægebesøg til. (Kommune C2)</p>	<p><i>Botilbudsmedarbejder (assistent):</i> Og man kan måske godt stille sig op og tænke: Hvorfor skulle vi det [øge fokus på fysisk sygdom]? Jeg er jo assistent, jeg skal jo holde øje med sundhedsfaglige ting i mit arbejde. Men det [arrangementet] skulle have været her for lang tid siden. Det er simpelthen så godt. Virkelig godt. Altså man bliver rusket lidt i, fordi altså ja, jeg er sundhedsfagligt uddannet, men hold da kæft, hvor skal jeg lige genopfriske nogle ting, og når ja, det er da vist også rigtigt, og i jeres travle hverdag, hvor I stresser rundt og sådan noget, ikke. Altså jeg synes, at det var mega godt [de andre nikker]. (Kommune C1)</p>

Som citatet viser, fremhæver nogle sundhedsfaglige medarbejdere, at arrangementet og særligt oplægget ikke har været relevant for dem, fordi de allerede har den sundhedsfaglige optik "med i rygsækken". Omvendt peger andre medarbejdere med sundhedsfaglig baggrund på, at arrangementet og fokuset på somatik var meget relevant for dem. Disse assistenter fremhæver, at de grundet en travl hverdag ofte ikke har tid til at fokusere på de somatiske problemstillinger og holde deres faglighed opdateret. For eksempel peger en række assistenter på et døgntilbud, Case C1, hvor deres sundhedsfaglige tilgang ryger i baggrunden, fordi deres arbejdsliv er præget af "brandslukning" og praktiske problemstillinger såsom at "vaske røv og gøre rent".

En sundhedsfaglig medarbejder peger desuden på, at man skal passe på med generaliserende antagelser om, hvad pædagoger og social- og sundhedsassistenter er gode til. Som hun uddyber i eksemplet nedenfor, har hun fx en kollega, der ved meget mere om medicin, end hun gør:

Faglighed er ikke så sort og hvidt

Aktivitetsmedarbejder (socialrådgiver): Jeg har faktisk en kollega i [nærliggende by], som er pædagog, og hun ved meget mere om medicin, end jeg gør. Jeg er simpelthen ked af at sige det. Jeg har arbejdet for lang tid socialpsykiatrien, så jeg er uddannet med at have fingrene i medicin, men jeg har jo ikke arbejdet med det siden [i socialpsykiatrien]. (Kommune B)

I forlængelse af denne kommentar og assistenternes interne uenighed om temaets relevans er det vigtigt at nævne, at pædagogerne i mindre grad omtaler, at fokus på somatik ikke er relevant for dem. Samtidig deler de dog i vidt omfang assistenternes opfattelse af, at de ikke har lært noget nyt om kropsforandringer ved arrangementerne.

Valget af temaer og situationer for dilemmaspillene præger også mere specifikt medarbejdernes oplevelse af arrangementernes relevans. Som beskrevet i afsnit 4.3 påvirker det medarbejdernes oplevelse i positiv retning, des mere de har kunnet genkende problemstillingen/situationen eller relatere til de karakterer og personer, der blev spillet i situationen. De medarbejdere, der beskriver, at de havde svært ved at genkende den situation, der blev spillet, er henholdsvis én medarbejder fra misbrugsområdet i Kommune A og to medarbejdere fra et af botilbuddene for unge mennesker i Kommune B samt et par medarbejdere, der arbejder på aktivitetscentre i Kommune A og B. De fremhæver, at fx karakteren i situationen, der vedrørte KOL, ikke virkede relevant i en kontekst, hvor målgruppen er unge borgere, eller problemstillingen handler om misbrug. Derudover fremhævede de, at der er stor forskel på den relation, man har til borgeren afhængigt af, om man kommer i borgerens hjem én gang om ugen, er et tilbud uden for borgerens hjem, hvor borgeren kommer og går, eller et tilbud, hvor borgeren bor døgnet rundt.

6.4 Deltagerne og intensiteten

Det er forskelligt fra kommune til kommune, hvem der har deltaget i arrangementerne, og dette ser ud til at være en femte faktor, der påvirker deltagerens oplevelse af brugbarheden af arrangementet. Da der har været en del flere arrangementer (5 stk.) i Kommune C end i Kommune A (1 stk.) og B (1 stk.), havde evaluator i udgangspunktet en antagelse, om at intensiteten eller omfanget af arrangementer i kommunerne ville have en positiv betydning for oplevelsen og virkningen af arrangementerne. Evaluator kan ikke finde en klar sammenhæng mellem intensiteten af indsatsen (hvor mange arrangementer der er afholdt) og oplevelsen og virkningen af dem. Derimod ser det ud til at have betydning for deltagerens oplevelse af arrangementet, hvor forskelligartet gruppen af deltagere har været sammensat.

Generelt fremhæver hovedparten af deltagerne som beskrevet i afsnit 4.4, at de ser det som en positiv faktor, at arrangementerne har givet dem mulighed for at mødes med kollegaer, der både varetager de samme og andre funktioner i kommunen. Hovedparten oplever, at det har været spændende og lærerigt at mødes på tværs af forskellige funktioner og enheder, få en formiddag sammen og have mulighed for at vidensdele om arbejdsvilkår og løsningsmodeller samt finde paralleller og fællesskaber på tværs af meget forskelligartede enheder, fx døgntilbud og hjemmevejleder-enheder:

Udgangspunkt for nye relationer og teambuilding

Aktivitetsmedarbejder (socialpædagog): De forskellige fagområder eller grupper, eller hvad det nu kan være, får sådan en faglig formiddag sammen. Det synes vi også er godt. (Kommune A)

Nogle deltagere peger dog også på de udfordringer, der opstår med pluraliteten. Det drejer sig bl.a. om et manglende overblik over, hvem der var til stede. Særligt i forbindelse med gruppeøvelserne efterlyser deltagerne fx, at det kunne have været rart, hvis der havde været en kort introduktion til, hvem deltagerne var ved arrangementerne, så man kunne have fået et overblik. Andre nævner dog, at man kunne få dette overblik via mailinglisten. Derudover nævner en række deltagere – primært fra Kommune A og C (der har haft den højeste grad af forskellighed blandt deltagerne), at en anden udfordring ved forskelligheden er, at den kan begrænse dialogen. Særligt er debatten stor i C1, hvor medarbejderne fra døgntilbuddet for voksne beskriver, at der til deres arrangement var inviteret medarbejdere fra et plejecenter og et undervisningssted. Her har det været interessant for medarbejderne at lære nyt om andre kerneområder i socialpsykiatrien og dertilhørende opgaver, men det også været udfordrende at komme fra så forskellige tilbud i forhold til at skabe en fælles forståelse af relevante problematikker ved arrangementet.

I forlængelse heraf fremhæver case C3 i Kommune C også, at de havde foretrukket, at arrangementet havde været skræddersyet til dem, og at der udelukkende havde været medarbejdere fra det tilbud, de er tilknyttet, med til arrangementet. Både fordi man ville kunne skræddersy arrangementet til den specifikke kontekst, og fordi der så havde været en større tryghed i gruppen af deltagere. Medarbejderne i Kommune B argumenterer dog for, at en flok på ca. 30 mennesker er passende til et arrangement som 'Gå til lægen i tide', fordi det sikrer tilpas meget pluralitet.

6.5 Tid

En sjette faktor, der har spillet ind på medarbejdernes oplevelse af arrangementet, har været tid. Tid forstås her både som den tid, der er gået siden arrangementets afholdelse, og dets tidsramme.

Evaluator havde i udgangspunktet en antagelse om, at tid kunne spille en rolle for virkningen af arrangementet. Derfor valgte vi et evalueringsdesign, hvor én kommune, Kommune C, havde haft seks måneder til at "virke", mens de to andre kommuner, Kommune A og B, havde haft én måned til at lade arrangementet virke. Evaluator kan ikke umiddelbart identificere, at tid spiller en stor rolle for medarbejdernes oplevelse af arrangementet og dets virkning. Der er ikke flere eller færre eksempler på, hvordan arrangementet er omsat i henholdsvis Kommune A, B og C. Den største rolle, som tid ser ud til at have spillet, er, at medarbejderne i Kommune C fremhæver, at de har mistet lidt af deres fornyede opmærksomhed på somatiske problemstillinger, som tiden er gået.

Opmærksomheden kan aftage med tiden

Botilbudsmedarbejder (assistent): Det gået lidt i glemmeboget igen. Lige i starten var jeg måske lidt mere opmærksom på at spørge ind til borgerens velbefindende eller spørge lidt ind til, hvordan de havde det. Er der et eller andet, eller hvis du kom, hvor du vidste: Jesper med åreknuder. "Nå, hvordan går det med de der åreknuder. Har du ondt i dem?" Det havde jeg kortvarigt fokus på, og så går det lidt i glemmeboget igen.

Botilbudsmedarbejder (assistent 1): Ja, der er jo noget tid her der også gør det svært at huske.

Opmærksomheden kan aftage med tiden

Botilbudsmedarbejder (pædagog): Der er sket meget siden (smågriner)

Botilbudsmedarbejder (assistent 2): Ja, der er. (Kommune C1)

Arrangementernes tidsramme ser ud til at være en faktor, som har påvirket medarbejdernes oplevelse af arrangementet i positiv retning. Først og fremmest udtrykker medarbejderne generel tilfredshed med arrangementernes *varighed på tre timer*. Flere fremhæver, at de foretrækker tre timers undervisning frem for fx heldagsundervisning. Som eksemplet nedenfor illustrerer, skyldes dette primært, at medarbejderne føler sig bedre i stand til at bevare koncentrationen og dermed får mere ud af et tre timers seminar. De fremhæver dog også, at det rent praktisk er nemmere at trække tre timer ud af kalenderen:

Godt med halvdags frem for heldagsarrangement

Interviewer: Alt i alt synes I så, at det var en passende tidsramme [de tre timer]?

Hjemmevejleder (assistent): Ja.

Interviewer: I havde ikke brug for mere eller mindre?

Hjemmevejleder (pædagog): Nej, fordi det jeg synes sådan igen, nu kan jeg kun tale for mit eget vedkommende, men det der med, at man tit, når man har nogle kursusdage eller nogle oplæg. Ligeså snart at de varer en hel dag... For mit vedkommende, der får jeg mere ud af det, når det er noget, der varer et par timer frem for noget, der varer en hel dag. Altså man er meget mere koncentreret.

Hjemmevejleder (assistent): Når man ved, okay, jeg skal sidde her i seks timer, nu har jeg siddet her i to, så nu er der fire tilbage, hvor man tænker: Tre timer, det er hurtigt overstået, Så man er meget mere på.

Aktivitetsmedarbejder (socialrådgiver): Jeg gik også derfra med egentlig øv-agtigt, stopper det allerede, og det er jo på en måde meget godt, tænker jeg. Fordi hvis man går derfra og tænker: det var eddermanneme på tide, at vi blev lukket ud.

Hjemmevejleder (pædagog): Ja, og det gør man jo tit, når det er en heldags.

Aktivitetsmedarbejder (socialrådgiver): Ja, så bliver for tungt ikke. Så det var et friskt boost. På en god måde.

Hjemmevejleder (pædagog): Også det der med, at man kan bedre tilrettelægge. Altså vi kan bedre hive et par timer ud af kalenderen end vi kan hive en hel dag også.

Aktivitetsmedarbejder (socialrådgiver): Også det.

Hjemmevejleder (pædagog): Det gør det også lidt nemmere. (Kommune B)

En leder fra case C1 fremhæver imidlertid, at et arrangement på tre timer er dyrt for døgntilbud. Der er et krav om, at medarbejderne skal have minimum fem timer, når de møder ind på arbejde. Det betyder, at der ved et tre timers arrangement er et tidspilde på to timer. Derfor ville hun altid selv arrangere heldagsarrangementer.

Et par medarbejdere nævner, at det er vigtigt at overveje, hvad tid på dagen arrangementet ligger. Særligt de, der arbejder i døgntilbud, nævner, at det er hårdt at skulle deltage i arrangementet lige efter en vagt. Omvendt reflekterer de dog også over, at det er umuligt at finde et tidspunkt, der passer alle i gruppen, netop fordi der er døgndækning.

6.6 Organisatorisk forankring: Opfølgning på arrangementerne

Evaluators havde som omtalt i afsnit 6.5 og 6.4 en antagelse om, at de flere arrangementer i Kommune C og den længere tidsramme til at omsætte arrangementet til handling i kommunen kunne påvirke de virkninger af arrangementerne, som evaluator ville identificere – særligt fordi forventningen var, at den større satsning på arrangementerne i Kommune C måske ville afspejle sig i mere ledelsesmæssig opmærksomhed og fokus på organisatorisk forankring. Sidstnævnte ser ud til at være en syvende faktor, der påvirker arrangementernes virkning, men den ser ikke ud til at afhænge af det antal af arrangementer, der har været i kommunerne.

Generelt finder vi som beskrevet, at det er et meget individ- og kontekst)afhængigt spørgsmål, i hvilket omfang arrangementet har skabt en virkning. Medarbejderne forklarer selv denne individuelle virkning med, at det er meget forskelligt fra medarbejder til medarbejder, om de lige har stået over for en borger med en somatisk problemstilling, og derfor også om de på tidspunktet for evalueringen havde haft anledning til at omsætte arrangementet til praksis. Inden for denne forståelsesramme må man alt andet lige forvente, at den større spredning af viden blandt individuelle medarbejdere i Kommune C måske vil give anledning til større anvendelse af viden. Problemet er bare, at medarbejderne i Kommune C også beskriver, jf. afsnit 6.5, at deres opmærksomhed på emnet forsvinder med tiden. Dette peger på vigtigheden af at forankre arrangementerne organisatorisk.

Medarbejderne i samtlige kommuner fremhæver, at den organisatoriske forankring i forlængelse af arrangementerne har været meget begrænset i alle kommuner. Der har været ingen eller en meget begrænset formel opfølgning på arrangementerne i de tre kommuner (emnet er heller ikke taget op i forbindelse med supervisionen), ligesom arrangementerne heller ikke har givet anledning til nogle formelle ændringer i praksis i de tre kommuner. Forandringerne ser derimod ud til at være båret af enkeltindivider. Den manglende "formelle" integration af arrangementerne i praksis kan i høj grad forklare, hvorfor virkningen ser ud til at være så individ-afhængig. Som medarbejderne også selv er opmærksomme på i nedenstående citat, betyder arrangementets korte varighed, at der er et stort oplevet behov for (løbende) opfølgning på arrangementet, hvis det skal kunne skabe en mere grundlæggende virkning:

Efterrefleksion er vigtig for, at læring huskes og forankres

Hjemmevejleder (pædagog): Jeg synes, det gav rigtig meget, de tre timer. Men jeg oplever, at i vores arbejde er der mange faglige dage, hvor så er der fokus på det emne, og så er der fokus på det emne. Og vi er pressede og travle i vores hverdag. Så er vi videre. Der skulle være en opsamling, efterfølgende, hvor man samler op på de ting, som man har taget til sig og har fået ud af det... at det ikke bliver noget, vi skal komme i tanke om, men at det bliver noget, vi skal nå: Jamen kan vi ud fra det her, vi har oplevet i dag... Vi har fået fokus på det. Vi har fået nogle gode ideer fra nogle af de andre, at det er en god måde at gøre det på. Hvordan kan vi få gjort det, uden at det går i glemmebogen. (Kommune A)

Interviewer: Har I nogle forslag til, hvordan man kunne forankre arrangementet bedre?

Aktivitetsmedarbejder (socialrådgiver): Altså efterrefleksion. Et eller andet sted. Og det kunne man jo egentlig godt lægge op til, som dem der står for arrangementet, at lægge en eller anden opgave ud, eller man kunne have et stykke papir eller noget, man sådan skulle efterarbejde, fordi det er sådan noget, som jeg synes sker mange gange med det, vi har gang i. At vi ikke gør det. Og jeg elsker, og derfor blev jeg glad for at få tilbuddet om at være med her [til fokusgruppen], fordi jeg synes, at det giver så meget at efterrefleksion. Så det kunne man egentlig godt som den, der udbyder det her, have det [efterrefleksion] med ind i overvejsen: Hvordan kan denne her personalegruppe arbejde videre med det her? Så det ikke bare stopper, når man gå ud af døren med den der to-go sandwich... Man kunne tvinge os til at få det til at rodfæste sig endnu mere.

Efterrefleksion er vigtig for, at læring huskes og forankres

Aktivitetsmedarbejder (pædagog): Ja! Man kunne godt have lagt en opgave ud: Bruge den næste tid på at spotte eller gøre et eller andet konkret.

Aktivitetsmedarbejder (socialrådgiver): Eller tage en drøftelse om det her ude på teammøde, sådan så man lige får fanget den ind igen.

Hjemmevejleder (pædagog): Det tror jeg kunne være sundt. (Kommune B)

Den manglende organisatoriske forankring kan bl.a. hænge sammen med graden af ledelsesinvolvering i arrangementet. For eksempel deltog mellemlederne i Kommune A i vid udstrækning ikke selv ved arrangementet, fordi der var et ledelsesmøde på samme tid, som arrangementet fandt sted. Som omtalt oplevede mellemlederne i Kommune C heller ikke, at henholdsvis timing og tema var specielt hensigtsmæssigt for deres døgntilbud, hvilket naturligvis begrænser deres ejerskab i forhold til at tage temaet op efterfølgende. Indsatsteamet selv forklarer således også vigtigheden af at have ledelsen med ved arrangementerne. De har således oplevet, at arrangementet i en af de deltagende kommuner fik lederne til at genoverveje deres spareplaner, som én fra indsatsteamet forklarer nedenfor:

En kommune genovervejer ressourceprioritering efter arrangementet

Medlem af indsatsteam: I socialpsykiatrien i [navn på kommune] havde vi en lidt sjov oplevelse. Der havde de talt om at omprioritere ressourcerne, og bl.a. om følgeskab og bisiddere skulle være noget, de satsede på. Og så kom vi og fortalte, hvor vigtige de var, og afdelingslederen sagde derefter til gruppen – der er måske noget her, vi skal revurdere. Man bliver nødt til ikke at tænke i kasser i psykiatri og somatik – man bliver nødt til at tænke det sammen og få skabt forståelse for forskellige fagligheder. Ligesom der skete i dag: Jamen jeg har jo fået et helt andet blik på lægen. Jeg blev helt glad. For hvis man får et andet blik på et andet menneske, så forandrer man jo også egen adfærd og tilgang. Lægen er ikke dum, han skal hjælpes, og jeg har noget andet faglighed, jeg kan spille ind med. (Indsatsteam)

Indsatsteammedlemmet beskriver i citatet, at en kommune efter indsatsen har genovervejet en omprioritering af ressourcer, som ville have betydet, at der skulle skæres i midler til at agere bisiddere for borgerne. Selvom ledelsesinvolvering på den måde ser ud til at være en vigtig faktor for forankring, skal det dog fremhæves, at opfølgning også efterspørges i Kommune B og C, hvor lederne var involveret i og deltog ved arrangementerne.

7 Metodens anvendelighed

Et af målene med evalueringen har været at diskutere anvendeligheden og overførbareheden af arrangementernes metode. Dette kapitel har fokus på, hvordan og hvorfor den benyttede metode kan være anvendelig til kompetenceudviklende og sundhedsoplysende indsatser. Hertil benytter vi interviewene med både medarbejdere og ledere i socialpsykiatrien.

Aktiviteterne i 'Gå til lægen i tide' er bevidst designet af Region Sjælland som en ny og anderledes sundhedsoplysende indsats – en indsats, der bygger på antagelsen om, at overdødelighed i gruppen af borgere tilknyttet socialpsykiatrien i begrænset grad ville kunne imødegås via massekommunikation eller lineære sundhedskampagner. I stedet var det en bærende antagelse, at en mere effektiv måde at reducere overdødelighed og ulighed i sundhed for denne målgruppe ville være at klæde medarbejdere i socialpsykiatrien på til at "bære" viden om kropsforandringer ind i disse borgers hjem som "ambassadører". For at sikre, at medarbejderne kunne indtage denne rolle som ambassadører, vurderede man desuden – som beskrevet i 1.4, at det ikke var tilstrækkeligt med et sundhedsfagligt oplæg. I stedet ønskede man at kombinere et sådant oplæg med dilemmaspil. Antagelsen var, at kombinationen af oplæg og dilemmaspil ville sikre, at:

- abstrakt viden blev situeret og omsat til praksisnær og lokal viden
- formidling blev problembaseret og interaktiv.

Man fandt, at den praksisnære og problemorienterede læring var afgørende for at "empower" medarbejderne i rollen som ambassadører.

Virkingen af metoden er allerede blevet diskuteret i kapitel 4, 5 og 6. I dette kapitel fokuserer vi derfor først på, hvorfor metoden kan være anvendelig til at "empower" medarbejderne i socialpsykiatrien, og derefter på, hvordan principperne om en situeret, praksisnær og problembaseret læring influerer på metodens anvendelighed. I kapitlet fokuserer vi primært på anvendeligheden af dilemmaspillene, fordi det er dette element af indsatsen, som medarbejderne kan huske og associerer den største virkning med.

7.1 Empowerment: Potentialiet i at skabe ambassadører

Spørger man medarbejdere og ledere i socialpsykiatrien om det potentiale, der ligger i antagelsen, om man kan skabe en sundhedsfaglig indsats for borgerne ved at skabe "empowerment" blandt medarbejderne, er svaret, at det er stort. I citatet nedenfor udfolder nogle medarbejdere fra C3 hvorfor:

Medarbejderne er vigtige forandringsagenter

Interviewer: Et mål [med arrangementerne] har været, at borgerne blev mere bevidst om deres kropsforandringer, så I ligesom bliver ambassadør ude i borgerens hjem. Synes I, det har givet mening?

Hjemmevejleder (ergoterapeut): Absolut.

Interviewer: Kan I udfolde det lidt?

*Hjemmevejleder (ergoterapeut): Ja, fordi det er jo os, der kommer dér. Hvem skal ellers gøre det? – der skal observere og få dem til lægen og sådan. Altså, det er jo lige nøjagtig os som de første.
(Kommune C2)*

Som citatet viser, beskriver medarbejderne i Kommune C2, at det netop giver mening at "empower" dem, fordi det er dem, der kommer i borgernes hjem; dem, der observerer borgerne, og dem, der kan få dem til lægen. Selvom der – som omtalt i afsnit 6.3 – er delte meninger om behovet for at opdatere særligt de sundhedsfaglige medarbejders, udfolder én leder – en sygeplejerske fra døgn-tilbuddet C3, der har arbejdet med kompetenceudvikling i flere år – nedenfor, hvorfor hun mener, det er afgørende i stigende grad at klæde medarbejderne i socialpsykiatrien på til at antage et somatisk perspektiv uafhængig af deres faglighed:

Afgørende at give medarbejderne et somatisk blik

Interviewer: Men du tænker i forhold til jeres målgruppe af medarbejdere her og den måde, de lærer på [er metoden anvendelig]?

Leder: Ja, fordi den personalesammensætning, der er her, det er jo alt fra de gamle sygehjælpere og pædagogassistenter... Ikke fordi der er så mange, og når de holder op, så er det primært pædagoger og sygeplejersker og assistenter. Men mange af dem har jo ikke opdateret sig i mange år og slet ikke inden for det somatiske område. Hvis man tænker historisk i det... ligesom for mit eget vedkommende, dengang jeg stod i det valg som sygeplejerske: Vil jeg somatik eller vil jeg psykiatri? Og så vælger man, og det vil jo så sige, at så har man fravalgt alt det dér med sonde og kateter og dåt dåt... Og så er det noget helt andet. Og det er jo en ligeså stor verden som alt det andet. Der har jo ikke været fokus på det fysiske på den måde, fordi man har arbejdet med de psykiske og de sociale problemstillinger. Det andet var ligesom: Nåh ja, jamen du får nogle piller for noget. Altså selvfølgelig har man vidst, hvis folk har sukkersyge – ikke på den måde. Men opmærksomheden har ikke været der, og det har man jo også kunne se i vores dokumentation, og det har det ikke. Altså folk har ikke termerne, fordi de har ikke været i det dér, og det er jo dér, hvor man kan sige, at billedet, i takt med at der bliver færre og færre pladser på sygehuse, og flere og flere borgere der har brug for det, jamen så får vi dem jo hjem meget, meget tidligere, end man ellers ville have fået. Det vil sige, man får nogle opgaver, vi som personale i bund og grund ikke er klædt på til. (Kommune C1)

Flere medarbejdere og ledere reflekterer også på forskellige niveauer over, hvorfor den valgte metode er god til at "empower" netop dem som medarbejderne. De fremhæver, at metoden – særligt dilemmaspillene – er anvendelige i socialpsykiatrien på grund af arbejdets karakter: relationsarbejde. Derudover begrundes de metodens anvendelighed med, at de ikke har siddet på skolebænken i mange år og derfor har svært ved at "koncentrere sig", når de hører oplæg og foredrag – og i det perspektiv repræsenterer særligt dilemmaspillene en alternativ og brugbar form for mange. Som én medarbejder forklarer nedenfor:

En ny og anderledes læringsform i socialpsykiatrien

Botilbudsmedarbejder (pædagog): Jeg kan godt huske, at jeg tog mig til hovedet og tænkte: 'Hold da op, det bliver en lang eftermiddag, er der ikke snart kage' (alle griner).

Interviewer: Det er jo meget interessant, at I oplever, at det [dilemmasillet] har lagret sig på en anden måde?

Botilbudsmedarbejder (pædagog): Jo, også fordi det er anderledes, ikke? Jeg har været til mange foredrag, men det er første gang, jeg har oplevet, at der har været noget skuespil inde i det her foredrag, ikke? Ellers plejer det jo bare at være oplæg efter oplæg, så der skete jo noget andet, og derfor blev man draget af det, samtidig med at det var nogle rigtig dygtige skuespillere – blev man jo sådan lidt 'nå fedt'. Så på den måde tænker jeg, at man bedre kan huske det. (Kommune C3)

Hovedparten af medarbejdere og ledere er således enige om, at særligt dilemmaspillene har været en alternativ, brugbar og meningsfuld metode til at "empower" medarbejderne som ambassadører for et somatisk blik. Det skyldes både medarbejdernes unikke kontakt til borgerne, arbejdets karakter, det stigende behov for at have et somatisk blik i socialpsykiatrien og medarbejdernes præferencer for at inddrage dilemmaspil frem for mere lineær læring. Men det skyldes også – som beskrevet i afsnit 5.1, at lederne oplever, at medarbejderne i socialpsykiatrien får et stort udbytte af "hands-on"-læring, fordi de med dilemmaspillene ikke bare får viden eller et redskab i hånden, men derimod får en idé om, hvordan denne viden kan omsættes i praksis. Nedenfor vil vi gå mere i detaljer med de muligheder og begrænsninger, der ligger i netop denne metode.

7.2 Situeret og visuelt: Mulighed for at betragte egen praksis udefra

Alle de interviewede medarbejdere og ledere fremhæver, at dilemmasplet set i forhold til oplægget er en meget anvendelig og virkningsfuld metode til at holde deres fokus. De fremhæver, at dilemmaspillenes evne til at gøre den viden, der formidles, situeret og lokal, gør, at de "ikke stiger af", bedre kan huske de ting, der bliver formidlet, og bedre relaterer det formidlede direkte til deres daglige arbejde og kerneopgaven, som en medarbejder beskriver nedenfor:

Dilemmaspil skaber visualisering og fokus

Interviewer: Kan I udfolde lidt, hvad det er, skuespillet giver jer?

Misbrugsmedarbejder (assistent): Jeg tror, at man kan sidde og læse sig til meget, men at se det i billeder, det kan man vel godt kalde det, så genkalder man nogle gange også bare nogle situationer, man måske selv har siddet i eller... Det visuelle på den der måde fanger bare på en anden måde, end hvis du læser. Eller de havde stået ved plancher og sagt et eller andet. Jeg tror, at man er mere på, fordi der sker nogle andre ting, end når de står og snakker. Der kan man jo godt. Nogle gange er tanker lidt et andet sted. Det synes jeg ikke, det gør, når det er sådan noget, der sker. (Kommune A)

Som denne medarbejder beskriver, giver skuespillet nogle "billeder" og noget "visuelt", som plancher, slides eller "én der står og snakker" ikke kan give på samme måde. Dette visuelle element gør, at man ikke står af, men i stedet er mere "på" og genkalder sig nogle situationer fra ens eget arbejde. Eller – som mange medarbejdere beskriver – gør det oplevelsen mere "virkelig".

En lang række medarbejdere udfolder, at det 'visuelle' element, der er mere fremtrædende i skuespillet frem for fx en slide, er, at de kan se de arbejdssituationer, de indgår i til daglig, "udefra" eller fra en "helikopter". Nedenfor udfolder nogle medarbejdere, hvordan denne visualisering har givet dem mulighed for at observere og reflektere over den betydning som fx kropssprog, mimik og påklædning spiller for de interaktioner, de indgår i.

Dilemmaspil skaber helikoptersyn på egen praksis

Hjemmevejleder (assistent 1): Det [dilemmaspillene] gav det der helikoptersyn, når man sad der.

Interviewer: Du sagde noget med, at man lever sig ind i det på en anden måde?

Hjemmevejleder (assistent 2): Ja, altså når vi snakker, er der jo så meget andet. Altså kropssproget, mimik og sådan nogle ting, som bliver mere tydeligt, når man sidder og kigger på et skuespil. Man sidder og ser på sig selv på en måde. Gennem en anden. Sådan lidt hvordan sidder jeg egentlig, når jeg er ude hos borgeren. (...)

Dilemmaspil skaber helikoptersyn på egen praksis

Hjemmevejleder (assistent 1): Man reflekterer mere over det, og måske lagrer noget og tænker: Aah, så kunne man måske, fordi du ser det ude fra i forhold til, at du sidder i situationen. Så kan man tage noget med sig dér måske til en anden gang og tænke, at man måske kunne gøre det anderledes, måske. Ikke sikkert, men det kan give nogle redskaber. Nogle andre redskaber. Du ser det på en anden måde, når du ikke er en del af det. Så kan du bedre reflektere over det, synes jeg. Over situationen. (Kommune C2)

Som det fremgår af citatet ovenfor, fremhæver nogle af medarbejderne, at det visuelle ikke kun giver medarbejderne mulighed for at genkalde sig situationer fra deres dagligdag, men også er noget, de kan bruge fremadrettet, fx få dem til at overveje deres eget kropssprog i interaktionen med borgeren.

Det visuelle aspekt er dog ikke det eneste, der sikrer refleksion i forbindelse med dilemmaspillene. Som arrangørerne selv er inde på, spiller den grad af "genkendelighed", som deltagerne oplever, også en central rolle for, at fokus holdes. Nedenfor er to citater, der beskriver det udbytte, som medarbejderne, får når situationen henholdsvis er eller ikke er genkendelig:

Table 7.1 Genkendelighed er afgørende for at flytte fokus fra skuespillets kvalitet til praksis

Resultatet af genkendelighed	Resultatet af manglende genkendelighed
<p><i>Hjemmevejleder (pædagog): For mig var det. Det vakte genklang, og der var sådan en genkendelighed i det ofte; nogle episoder, man har oplevet, ikke kun i forhold til arbejde, men i sit liv. Hvornår gør man noget, og hvornår gør man ikke noget? Hvad er det, der stopper én? (...)</i></p> <p><i>Hjemmevejleder (socialpædagog): Jeg synes også, at jeg kunne genkende nogle borgertyper, hvor jeg kom til at tænke: Det der! Der er lige den type adfærd, som en bestemt borger har, ikke. Og man kan sige, at den adfærd dér er voldsom og halvaggressiv. Det er jo en adfærd, der hurtigt fylder mere end den adfærd, der er forsigtig og tilbageholdende og sådan noget. Det blev meget tydeligt for én, at de har brug for det samme, men beder om det på meget forskellige måder. Så det var utrolig godt med den der måde, at det blev tydeliggjort af skuespillerne [...] Men det var sådan noget, der poppede op hos mig ved de der forskellige typer, der kom ind hos lægen. Det var noget genkendeligt for mig. (Kommune A)</i></p>	<p><i>Botilbudsmedarbejder (assistent 1): Det [skuespillet] kunne også godt blive sådan lidt kunstigt og overspillet.</i></p> <p><i>Interviewer: Kan du forklare det?</i></p> <p><i>Botilbudsmedarbejder (assistent 1): Ja, altså noget af det kunne jeg relatere til, men noget af det kunne jeg også synes, blev for kunstigt. At jeg ikke sådan helt alligevel kunne sætte mig ind i det. Jeg kan ikke helt forklare hvordan. Jeg kan bare huske den der følelse af, at det var sjovt at se på, men jeg er ikke helt sikker på, at det var noget, der ville ske i virkeligheden på den måde.</i></p> <p><i>Botilbudsmedarbejder (assistent 2): Jeg tænker, når man er skuespiller, og man får en rolle, så skal man lige vide, nå, men hvad er det for en type menneske eller hvad ved jeg. På mig virkede det, som om at de ikke anede, hvad det var de havde med at gøre. (...) De havde slet ikke sat sig ind i psykiatrien eller den syges hjerne og hoved. Hvad der kan ske. Man kan jo ikke sætte sig 100 procent ind i det, men man kan hvert fald godt gå ind og se, hvad det er for nogle mennesker, hvad har de, hvordan virker de, hvordan ser de ud, hvad gør de, hvad er deres bevægelser? Alt det dér.</i></p> <p><i>Botilbudsmedarbejder (assistent 1): Det blev lidt mere grinagtigt på en eller anden måde. Lidt latterligt.</i></p> <p><i>Botilbudsmedarbejder (assistent 1): Vi grinede meget.</i></p>

Resultatet af genkendelighed	Resultatet af manglende genkendelighed
	<i>Botilbudsmedarbejder (assistent 1): Men omvendt sætter det sig jo fast. Nu er det godt nok lang tid siden, og jeg kan ikke huske ret meget af det, men alligevel satte det sig alligevel fast noget af det, man synes kunne være relevant for éns hverdag, det satte sig fast. Måske alligevel, fordi det var lidt overspillet og morsomt, men alligevel kunne man godt relatere til det. Ej. Jeg ved ikke, hvad jeg skal sige. (Kommune C3)</i>

Som disse to citater illustrerer, er det de situationer og karakterer, der har været "genkendelige" og gav "genklang", der har sat sig "fast", og for nogle medarbejderes vedkommende fx har fået dem til at reflektere over, hvad borgere med forskellige attituder gør ved dem. Omvendt ser det ud til, at en manglende "genklang" risikerer at forskyde fokus fra refleksion over egen praksis til en vurdering af skuespillernes evne til at spille skuespil eller underholdningsværdien af at se skuespil.

7.3 Problembaseret og interaktivt: Mulighed for at "mærke" egen praksis og prøve noget af

Anvendeligheden af metodens fokus på problembaseret og interaktiv læring er mere omdiskuteret blandt medarbejderne og lederne. Som allerede omtalt var det i udgangspunktet en antagelse blandt arrangørerne, at det at basere dilemmaspillene på en "uhensigtsmæssig dialog" kunne være et vigtigt redskab til at skabe et problemorienteret og interaktivt læringsrum.

Anvendeligheden af at præsentere medarbejderne for en "svær" situation er allerede implicit omtalt i kapitel 4. Her beskrives, at den "svære" situationen både hjemme hos borgeren og hos lægen (Dilemmaspil 1 og 2) i høj grad kan være anvendelig til – i tråd med læringsmålet – at skabe en platform for, at flere forskellige refleksioner og løsningsmodeller kommer på banen. Derudover beskrives det også, at den svære situation kan muliggøre, at nogle medarbejdere reflekterer over og aktivt forsøger at løse de dilemmaer og etiske problemstillinger, der er forbundet med det motive-rende arbejde og bisidderrollen – særligt hvis de kan genkende situationen og problemstillingen.

Anvendeligheden af den øvelse, der handler om, at medarbejderne skal op og spille med, vækker dog forskellige synspunkter. Nedenfor diskuterer en række medarbejdere fordele og ulemper ved øvelsen. I den konkrete situation har to af dem, "M" og "P", selv været på "scenen" i henholdsvis den motiverende samtale (Dilemmaspil 1) og i lægesituationen (Dilemmaspil 2), mens "B" og "N" har "kigget på". Desuden har M erstattet en anden af sine kollegaer, "Y", der var på "scenen" før ham. Det er et langt citat, hvor omdrejningspunktet for diskussionen bliver, om øvelsen skaber et læringsrum, eller om den risikerer at blive kunstig og skabe fokus på at vurdere, hvor gode medarbejderne er til at udføre deres job:

Interaktivitet: At lade medarbejderne spille "med" kan skabe læringsrum eller fejlfinding

Interviewer: Jeg kunne faktisk godt tænke mig at vende tilbage til det med, at nogle af jer var oppe. Det var jo dig, M og P, der var oppe?

Aktivtetsmedarbejder (pædagog)/hjemmevejleder (assistent): Ja.

Hjemmevejleder (pædagog): I tog én for holdet [alle griner].

Interaktivitet: At lade medarbejderne spille "med" kan skabe læringsrum eller fejlfinding

Hjemmevejleder (assistent): [Oppe i situationen med lægen]: Ja, fordi jeg syntes, det var pinligt, at der ikke var nogle andre, der meldte sig. Jeg synes faktisk ikke rigtig, at jeg har sådan nogle sager [vedrørende somatiske problemstillinger], når jeg kommer ud [vedrørende den motiverende samtale, Dilemmaspil 1]. Men grunden til, at jeg så valgte i sidste ende... Jeg havde ikke lyst til at sidde deroppe. Det havde jeg virkelig ikke, men det var måske også et eller andet sted, hvor jeg følte mig hjemme [i lægesituationen, Dilemmaspil 2], fordi jeg tit har stået i de situationer, netop over for en læge sammen med en borger.

Aktivitetsmedarbejder (pædagog): [Oppe i situationen med den motiverende samtale]: Men jeg tror netop, fordi min indgangsvinkel ind i det, det er, at mit arbejde er relationsarbejde, og jeg tænker, at det var den vej, jeg tænkte hele tiden ind i alt det her. Jeg har et arbejde i at skabe en relation, og det er i bund og grund det, jeg skal. Også i forhold til at være med til at spotte de her ting og gøre de her ting og hjælpe på vej i den rigtige vej. Så det er min indgangsvinkel, og det er også derfor, at jeg i og for sig ikke havde nogle problemer med at stille mig op, selvom det er helt vildt grænseoverskridende, men det er det jo også, hver gang der kommer en ny borger ind. Det er det jo også, hver gang at man skal ud med borgerne til et eller andet nyt, eller hvad pokker det nu kan være. Så på den led tænker jeg/for mig er indgangsvinklen relationsarbejdet, det er min arbejdsopgave i det her. Og så alt det andet, det er jo bare en gevinst for borgeren i forhold til at blive spottet på sygdom og på lignende, samtidig med at man også har en eller andet form for sundhedsfagligt ansvar på trods af alt.

Interviewer: Okay, nu siger I det her med, at det er lidt grænseoverskridende det her med at komme op, men kan I forklare, hvordan I oplevede det at være oppe? M, du efterfulgte en anden kollega [Y], ikke, der først havde forsøgt at løse situationen?

Aktivitetsmedarbejder (pædagog): Ja... jamen jeg tænkte, det her kunne give mig en inspiration til... en anderledes indgangsvinkel måske. Men jeg tænker ikke/som sådan virker det stadig som en kunstig situation. En kunstig løsningsmodel eller en kunstig forklaring på, hvad der egentlig sker, når du sidder deroppe. Og jeg er heller ikke sikker på, at reaktionen havde været den helt samme, hvis jeg havde siddet over for vedkommende i virkeligheden, så på den måde bliver det også sådan lidt kunstigt. Men jeg tænker det som en idé, en inspiration til, at indgangsvinklen skal være på borgernes præmisser. Det er i bund og grund også en af grundstenene i [hans afdeling], ikke... Og man kan sige, at vi snakker jo meget inden for recovery og så som jeg siger, i forhold til det her med at gå til læge og sådan noget. Vi gør det jo socialpsykologisk og lignende. Der gør vi jo også nogle gange nogle ting ud over vores normale rammer. Så man kan sige, at for mig er der ikke den store forskel på, om det er krop eller sind. Jeg tænker i bund og grund, at det er to lige vigtige dele.

Aktivitetsmedarbejder (socialrådgiver): Altså for mig virkede det, som om at det handlede om, hvem der gjorde det bedst, og det bryder jeg mig ikke om. Er det M eller Y's måde at gøre det på? Jeg synes, det får et skift af at være en information eller et fokus på et spændende område, der handler om sygdom og hvordan vi i tide... Og når man så sætter det op på den her måde, så bliver det sådan: Ah, M han havde styr på det, eller det var en god måde osv., han gjorde det på, men samtidig er det måske også noget, man skulle blive bedre til at øve sig i. At lave sådan nogle rollespil eller ikke føle, at det var så grænseoverskridende, men det var alligevel mange mennesker, der sad og kiggede på det, og jeg bryder mig ikke om, når det lige pludselig får det skift af, at hun gjorde det ikke så godt, men han gjorde det godt, eller sådan [M hvisker arh]. Det ikke sygdommen og det spændende, der er i fokus. Men det er måske bare mig, der er følsom over for sådan noget. For jeg mener ikke, at det var det, der var øvelsen, nemlig.

Aktivitetsmedarbejder (pædagog): Og jeg tror også, at det var den følelse, jeg selv sad med. Det virkede sådan lidt kunstigt, ikke. På en eller anden måde i den sammenhæng, fordi at det jo ikke var det, der var fokuset.

Interaktivitet: At lade medarbejderne spille "med" kan skabe læringsrum eller fejlfinding

Hjemmevejleder (assistent): Nå, men altså da jeg sådan nåede ud over den der grænse dér og egentlig sad deroppe, og bagefter tænkte jeg jo på, at det havde været en super fed oplevelse. Og det gjorde jeg, fordi at jeg ser det jo som et læringsrum modsat dig, som tænker: The good guy and the bad guy, eller du duer ikke til noget, eller du knækkede koden, og det gjorde du ikke. Altså, jeg ser det jo virkelig som et læringsrum. Virkelig. Som når vi øver i bedste stil, over det hele. Så tænker jeg, at det her med, at vi kan få lov at have sådan et forum, og så have to så knalddygtige skuespillere, som kan drive det, fordi det kan de jo!

Aktivitetsmedarbejder (socialrådgiver): Ja, de var pissedygtige.

Hjemmevejleder (assistent): Og det synes jeg, jo er fedt, fordi vi bliver jo også i den grad udfordret. Jeg tænkte, nu skal jeg forhåbentlig også kunne få sagt noget, så jeg også kan give mine kollegaer noget med på vejen af både det ene og det andet. Både sådan skal man i hvert fald ikke gøre, og sådan kunne man gøre. Se det som et læringsrum, og jeg følte mig fuldstændig tryk i de to skuespillere, fordi jeg tænker, at det er det, de lever af. Så de skal nok kunne få drejet mig hen, så jeg ikke bliver fuldstændig til grin. Så dels følte jeg mig også tryk, fordi jeg kendte nogle af kollegaerne rigtig godt og nogle knap så godt. Men det følte jeg mig egentlig fuldstændig tryk i, også fordi at jeg havde de skuespillere, hvor jeg vidste, at det havde de fuldstændig styr på. Så jeg følte det som et trygt rum. Jeg følte, at jeg kunne bidrage både på den ene og den anden måde.

Aktivitetsmedarbejder (pædagog): Jamen, det var også sådan, jeg havde det, men jeg kan godt se den anden side også [den med at der er nogle, der kan blive udstillet].

Hjemmevejleder (assistent): Ja, og det kan jeg også sagtens.

Aktivitetsmedarbejder (socialrådgiver): Jeg synes bare, at jeg kunne mærke den inde i rummet. Men det kan godt være, at det her med, at man får lidt kriller i maven, gør, at man bliver involveret på en eller anden måde.

Aktivitetsmedarbejder (pædagog): Det skubber lidt til én. (Kommune B)

Som citatet viser, deler M og P, der har været oppe og skulle "spille", en oplevelse af, at situationen på den ene side har været grænseoverskridende, men på den anden side har været en "super fed oplevelse". Det anvendelige ved øvelsen var ifølge M og P, at de følte sig trygge, og at øvelsen gav mulighed for, at der blev skabt et læringsrum, hvor de kunne "øve sig" og prøve nogle forskellige ting af. M nævner specifikt, at øvelsen skabte fokus på, hvordan man i relationsarbejdet kan arbejde med at spotte somatiske problemstillinger. Særligt en af de medarbejdere, B, der har "kigget" på, og til dels M og mindre grad P peger dog også på, at risikoen ved øvelsen omvendt er, at fokus flyttes fra problemstillingen om somatiske problemstillinger til et rum, hvor der er fokus på at vurdere ens kollegaers faglighed – "hvem der gør det bedst", "the good guy or the bad guy".

Indsatsteamet fremhæver, at den interaktive form, hvor medarbejderne bliver bragt på banen som medskabere i at løse problemstillingen, i deres øjne er vigtig, fordi "involvering" gør situationen mere "virkelig"⁷. Omvendt fremhæver de også, at de er opmærksomme på, at en begrænsning ved anvendelsen af øvelsen, som P også er inde på i citatet ovenfor, er, at det kræver trygge rammer at stille sig op foran sine kollegaer, hvilket ikke altid er let at skabe på grund af, at arrangementet kun varer tre timer og ikke er et forløb, hvor alle lærer hinanden godt at kende. Derfor beskriver de også selv, at én af deres fornemmeste opgaver som facilitatorer er at sætte en stopper for, at rummet bliver for "dømmende".

En anden dimension af anvendeligheden af, at medarbejderne præsenteres for en "svær" situation, handler om de potentialer, der er ved at se nogle af de problemstillinger, man typisk møder i sin

⁷ Desuden er dette element også i høj grad -> forumteateret.

hverdag, fra et nyt perspektiv – både i forhold til at mærke efter, hvad problemstillingerne gør ved én, fx hvilke følelser de vækker, og i forhold til at se borgerne og sine samarbejdspartnere med nye øjne.

Flere medarbejdere fremhæver, at karaktererne i de ”svære” situationer giver anledning til, at deres følelser vækkes, særligt hvis de kan genkalde sig eller genkende situationen. Flere medarbejdere fremhæver således også, at de oplever, at det er meget anvendeligt, at de og skuespillerne undervejs blev bedt om at reflektere over, hvilke følelser der bliver vakt i dem, når de betragter dialogen, som en medarbejder forklarer nedenfor:

Bevidstgørelse af følelser

Interviewer: Undervejs i dilemmaspiilet blev I også flere gange bedt om det her med at føle efter. Hvad tænkte i umiddelbart om den øvelse?

Aktivitetsmedarbejder (pædagog): Det gav mening for mig. Det var også, fordi at skuespillerne på et tidspunkt sagde 'prøv lige at mærke efter i én selv'. Der blev de [skuespillerne] også spurgt. De skulle spille nogle forskellige roller, og de gav selv udtryk for, at han faktisk blev ked af det. Og der syntes han, at nu var det nok, ikke. Jeg syntes, det var vigtigt. Jeg synes, det er en vigtig del af en øvelse at gå ind i sig selv og mærke efter i sig selv. Jeg bliver egentlig ked af det her, eller jeg bliver faktisk vred... [...]. Det, at man skal mærke efter, gør, at man kommer på tanker. Jeg begyndte straks at reflektere. (Kommune A)

En leder fremhæver, at fokus på de svære situationer og de følelser, de vækker, er en god øvelse, fordi hun – som citatet nedenfor illustrerer – oplever, at det er de svære situationer eller det, hun kalder de ”dårlige fortællinger”, som hendes medarbejdere ofte er optagede af, fx besværet med at motivere en borger eller det vanskelige samarbejde med lægen. Det, at dilemmaspiillene sætter fokus på dem, betyder nemlig i hendes optik, at medarbejderne får en platform, hvor de kan bringe nogle af disse dårlige fortællinger op og se dem fra et nyt perspektiv. Det nye perspektiv handler – som beskrevet i afsnit 4.3 dels om, at medarbejderne får mulighed for at se situationen udefra (det omtalte helikopterblik), dels også for hende om, at man får indblik i, hvad der ligger ”bagved” den svære situation, dvs. bl.a. det bidrag, som medarbejderne selv har til at skabe den svære situation, fx ved at være meget dømmende over for borgeren og samarbejdspartnere:

Mulighed for at se dårlige fortællinger i et nyt lys

Leder: Jamen, det bliver jeg sådan lidt glad for også nogen gange. At der også er nogen, der har øje for det. At der også sker – der er også noget positivt i det. Det er måske også, fordi at jeg selv er optaget af, "hvorfors er det altid de dårlige fortællinger, vi skal fokusere på"? Uden – det gør vi jo alle sammen, vi er faktisk meget dømmende, uden sådan at reflektere nærmere over, hvad det egentlig er, der ligger bagved. Fordi det kan jo være, at der ligger noget andet bagved. Men det er jo ikke det, vi får spurgt om. Og det samme gør sig jo også lidt over for borgerne, nogle gange når de kommer ind. Det er ikke altid, at vi lige får spurgt ind til, vel. Uden at vi sådan ligesom lige, måske i hvert fald cutter dem lidt af. Og det... det sætter rigtig mange tanker i gang sådan et spil, tænker jeg lidt. (Kommune B)

Interviewene og arrangementerne viser dog også, at der er en risiko forbundet med aktivt at anvende et fokus på den svære situation og de dårlige fortællinger i dilemmaspiillene. Faren kan være, at medarbejderne ikke får det nye perspektiv på, hvad der ligger bag situationen, som lederen ovenfor omtaler, men i stedet for bare får bekræftet deres dårlige fortælling. Særligt Dilemmaspil 2 med lægen og lægekonsultationen viser denne risiko tydeligt.

Indsatsteamet forklarer, at lægekarakteren er trukket lidt "skarpt" op i Dilemmaspil 2, netop for at sætte den vanskelige situation lidt "på spidsen". Lægen tager ikke borgerens henvendelse om et somatisk symptom alvorligt og snakker hen over hovedet på vedkommende. Den umiddelbare feedback fra deltagerne alle de steder, hvor evaluator har observeret arrangementet, er dog, at lægekarakteren er genkendelig, og at den vækker vrede rettet mod lægen – i hvert fald i udgangspunktet.

Observationer og interview illustrerer, at øvelsen og den skarpt optrukne "dårlige" læge skaber en god platform for at få medarbejderne til at reflektere over, hvor vigtige de kan være i konsultationen. Det er dog mere uklart for evaluator, hvor mange af deltagerne der formår at vende den vrede, som den svære situation skaber mod lægen, og italesættelsen af at læger har ringe kompetencer til at håndtere borgere tilknyttet socialpsykiatrien og derfor har behov for et kursus. Både observationer og interview viser således, at det er meget forskelligt fra arrangement til arrangement og deltager til deltager, hvorvidt de får vendt "vreden" og fingerpegningen af lægen til noget konstruktivt i situationen, fx ved at påpege, at der også er nogle læger, der er "gode"; nævne, at deres egen håndtering har mange paralleler med den måde, som lægerne håndterer borgeren på, eller at lægen også arbejder under svære rammer. Dette sker til trods for, at indsatsteamet er meget opmærksom på at få vendt situationen og lukke ned for fingerpegning – fx kan de sige: "Prøv lige at kigge på lægen med nye øjne".

En interessant pointe, som medarbejdere og ledere rejser i forlængelse af risikoen for at komme til at grave større kløfter i stedet for at bygge bro mellem medarbejderne og de centrale aktører, de møder i deres arbejde, er, at metoden måske havde været mere anvendelig, hvis der havde været andre aktører til stede ved arrangementet. Hovedparten giver således udtryk for, at det kunne været interessant, hvis læger og borgere havde været til stede. Argumenterne for, at lægerne burde være til stede, er fx, a) at lægerne kunne have lært noget om deres "uhensigtsmæssige" måde de ager på, eller b) at deres tilstedeværelse kunne have bygget en bedre bro mellem medarbejdere i socialpsykiatrien og lægerne. Argumentet for at have borgerne med er primært, at dette ville have ligget i forlængelse af en recovery-orienteret tilgang, hvor man ikke skal tale om, men med borgerne. Desuden nævner nogle, at deres tilstedeværelse kunne have sikret, at man kunne tage nogle sager på dagsordenen, som medarbejderne kunne tage fat i efter arrangementet. En leder og nogle medarbejdere fremhæver dog, at det var godt, at lægerne og borgerne ikke var med. De lægger vægt på vigtigheden af at skabe et trygt rum, hvor man ikke skal være begrænset i forhold til de ting, man bringer på banen, er afgørende for at sætte sig selv i spil.

7.4 Opsamling

Dilemmaspillene opleves som en relevant metode til at skabe en sundhedsoplysende indsats, der når ud til borgerne og "empower" medarbejderne. Metoden opleves som anvendelig til at "empower" medarbejderne, fordi den sammenlignet med fx oplæg sikrer, at medarbejdere i læringssituationen fastholder deres fokus (og ikke står af). Samtidig er metoden med dens "visualisering" af konkrete arbejdssituationer anvendelig, fordi den skaber en platform, hvor medarbejderne kan genkalde sig selv og reflektere over egen praksis. Skuespillet kan således både skabe refleksion over situationer, de tidligere har stået i, og give redskaber og fokuspunkter de skal huske at fokusere på i fremtiden (fx hvordan de sidder). En begrænsning ved metodens visuelle og kropsliggjorte aspekt er imidlertid, at dens anvendelighed kræver, at medarbejderne kan genkende situationen, da manglende genkendelse risikerer at flytte medarbejdernes fokus til "skuespillet" frem for noget, der relaterer sig til "virkeligheden" og temaet for dagen. Det er en udfordring i forhold til at lave arrangementer, der skal ramme "bredt" i socialpsykiatrien, fordi medarbejderne arbejder i mange forskellige kontekster og med meget forskellige borgere.

Den problembaserede og interaktive form anses også for at være meget anvendelig. Den sikrer, at medarbejderne får mulighed for at reflektere over de negative fortællinger, dilemmaer og etiske problemstillinger, der præger deres arbejde. Samtidig er metoden anvendelig til at skabe en platform, hvor medarbejderne kan øve sig i at mærke, hvad de negative fortællinger, dilemmaer og etiske problemstillinger gør ved dem, at se dem fra nye perspektiver og forsøge at løse dem. Dilemmaspillene ser desuden ud til at være anvendelige til at sætte en dagsorden, fx til, hvordan et blik på kropsforandringer kan styrkes. En begrænsning eller risiko ved metoden er dog, at både den interaktive og problembaserede tilgang risikerer at skabe et vurderende og fingerpegende rum frem for et læringsrum⁸. Her kan en problemstilling være, at dagsordenen for arrangementet – fx at man ønsker, at medarbejderne ser vigtigheden af deres rolle hos lægen – kræver, at nogle karakterer bliver trukket (for) hårdt op, og dette kan begrænse læringsrummet for nogle deltagere.

⁸ I forhold til denne faldgrube kan det være relevant at inddrage den viden, der ligger om forumteateret, som dilemmaspillene er inspireret af, men som netop adskiller sig fra dilemmaspillene, fordi de ikke har en dagsorden (der er sat af ledere/magthavere). Forumteateret blev udviklet af Augusto Boal i Brasilien først i tresserne⁸. I Danmark har man siden videreudviklet konceptet, bl.a. ved brug af organisationsteoretikeren Ralph Stacey, således at forumteater i dag benyttes til udvikling af arbejdspladser. Oprindeligt var forumteateret dog politisk agiterende teater, der spillede forestillinger imod Brasiliens militærstyre. Boal fandt imidlertid, at den form for teater ikke gav de undertrykte den nødvendige støtte, men at teateret i virkeligheden kom til at pege fingre af dem, som man ønskede at hjælpe. Derfor begyndte Boal at sætte tilskuerne i centrum og lade dem påvirke handlingen med kommentarer og ved, at de deltog aktivt til at skabe handling. I historien ligger der således en sårbarhed for fingerpegning, som ikke nødvendigvis er knyttet til 'Gå til lægen i tide'-arrangementet, men metoden i sig selv.

8 Menneskelige årsager til diagnoseforsinkelser i socialpsykiatrien

KORA udgav i 2013 et litteraturstudie, der pegede på den vigtige rolle, som "menneskelige faktorer" spiller i forsinket diagnostik. Litteraturstudiet viste, som beskrevet i afsnit 1.5.1, at de menneskelige faktorer, der giver anledning til diagnoseforsinkelser, opstår før (patientforsinkelse), under (interaktionen mellem læge og patient) og efter lægebesøget (lægeforsinkelse).

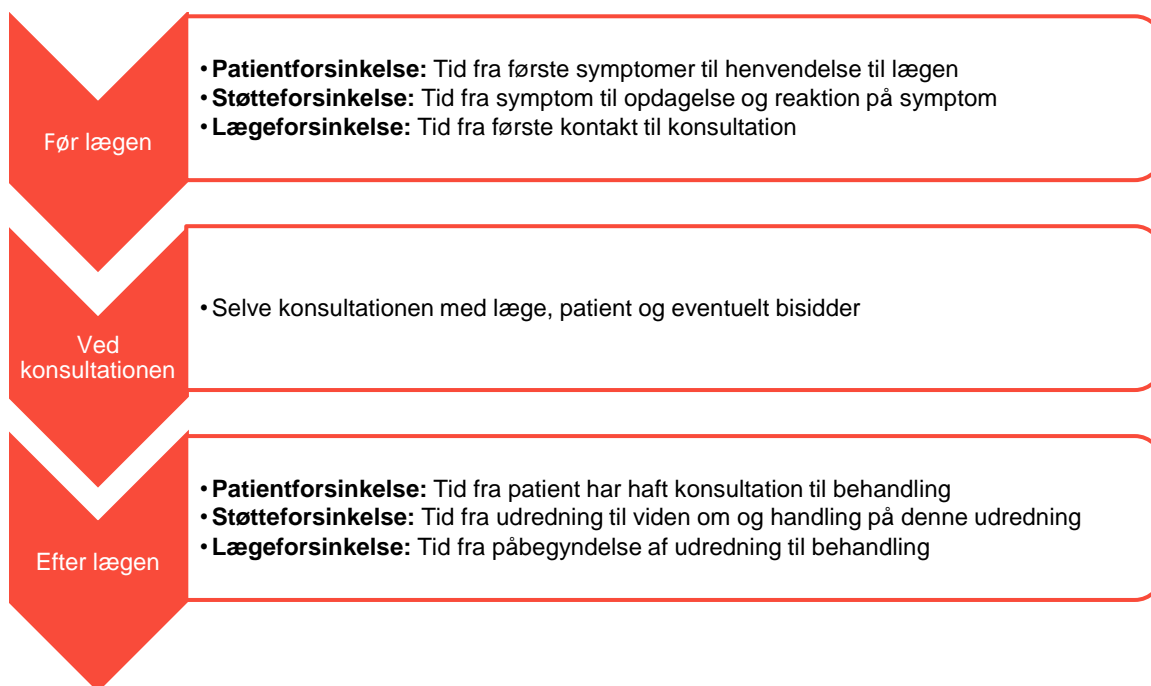
Figur 8.1 Årsager til diagnoseforsinkelser i den almene befolkning



Kilde: (Wentzer, 2013).

Det er i høj grad dette studie, som har udgjort en vigtig forståelsesramme for fokus i indsatsen 'Gå til lægen i tide'. Litteraturstudiet er lavet i forhold til diagnoseforsinkelser i den generelle befolkning, men peger på, at velkendte "ulighedsfaktorer" i adgang til sundhed spiller en vigtig rolle for diagnoseforsinkelse, og at der mangler viden om grupper i befolkningen med særlig risiko for diagnoseforsinkelser. I dette afsnit benytter vi den viden, der er blevet genereret i forbindelse med evalueringen, til at udbygge den sparsomme viden vi har om, hvordan (somatiske) diagnoseforsinkelser opstår blandt borgere, der er tilknyttet socialpsykiatrien. VIVE har bedt både de interviewede læger (to personer), medarbejdere i socialpsykiatrien samt ledere om at reflektere over de særlige problemstillinger omkring diagnoseforsinkelser, som de møder før, under og efter et lægebesøg, og hvordan disse problemstillinger potentielt kan imødegås. Dette har givet anledning til konstruktionen af en ny model, der er illustreret i Figur 8.2. Modellen viser de årsager, der er til diagnose- og behandlingsforsinkelser blandt borgere i socialpsykiatrien set fra lægenes samt medarbejdere og ledere i socialpsykiatriens perspektiv:

Figur 8.2 Årsager til diagnoseforsinkelser blandt borgere i socialpsykiatrien



Helt overordnet viser figuren, at der både er paralleller og forskelle mellem de årsager til diagnoseforsinkelser, man kan finde i den almene befolkning og blandt borgere i socialpsykiatrien mere specifikt. Figurens enkelte elementer vil blive gennemgået i dette kapitel. Helt overordnet viser figuren dog, at de årsager til diagnoseforsinkelser, der opstår *før* konsultationen blandt borgere i socialpsykiatrien – ikke kun som i den almene befolkning, er karakteriseret af patientforsinkelser. Derimod kan man allerede før konsultationen også tale om lægeforsinkelser og støtteforsinkelser. Støtteforsinkelser defineres her som den nødvendige støtte, patienten ikke modtager fra en medarbejder i socialpsykiatrien eller en pårørende, og som resulterer i, at borgeren ikke kommer til læge. Figuren viser også, at årsager til diagnoseforsinkelser ved konsultationen blandt borgere i socialpsykiatrien ikke kun er betinget af dialogen mellem læge og patient, men også af om der er en bisidder (i form af en pårørende eller medarbejder) til stede. Endelig viser figuren, at årsager til diagnose- og behandlingsforsinkelse efter konsultationen ikke kun er betinget af lægeforsinkelser blandt borgere i socialpsykiatrien. Derimod er der også stor risiko for, at der kan opstå patientforsinkelse og støtteforsinkelse efter konsultationen, i og med at patienten ikke kan få og ikke får støtte til at følge op på lægens anvisninger.

8.1 Årsager til diagnoseforsinkelse før konsultationen

Som beskrevet i Figur 8.2 viser evalueringen, at både patientforsinkelse, støtteforsinkelse og lægeforsinkelse, der opstår før lægekonsultationen, er vigtige årsager til, at diagnoseforsinkelse opstår blandt borgere i socialpsykiatrien.

8.1.1 Patientforsinkelse

Patientforsinkelse, som betegner patientens vej fra symptomdebut til konsultation hos lægen, betegnes som et centralt problem blandt de respondenter, der indgår i evalueringen.

I tabellen nedenfor har vi samlet op på de typer af årsager til patientforsinkelser, som medarbejderne i socialpsykiatrien typisk observerer.

Tablet 8.1 Årsager til patientforsinkelser blandt borgere i socialpsykiatrien set fra medarbejderne i socialpsykiatriens perspektiv

Teknik, tid og afstand som barrierer	Frygt for mødet med lægen	Kropslige og mentale barrierer	Undgår bevidst at handle	Sociale barrierer
<p>Begrænsede it-kundskaber (fx krav om NemID og e-Boks).</p> <p>Får ikke bestilt tid (kan ikke overskue at bestille tid på nettet/ringe, sidde i telefonkø eller at ringe i et bestemt tidsrum, fx kl. 8-9).</p> <p>Har svært ved at møde op/møder ikke op til den aftalte tid (manglende transportmulighed, lang transporttid, for lang tid fra aftalt tid til konsultation).</p>	<p>Frygt for lægen.</p> <p>Frygt for ikke at blive taget alvorligt/lyttet til.</p> <p>Frygt for at blive "udskammet"/få skældud fx for livsstil (stigmatisering).</p> <p>Frygt for konsekvenserne: at der er noget galt og at blive sendt videre i systemet, fx til hospitalet.</p> <p>Frygt for ikke at kunne formulere, hvad der er galt.</p>	<p>Svært ved at tage sig selv alvorligt.</p> <p>Svært ved at gøre noget godt for sig selv.</p> <p>Svært ved at mærke egen krop/fysisk smerte (fx fordi det psykiske fylder alt, og der ikke er plads til det fysiske, fordi misbrug slører symptomer).</p>	<p>Har besluttet sig for at leve, fx med kræft.</p>	<p>Har ingen pårørende, der kan støtte dem.</p>

Som det fremgår af tabellen, er der ifølge medarbejderne både tekniske, psykologiske (fx frygt), kropslige/mentale (kropsfornemmelser) og sociale årsager til, at patientforsinkelser opstår før konsultationen. Nogle af disse årsager er også velkendte årsager til diagnoseforsinkelser i den brede befolkning i Danmark, fx de sociale og psykologiske årsager til diagnoseforsinkelse såsom frygten for sygdommens alvor/stigmatisering, manglende social støtte og undgåelse som mestringsstrategi (Pedersen og Anders, 2011). Medarbejderne forklarer dog, at disse årsager forstærkes i gruppen af borgere i socialpsykiatrien, bl.a. – som en medarbejder eksemplificerer – fordi nogle borgere er så angste, så de i forvejen ikke kommer uden for en dør.

Nogle af de ovennævnte årsager til patientforsinkelse, som både medarbejderne og praktiserende læger peger på, er dog også særligt karakteristiske for borgere i socialpsykiatrien. For det første peger medarbejdere og læger på, at en vigtig årsag til patientforsinkelser i denne gruppe er, at borgerne i højere grad risikerer aldrig at opdage deres fysiske symptomer eller kropsforandringer, fordi de hverken ser deres symptomer eller mærker de smerter, der er forbundet med dem. Her fremhæves især misbrugere og udviklingshæmmede som yderst sårbare grupper.

En anden årsag til patientforsinkelser, som medarbejdere og læger nævner, er særligt karakteristiske for borgere tilknyttet socialpsykiatrien, er det, man kunne kalde de mere tekniske årsager til patientforsinkelser i denne gruppe. En leder fremhæver, at der generelt er en tendens til at "teknologificere" sundhedsvæsenet, og at dette er problematisk for nogle borgere i socialpsykiatrien, der generelt har begrænsede it-kundskaber og kan have svært ved elektronisk tidsbestilling, at tjekke e-boks m.m. Borgere i socialpsykiatrien kan også have særligt svært ved fx tålmodigt at skulle vente i telefonkø eller stå op og ringe i telefontiden mellem kl. 8 og 9. Endelig kan det udgøre en særlig udfordring, at nogle har svært ved at møde op til tiden, enten fordi de har problemer med at finde transport (fordi busruter bliver nedlagt eller på grund af angst for at tage offentlig transport) eller de "behovsudskyder" (hvilket bliver særlig problematisk, hvis den tid, de får, ligger for langt ude i fremtiden). En læge udfolder problemstillingen nedenfor:

Manglende overskud til at tage til læge forårsager patientforsinkelser

Interviewer: Du har snakket om det her med, at du oplever, at der er nogle problemer omkring, at borgerne tilknyttet socialpsykiatrien aldrig kommer op til lægen. Hvad tror du umiddelbart, at det kan skyldes?

Læge 2: Jamen jeg tror at bare for nogen, der kan det faktisk – der kan det føles meget uoverskueligt, bare det der med at skulle ringe til lægen eller sætte sig ind i, hvornår kan man egentlig ringe, og er man overhovedet vågen om morgenen, når man kan ringe til lægen. Der er jo nogen, de står først op kl. 13 eller 14. Jeg tror for nogen, der kan det være uoverskueligt, det dér med at skulle tage kontakten. Og så er der måske også nogen, der... hvis man ikke er kommet så meget hos lægen og ikke føler sig tryk ved det, eller det måske er et eller andet personlighedsmæssigt element af noget social angst, så kan det jo godt kræve lidt mod også. Den, der i forvejen har det svært – overhovedet at etablere den der kontakt på eget initiativ. (Kommune C)

8.1.2 Støtteforsinkelse

Medarbejdere og ledere i socialpsykiatrien peger også på, at støtteforsinkelser kan blive årsag til diagnoseforsinkelser blandt borgere i socialpsykiatrien. Støtteforsinkelse forstås her som tiden, fra symptomet opstår/synliggøres, til de nære relationer (medarbejdere eller pårørende) reagerer på det og får støttet borgeren i at komme til læge. Medarbejderne fremhæver, at selvom patientforsinkelser i den brede befolkning bl.a. hænger sammen med manglende social støtte, så har borgere tilknyttet socialpsykiatrien et større behov for støtte end den generelle befolkning. Dette ekstra støttebehov relateres især til nogle af disse borgeres manglende kropsfornemmelse og/eller deres vanskeligheder ved at reagere på fysiske symptomer og få bestilt eller møde op til en tid.

Medarbejderne fremhæver først og fremmest, at der kan opstå støtteforsinkelser, som kan give anledning til diagnoseforsinkelser, fordi de som medarbejdere kan have *svært ved at observere kropsforandringen*, bl.a. fordi de sjældent har intimkontakt med borgerne (fx ser deres fødder), men også fordi borgerne ikke udtrykker smerte eller viser dem de steder, der er sket en forandring. Medarbejderne har således mange eksempler på, at de har overset en vigtig kropsforandring. Nedenfor diskuterer medarbejderne på et døgntilbud, hvordan de har overset kræft på et meget fremskredent stadie hos en beboer:

Støtteforsinkelser opstår, når en fysisk kropsforandring overses af de nærmeste

Botilbudsmedarbejder (assistent 1): Vi havde en gammel sygeplejerske. Hun var blevet psykisk syg, og hun havde brystkræft. Og hun kommer stadie fire og fortæller, at hun har faktisk lidt ondt i sit bryst, og hun havde problemer. Hun mente, at det var hendes bh, der var noget galt med. Og så kommer vi op til hende, og der har hun nærmest et misfarvet bryst, der er ligeså hårdt som en sten, og hun var også hård under armen og ja... Hun kommer til lægen og får at vide, at der er ikke noget at gøre. Og hun får lov at beholde sit bryst og alt det her, fordi ja, det havde jo sat metastaser over det hele på hende. Og da vi kommer op og ser det bryst, der går der otte dage. Så er hun væk [død]. Og der sagde de på den palliative enhed, at hun har haft rigtig mange smerter. Og hun har ikke ytret noget som helst. Altså man har været oppe hos hende, og man spørger jo til: "Nå, hvordan har du det i dag [nævner navn på beboer]?". Hun havde det godt... Og hun klarede sig selv, og hun lavede sørme også mad. [...]. Vi havde en supervision om det bagefter, fordi vi var meget chokerede over det, fordi man føler ligesom: Jamen, hvor har vi været henne? Har vi slet ikke set noget? Nej, det har vi ikke, fordi vi var jo slet ikke inde omkring hende.

Botilbudsmedarbejder (assistent 2): Kun hvis vi har badet hende.

Støtteforsinkelser opstår, når en fysisk kropsforandring overses af de nærmeste

Botilbudsmedarbejder (assistent 1): Ja præcis. Så vi har jo ikke set hende. Hun har jo haft tøj på. Du kunne ikke se noget på hende, men der var simpelthen så mange af os, der var chokeret over, at det kunne ske.

*Botilbudsmedarbejder (assistent 2): Der burde blive sat noget ind på den konto i psykiatrien, fordi det sker overalt. Altså jeg har nøjagtig den samme historie fra min gamle arbejdsplads.
(Eksempel fra døgntilbud, Kommune C1)*

Ud over at de har svært ved at observere kropsforandringen, forklarer mange ledere og medarbejdere, at én af årsagerne til, at støtteforsinkelser kan opstå, er, at de ofte har *fokus på det psykiske frem for det somatiske i deres arbejde*. De udfolder, at dette skyldes, at den bestilling, de ofte får i socialpsykiatrien, og de handleplaner, der laves, ofte ikke fokuserer på borgerens somatiske problematik. En leder fra C1, der er uddannet sygeplejeske, udfolder desuden, at det somatiske fokus også er begrænset i psykiatrien, dels fordi det sundhedsfaglige personale, der er ansat i psykiatrien, ofte har valgt at arbejde i psykiatrien, fordi det ikke var det somatiske fokus, der optog én mest, men derimod relationsarbejdet, dels fordi det sundhedsfaglige personale ofte "aflærer" deres sundhedsfaglige viden, når de ansættes i socialpsykiatrien. Hun bakkes op af nogle assistenter, som nævner, at de ofte kan være usikre på, om de har tilstrækkelig viden om symptomer, der kan være tegn på alvorlig sygdom (fx hvornår nogle er "for tynde"). Der er dog andre ledere og medarbejdere, der er af den opfattelse, at det sundhedsfaglige blik netop sikres af, at der er assistenter ansat i socialpsykiatrien.

Medarbejderne fremhæver desuden, at der kan opstå støtteforsinkelser, som kan give anledning til diagnoseforsinkelser, fordi – som indsatsen 'Gå til lægen i tide' netop stiller skarpt på – *nogle borgere er meget svære at motivere til at gå til læge*. I disse tilfælde er symptomet altså registreret af medarbejderen, men medarbejderen står i et dilemma, enten fordi borgeren ikke vil til læge, eller fordi de er usikre på, hvilke rammer de har for at kunne tage med. En medarbejder eksemplificerer et dilemma, hun har stået i, hvor hun har observeret kræft, men hvor borgeren ikke vil gå til læge:

Støtteforsinkelser opstår, når borgeren ikke vil til læge trods et tydeligt symptom

Leder: Vi har også haft én, der er gået med en kræft... altså hudcancer i lang, lang tid, i flere år, og vi kunne ikke få ham til lægen. Det var så voldsomt, og det lugtede så voldsomt, at vi ikke kunne have ham inde i huset... Og det bundede i – for det første var han bange for det, han var bange for at dø... det var han. Og så var der [griner] – det lyder grotesk, men så var det også bare sådan, at hans børn ville jo gerne have, at han skulle af sted, "og det skulle de bare ikke bestemme". Det er mange aspekter i sådan nogle ting ikke, og hvis man også er syg og har en helt anden virkelighedsopfattelse, så er det bare virkeligt svært at være i nogle gange. (Eksempel fra værested, Kommune B)

Ledere og medarbejdere af socialpsykiatrien fremhæver et relateret dilemma, der stiller skarpt på, at *det ikke altid er klart, hvorvidt medarbejderne må/bør tage med borgerne til lægen eller fx benytte kommunens biler til at køre dem til lægen*. Dette dilemma er stærkt forbundet med den recovery-orienterede tilgang, der anvendes i alle tre case-kommuner, og som specificerer, at borgeren "empoweres" til at tage ansvar for sit eget liv. En leder i Kommune A fremhæver således, at han foretrækker, at hans medarbejdere ikke går med til lægen, fordi han ikke ønsker, at medarbejderne skal "låne" motivation til borgerne eller tager ejerskabet for deres egen sygdom ved at ledsage dem. De andre ledere fremhæver også et lignende opmærksomhedspunkt, men er mere fokuserede på, at

der ikke er ressourcer til at følge alle borgere. I forlængelse heraf nævner flere medarbejdere også, at de som medarbejdere også skal være bedre til aktivt at inddrage borgernes pårørende i stedet for selv at varetage støttefunktionen.

Endelig nævner nogle medarbejdere, at noget, der potentielt kan bidrage til støtteforsinkelse, kan være deres tendens til at *negligere eller fejlfortolke fysiske symptomer hos borgerne*. Flere medarbejdere nævner, at det kan være meget svært at vurdere, om nogle borgere aktivt bruger det at påpege nogle fysiske symptomer til at få opmærksomhed fra personalet. Der er således eksempler på, at støtteforsinkelser er opstået, fordi medarbejderne negligerede borgernes klager. Nedenfor ses et eksempel, hvor medarbejderne beskriver, at de ikke tog borgerens "klager" alvorligt nok, fordi de troede, hun var hypokonder:

Støtteforsinkelser opstår, når medarbejderne ikke tager borgernes symptombeskrivelse alvorligt

Hjemmevejleder (pædagog): Vi havde en borger, som faktisk langt henne... altså uhelbredelig syg af kræft, før at vi opdagede det. At lægen opdagede det.

Interviewer: Vil I fortælle lidt om det eksempel?

Hjemmevejleder (socialpædagog): Altså det kan vi godt. Man kan meget kort sige, at det var en hypokonder. Du ved: Ulven kommer, ulven kommer. Og det havde foregået en hel del år. Det resulterede i, at da hun rent faktisk sagde: "Ej, nu har jeg ondt i ryggen"...

Hjemmevejleder (pædagog): Hun havde altid ondt i ryggen, og hun havde også en skade. Ja. Ondt i ryggen og var træt.

Hjemmevejleder (socialpædagog): På et tidspunkt var der en opmærksomhed på, at nu var det måske mere end bare det dér, det plejede, og så var hun rigtig, rigtig kræftsyg... og døde... Hvad døde hun? Fire måneder efter?

Hjemmevejleder (pædagog): Vi opdager det i november, og så døde hun i starten af marts.

Hjemmevejleder (socialpædagog): Og det var sgu sådan... der sad vi og kiggede på hinanden bagefter. Sad og tænkte: hold da kæft. Det var lige netop den der med ulven kommer, der skete her. Altså fordi nu er vi Så vant til alle de der ting.

Hjemmevejleder (pædagog): Hun har ondt og ...

Hjemmevejleder (socialpædagog): Min negl gør ondt, mit øre gør ondt. Altså hele tiden og i småtingsafdelingen.

Hjemmevejleder (pædagog): Hun sagde altid, at hun var træt og havde ondt i ryggen. Men det var der så en grund til.

Hjemmevejleder (socialpædagog): Ja, det var der så lige pludselig. Det er faktisk nogle år siden.

Hjemmevejleder (pædagog): Den sidder stadig væk i os. Den gjorde os opmærksomme på, at vi ikke bare må lade ulven... (Kommune A)

Medarbejdernes egen vurdering af deres risiko for at overse eller negligere et symptom kan også forstærkes af deres egen "frygt" for læger eller bekymring om at ulejlige lægen. De nævner desuden, at det kollegiale fællesskab både kan bidrage til eller være et middel til at undgå støtteforsinkelser. Det kan være en barriere, fordi det kan være uklart, hvem af de personer, der er inde over borgerens sag, der har taget ansvar for symptomet. Omvendt kan det kollegiale fællesskab også bruges som en platform til sparring i forhold til både at udfordre egne fordomme eller få nye teknikker til at løse en svær situation.

8.1.3 Lægeforsinkelse

Lægeforsinkelse nævnes særligt af medarbejderne i socialpsykiatrien, men også mere implicit af lægerne selv. Lægeforsinkelse forstås her som den tid, der er gået, fra lægen blev kontaktet vedrørende et symptom til den første konsultation.

Medarbejderne i socialpsykiatrien peger på, at det kan give anledning til diagnoseforsinkelser, hvis lægen ikke ønsker at komme ud til borgerne eller ikke besvare deres skriftlige henvendelser hurtigt nok. Medarbejdere og ledere i socialpsykiatrien fremhæver, at de godt er klar over, at der er en problemstilling omkring læge- og ressourcemangel i kommunerne. Alligevel ser de det som en udfordring i forhold til diagnoseforsinkelser, at de ofte skal vente mindst fem dage på svar, hvis de henvender sig skriftligt til en læge omkring et fysisk symptom hos en borger. Desuden oplever de, at det kan være problematisk, at lægerne i begrænset omfang tager ud til borgerne i denne målgruppe, og at en løsning fx kunne være, at de kom mere ud på fx værestederne.

Lægerne fremhæver selv, at de ikke oplever, at medarbejderne i socialpsykiatrien kontakter dem i særlig høj grad. Den ene læge nævner dog, at den kontakt, der er, ofte opleves som relevant, og at det kunne være rart med større kontakt, fx omkring borgere der har vanskeligt ved at opsøge en læge. Lægerne anerkender også, at de meget nødtigt tager ud i borgernes hjem. Dette begrundes både med de ressourcer, der er forbundet med at tage ud, men også en holdning om, at borgeren vil få den bedste behandling i klinikken, og at det er medarbejderne i socialpsykiatrien, der derfor bør tage med til lægen, frem for at lægen kommer ud til borgeren.

Manglende mulighed og tid til at tage ud til borgerne kan skabe lægeforsinkelse

Læge 1: Jamen, vi tager jo ud til dem [borgerne i socialpsykiatrien]. Men det er klart, det er jo noget, der skal skemalægges... Og der – altså jeg kan jo kun svare for mig selv, at det er jo selvfølgelig nemmere at være i sin klinik og kunne ordne alle de ting, der skal gøres derinde, end at skulle opsøge og skulle ud og bryde dagligdagen, og hvad kan man sige, fordi hvis jeg får et eller andet opkald fra en eller anden, der måske har lidt svært ved et eller andet, ved at komme ud, så er det svært bare lige at rive en time ud af kalenderen for at kunne køre frem og tilbage til en patient, hvis det er noget sådan halv-akut. Det gør vi selvfølgelig, hvis det er akut. Men der er ikke nogen tvivl om, at man må bare, og der må vi bare være ærlige over for os selv, at det er klart, at når det er mere besværligt, så er der den risiko, at det ikke bliver håndteret helt præcist, som det skal. Det er jo det, der er hele humlen, tænker jeg. (Kommune C)

Selvom lægerne er enige om, at de vil foretrække, at borgerne kom til dem, frem for at de tog ud til borgerne, fremhæver de samtidig, som beskrevet under patientforsinkelse, at de er bevidste om, at en del borgere tilknyttet socialpsykiatrien har svært ved at indgå i de rammer, de tilbydes i almen praksis, fx bare det at møde op. Lægerne virker således mere positivt indstillede på, at en mere opsøgende og forebyggende indsats kunne være mere hensigtsmæssig, end at de fx tager mere ud af huset. En læge forklarer således også, at hendes sekretær i særlige tilfælde kontakter borgerne for at minde dem om deres tid, og at hun indkalder borgere, der tager psykofarmaka, til et årligt tjek (hvor hun tager EKG, blodprøver og måler blodtryk). Den anden læge nævner dog, at han ikke gør en særlig indsats for at sikre, at borgerne kommer til læge, hvilket er et ressourcspørgsmål. Han understreger dog, at han godt kan se en idé i at lave årlige tjek for specifikke borgere – ligesom han p.t. gør med ældre mennesker, men at det kræver nogle økonomiske incitamentsstrukturer, der understøtter dette.

En opsøgende indsats og årligt lægetjek kan imødegå lægeforsinkelse

Interviewer: Hvad tror du kunne hindre, at disse diagnoseforsinkelser opstår?

Læge 1: Jeg ved ikke. Lige p.t. har vi jo kommunal samarbejdsaftale, der hedder opfølgende hjemmebesøg hos ældre, der lige har været indlagt. Eller opsøgende hjemmebesøg hos ældre over 75. Man kunne godt forestille sig, hvis man kunne lave noget lignende – for hvis vi fik noget økonomisk incitament til også ligesom at prioritere det i dagligdagen, så kunne man jo godt finde på at lave en ydelse eller en aftale, hvor man lavede noget opsøgende arbejde, eller en årlig kontrol på de, der havde en psykiatrisk diagnose, så ville det udløse den samme pose penge som for de ældre. Fordi hvis vi bare laver besøg, så får vi jo ekstra penge for besøget, men det honorerer jo ikke det ekstra arbejde, der ligger i, at vi skal lave lister, og vi skal aktivt opsøge og aftale tider og gøre de der ting. Så hvis vi ligesom bruger det krudt på det, fordi hvis vi får lige meget for at lave en nem ting som den svære ting, så kan man sige, så bliver det nemt den nemme ting, man vælger jo. Fordi det andet, det udfordrer jo én og kræver tid og ressourcer, når man er i dagligdagen, og der er 100 patienter, der står og rækker ud efter én, så tager man jo ligesom dem, der har hånden fremme. (Kommune C)

I samtlige kommuner peger medarbejderne i socialpsykiatrien også på årlige lægetjek som en god måde at undgå både de støtte-, patient- og lægeforsinkelser, der typisk er årsag til, at diagnoseforsinkelser opstår før konsultationen, netop fordi at de ofte ikke har den intime kontakt med borgeren. Tidligere forskning viser, at årlige lægetjek frarådes i den brede befolkning (Danske Handicaporganisationer, 2014), dog er der større debat om, hvorvidt lægetjek kan være hensigtsmæssige for mere udsatte grupper. Danske Handicaporganisationer har p.t. igangsat et forsøg med sundhedstjek for særligt udviklingshæmmede i bo- og døgntilbud (Danske Handicaporganisationer, 2014). De foreløbige resultater ser lovende ud. En medarbejder fremhæver dog også, at en problemstilling ved at tilbyde sundhedstjek til nogle borgere i socialpsykiatrien kan være den stigma, der er forbundet med at lave en sådan særordning.

En af lægerne peger på, at lægeforsinkelser også opstår, fordi psykiatere, når de opdager et symptom, sender borgeren videre til almen praksis i stedet for selv at følge op på det. Det kan være problematisk netop på grund af de nævnte årsager til patientforsinkelser i denne gruppe. Han fremhæver, at psykiaterne ”jo selv er læger” og derfor burde kunne tage ansvar for at sikre, at der blev lavet en blodprøve m.m. Nogle medarbejdere i socialpsykiatrien bakker op om dette synspunkt og peger generelt på, at det vanskelige samarbejde, der er mellem læger, psykiatere og medarbejdere i socialpsykiatrien, ikke er hensigtsmæssig i forhold til at undgå diagnoseforsinkelser.

Nedenfor er en samlet oversigt over de toneangivne forslag, som medarbejdere og/eller læger nævner, vil kunne imødegå årsager til diagnoseforsinkelser før konsultationen:

- Flere hænder i socialpsykiatrien
- Opprioritering af sundhedsfokus som en naturlig del af bevillingen i socialpsykiatrien
- Bedre forberedelse af og struktur på borgernes vej til lægen
- Årlige sundhedstjek
- Flere udekørende læger (på væresteder og i borgerens hjem)
- Større engagering af de pårørende
- Bedre kontakt mellem medarbejdere i socialpsykiatrien og almen praksis.

8.2 Årsag til diagnoseforsinkelse ved konsultationen

Som beskrevet i Figur 8.2 viser evalueringen, at årsager til diagnoseforsinkelse også opstår i forbindelse med selve lægekonsultationen. Her er læger og medarbejdere i socialpsykiatrien mere uenige om, hvorfor diagnoseforsinkelserne opstår, og hvordan en eventuel bisidderrolle kan være behjælpelig i situationen.

Lægerne oplever, at én af de årsager til diagnoseforsinkelser, der fylder mest, er *risikoen for at overse et fysisk symptom i konsultationen*. De fremhæver, at borgere, der er tilknyttet socialpsykiatrien, ofte møder op med mange problemstillinger, og her udgør det en udfordring få fokuseret på den mest centrale problemstilling inden for den givne tidsramme, netop fordi borgerne ikke kommer så tit. Begge læger har desuden en erfaring med, at borgere tilknyttet socialpsykiatrien ofte har en tendens til komme med noget andet (fx noget psykisk – en depression), og så ”fanger” de i situationen, at der er noget mere (et fysisk symptom, fx blodig opkast), det er vigtigt at få kigget på.

Borgernes mange problemstillinger skaber stor kompleksitet i konsultationen

Læge 2: Tit kommer de [borgere tilknyttet socialpsykiatrien] jo med mere end én problemstilling også. Så man skal ligesom prøve, hvis man ikke har uanede mængder af tid, så skal man prøve at få fundet ind til: Hvad er det ligesom, patienten synes er vigtigst i dag, eller sige til dem, at i dag skal vi lige beskæftige sig med nogle af de fysiske gener, du har – høre hvad de synes er vigtigt, vurdere selvfølgelig lægeligt, at hvad synes jeg lægeligt er vigtigt, at der er noget, der bare skal følges op på, og hvis der ikke er det, så må man selvfølgelig lave en dagsorden sammen med patienten, og så må man få givet dem nogle flere tider, hvis man ikke kan nå det hele. Jeg synes, udfordringen kan være at få det der overblik i, at der tit – i hvert fald ved nogle af dem kan det være komplekst, fordi der er mange ting, og det psykiske kan jo også spille ind på det fysiske, og ligesom få den der fornemmelse af, hvordan hænger det her sammen. Det bliver man jo nødt til sådan helt basic nogle gange bare at få dem udredt med nogle blodprøver eller røntgen eller scanning eller hvad det nu kan være. Så man ligesom siger: ”Nå det er ikke noget med det”. Og så kan man ligesom – eller der er en diskusprolaps eller et eller andet, og så ligesom ... altså få lavet den der screening, fordi tit kommer de med et eller andet psykisk, eller der er sket et eller andet, og så er det dér, der kan fylde det hele. [Interviewer siger samtidig med interviewperson: Så lige at få skrabet lidt af. (Kommune C)]

Særligt én af lægerne fremhæver desuden, at en central årsag til, at der opstår diagnoseforsinkelser i lægekonsultationen, er borgernes *manglende samarbejdsvilje og ”modstand” hos lægerne og/eller deres modvilje mod at tage et symptom alvorligt*. Som en af lægerne forklarer i citatet nedenfor:

Borgerens modstand mod lægerne skaber diagnoseforsinkelser i konsultationen

Læge 1: Jeg har også en ung kvinde, der egentlig fungerer, der kører taxa og sådan noget, men så har sådan noget tilbagevendende depression og egentlig ikke fungerer så godt, som hun egentlig gerne ville, men hun vil egentlig heller ikke have ret meget behandling, og alle psykiaterne er dumme og sådan noget. Hun udebliver også meget tit. Det tror jeg, at det er sådan rent ... Det virker som om ved hende, der er der sådan noget modstand i at komme. Eller et eller andet ambivalens i, om hun overhovedet vil have hjælp eller tage mod vores råd, for hun vil godt bestemme selv, og hun tror – alle de psykiatere hun har mødt – hun tror ikke på, at hun fejler det, de siger, fordi hun – jeg ved ikke rigtig, hvad hun så tror, at hun fejler, når hun så egentlig kommer tilbage. Måske er man også bange for at få at vide, at man fejler noget, som man fx skal tage medicin for. Det kan der nok også ligge i det. (...) Men man kan også sige, at nogle gange så fylder det psykiske så meget hos dem, så de ikke har rum eller plads til at tage sig af det fysiske. De har ikke overskud til ligesom at skulle: "Nå men skal jeg nu også til at tage stilling til det?", eller skal altså. Så derfor kan det også godt nogle gange hos de her sårbare, kan det da godt være vanskeligt på den måde ligesom at få også både selv til at tage symptomerne alvorligt. Og så kan man måske også selv blive fanget i en gang imellem. Også fordi, at der er en opgavetyngde som praktiserende læge, så kan man da godt sidde... Hvis man har siddet og brugt en halv time på et eller andet, så siger de forresten et eller andet, så siger man: "Det skal du have en ny tid til". Eller hvad man nu gør. Men nogen gange kan de jo også selv bare negligere tingene: "Det kan jeg simpelthen ikke overskue at gå i gang med; jeg vil ikke til den kikkertundersøgelse. Det kan jeg ikke. Jeg bliver nødt til simpelthen at vente, til jeg har ro på det her". (Kommune C)

Som vi ser i dette eksempel, anerkender denne læge, at diagnoseforsinkelser opstår som konsekvens af, at borgere, der er tilknyttet socialpsykiatrien, ofte ikke kan overskue at fokusere på eller tage stilling til et fysisk symptom, eller ikke ønsker at tage det alvorligt og gøre noget ved det. Dette er en adfærd, som kan betyde, at lægen foreslår en ny tid, selvom det ikke er et ønskværdigt scenarie, fordi der er lille sandsynlighed for, at de vil møde op – en praksis, og borgernes manglende evne til at "råbe", der betyder, at de bliver en særlig sårbar gruppe i forhold til diagnoseforsinkelser.

Adspurg om, hvordan en bisidderrolle eventuelt kunne hjælpe lægerne i konsultationen, er lægerne meget enige. De fremhæver særligt, at bisidderen er meget værdifuld for dem. Ikke så meget i dialogen med borgerne, hvor de egentlig som udgangspunkt gerne vil høre borgerens egen sygdomsfortælling. Derimod ses *bisidderrollen som meget værdifuld i forhold til at kunne følge op på den dialog, som lægen og borgeren har i selve konsultationen.*

Bisidderens værdi ligger i opfølgningen på samtalen

Læge 1: Ja, jeg vil sige, primært hjælper det at have bisidderen med, synes jeg. Fordi det er jo det der med, at man ved, når de sidder der, så er der ekstra opmærksom på fx den opfølgningstid. Så ved man, at vedkommende sørger for at – Jeg laver tit den der, altså – Det handler om en klar aftale, så jeg får jo tit sådan ligesom aftalt: "Prøv at høre her. Så sørger du for, at vedkommende kommer op til mig på det tidspunkt". Selvfølgelig sammen med patienten. Jeg siger også til ham eller hende, at nu har vi den tid, men så ved man i hvert fald, at der er nogen, der også hjælper med at holde hånd i hanke med, at de kommer derop igen. Og nogen gange har jeg også brugt dem til at sige – Hvis det netop har været en eller anden, hvad skal man sige, jamen der er brug for, man går tilbage til kommunen og snakker med dem om et eller andet. Så er det jo ikke nødvendigvis den psykisk syge, den sårbare under eller... der selv kan finde ud af det. Enten fordi de ikke er kloge nok, eller fordi de ikke kan gennemskue det system, eller hvad det nu er. Og der bruger jeg jo ikke sjældent vejlederen til også at kontakte kommunen, kan man sige, altså til at sige: "Jamen, kan du ikke kigge på – Er det muligt at få sådan her og sådan her sat i stand". (Kommune C)

Som eksemplet illustrerer, så ser lægerne, at medarbejderne i socialpsykiatrien kan spille en værdifuld rolle som bisiddere, fordi de kan følge op på aftaler, fx nye tider, forebygge tiltag i forhold til livsstils sygdomme etc. Lægerne nævner dog også, at bisidderen i nogle få tilfælde kan være vigtig i forhold til at hjælpe borgeren med at forklare deres symptomer, fx i hvilke situationer deres symptomer kommer til udtryk i hverdagen.

Medarbejderne i socialpsykiatrien har en lidt anden opfattelse af, i hvilke tilfælde diagnoseforsinkelser opstår, og hvilken rolle bisidderen kan spille. De fremhæver, at årsager til diagnoseforsinkelser i konsultationen set fra deres perspektiv i høj grad opstår, fordi der er en manglende eller uhensigtsmæssig kommunikation mellem borgeren og lægen. De ser ligesom lægen en problemstilling i, at borgerne ikke kan forklare deres symptomer, og hvorfor de er kommet, og heller ikke selv kan forstå, hvad der bliver sagt i konsultationen eller følge op på det.

Derudover peger medarbejderne også på, at lægen kan have manglende kompetencer til at spørge ind til de rigtige ting og tage borgeren alvorligt eller "se dem" i konsultationen. De interviewede læger mener dog ikke selv, at de mangler viden om socialpsykiatri, da de bl.a. fremhæver, at deres uddannelse indebærer, at de har været tilknyttet psykiatrien.

Endelig peger medarbejderne på, at de diagnoseforsinkelser, der kan opstå i konsultationen, kan hænge sammen med rammerne i form af at skulle sidde i venteværelse og måske ikke blive kaldt ind til tiden, som er svært at rumme for nogle borgere i socialpsykiatrien.

Medarbejderne fremhæver således også i tråd med lægen, at de som bisiddere kan være en vigtig brik til at sikre, at borgerne kommer til konsultationen, og at der bliver fulgt op på, hvad der er blevet aftalt i situationen umiddelbart efter konsultationen. I delvis kontrast til lægerne gør de dog opmærksom på, at de også er vigtige i forhold til – som én af dem siger – at "ruske lægen op" og få vedkommende til at fokusere på borgerens kropsforandringer.

Derudover fremhæver medarbejderne også, at en måde, hvorpå man kan undgå, at der opstår diagnoseforsinkelser i konsultationen, er, at lægerne som minimum sætter dobbelttider af til borgere tilknyttet socialpsykiatrien. Det fortæller én af lægerne, at hun ofte gør, mens en anden læge siger, at det er noget, han sjældent gør på grund af opgavepresset i klinikken.

8.3 Årsager til diagnoseforsinkelse efter konsultationen

Arrangementet 'Gå til lægen i tide' har primært sat fokus på de årsager til diagnoseforsinkelser, der opstår før og under konsultationen. Figur 8.2 fremhæver dog, at både patientforsinkelse, støtteforsinkelse og lægeforsinkelser ligeledes er vigtige årsager til, at diagnoseforsinkelse opstår efter lægekonsultationen. På dette punkt lader læger, ledere og medarbejdere i socialpsykiatrien til at være meget enige om årsagerne.

8.3.1 Patientforsinkelse

Patientforsinkelse – som efter konsultationen omfatter den tid, der går, fra patienten har haft konsultation til behandlingen, betegnes som et centralt problem af mange medarbejdere. De peger på følgende årsager til, at patientforsinkelse opstår efter konsultationen:

- Uklarhed: Hvad sagde lægen?
 - Patienten er usikker på, hvad lægen har sagt
 - Patienten er usikker på de aftaler, der er blevet indgået (med hensyn til livsstilsændringer, nye aftaler/undersøgelser, medicinindtag m.m.)

- Patienten har svært ved at håndtere uklare udmeldinger som "vi ser tiden an" eller "henvend dig igen, hvis det bliver værre"
- Manglende ressourcer til at følge op på konsultationen
 - Patienten har svært ved e-Boks/NemID
 - Patienten har svært ved at møde op til nye tider (både i almen praksis og på hospitalet)
 - Patienten har ikke en økonomi, der gør det muligt at finansiere den nye medicin
 - Patienten har svært ved at gå ned og købe medicinen
 - Patienten kan ikke magte at ændre livsstil.

Lægerne er enige i, at to af kerneårsagerne til patientforsinkelser er, at patienterne enten ikke helt har forstået budskabet ved konsultationen eller har svært ved at følge op på lægens anvisninger.

8.3.2 Støtteforsinkelse

Støtteforsinkelse defineres efter lægen som den tid, der går fra udredning i konsultationen, til medarbejderne i socialpsykiatrien får viden om og kan understøtte en handling på den igangværende udredning/behandling.

Flere medarbejdere i socialpsykiatrien nævner, at de ofte ser *diagnoseforsinkelser opstå, efter patienten har været til lægen, fordi de ikke har været med ved konsultationen* (enten fordi der ikke var afsat ressourcer til, at de kunne følge borgerne, eller borgeren ikke ønskede at have dem med). Her forsinkes deres mulighed for at støtte borgeren, fordi de mangler viden om, hvad der er foregået og blevet aftalt i konsultationen. I disse tilfælde kan de ikke støtte borgeren i fx at følge op på nye aftaler eller hjælpe dem med at sikre, at de får den rette medicin.

Medarbejdere og ledere nævner også, at diagnose- og behandlingsforsinkelser også opstår, fordi de har *begrænset viden om, hvordan en række sygdomme skal behandles og medicineres*, fx KOL – et vidensgab, som er blevet stadig mere problematisk i takt med, at mange borgere bliver udskrevet fra hospitalet hurtigere og hurtigere. Her nævner nogle medarbejdere fra et døgntilbud fx, at manglende kommunikation og vidensdeling mellem hjemmeplejen, socialpsykiatrien, almen praksis og hospitalerne kan forsinke støtten. Det beskriver medarbejdere nedenfor:

Manglende viden giver støtteforsinkelser

Hjemmevejleder (pædagog): Jeg synes, at vi har oplevet, at der nogle gange har været sådan lidt... hvad hedder det. Altså når lægen skal give nogle besked videre til hjemmehjælperen, når ting skal iværksættes. Hvor der så er gået misforståelser i det. Det kan i hvert fald være én ting, som vi så har oplevet.

Hjemmevejleder (socialpædagog): Der kan også være noget omkring medicin.

Hjemmevejleder (pædagog): Ja.

Hjemmevejleder (socialpædagog): Jamen jeg havde en borger, der var indlagt. Havde været til lægen med en indlæggelse og kom hjem med flere poser med noget medicin, og der var INGEN klarhed over, hvad det var, han skulle have. Og (jeg) ringer derned, og de må så slet ikke, fordi han var skrevet ud af systemet, og så må de ikke... Jamen er der ikke en medicinseddel? Hvad skal han have af medicin? Der var fuldstændig kuk i den, så der var noget omkring medicinen. Det var simpelthen ordineret. Det er det, man skal have?

Interviewer: Så der er et eller andet dér, hvor samarbejdet heller ikke fungerer.

Hjemmevejleder (pædagog): Hvor systemet er sådan.

Manglende viden giver støtteforsinkelser

Interviewer: Hvor det er lidt for silo [tænkning]. Lukker lidt.

Hjemmevejleder (socialpædagog): Vi har også oplevet, at en borger blev udskrevet, og beskeden er ikke kommet videre til hjemmeplejen. (Kommune A)

En leder fra et døgntilbud forklarer nedenfor, hvordan det skaber problemer for hendes personale, herunder det sundhedsfagligt uddannede medarbejdere, at de fx ikke ved nok om, hvordan man skal håndtere fx KOL og diabetes, og at dette ikke kun handler om den manglende information, de får fra lægen, men også om deres egne arbejdsgange:

Medarbejderne mangler instruktioner fra lægerne

Leder: Men sådan at man havde det [sundhed] integreret i vores arbejdsgange. Og hvad skal vi sørge for, er i orden, og hvordan virker en iltpumpe. Vi havde en enkelt borger på sygehuset tre gange, fordi de [medarbejderne] ikke havde givet ilt, men de havde ikke tændt for den [iltapparatet], eller det havde været tomt. Ja, sådan noget viden [har vi brug for]. (Kommune C)

Lægerne fremhæver i tråd med medarbejderne i socialpsykiatriens egne udtalelser, at medarbejderne kan spille en afgørende rolle for, at diagnose- og behandlingsforsinkelser efter lægen undgås, og der bliver fulgt op på lægernes anvisninger. Begge læger fremhæver især, at bisidderne spiller en afgørende rolle, hvis patienten skal lave en livsstilsændring, mens én læge ligeledes har flere eksempler på, at bisidderne har spillet en afgørende rolle i forhold til at få patienterne til at følge op på tider og tage deres medicin. Nedenfor udfolder lægen denne argumentation:

Støtte efter konsultationen er afgørende for at kunne "rykke" patienten

Interviewer: I det her eksempel du giver [på en af hendes patienter] – har den her støtte-kontakt-person været med til lægen eller hvordan?

Læge 2: Ja de [støtte-kontaktpersonerne] har været med stort set altid, for det er sådan noget med, at skal der skal hentes medicin til en betændt tå eller bestilles tid til en speciallæge. Det er sådan noget – får man [patienten] ikke gjort selv, så det kræver, at der er nogen med, der også har hørt det, og får ham hjulpet med det, og får det gjort for ham. Så det har de faktisk været gode til. De har været med ... altid de sidste par år, tror jeg.

Interviewer: Så her har bisidderrollen på en eller anden måde understøttet dig i dit arbejde?

Læge 2: Ja, man kan sige, at den [bisidderrollen] kan hjælpe mig, så jeg ikke synes, at jeg lidt starter forfra hver gang, og der ikke bliver fulgt op på noget af alt det, vi egentlig har aftalt af planer, man har lagt. Så kan det nogle gange virke sådan lidt – ikke som spild af tid, men alligevel sådan lidt op ad bakke. At sidde og bruge sin tid på det samme hver gang. Så man kan sige, at de kan hjælpe med at få ført de planer ud i livet, som man egentlig lægger. Og så huske patienten på at komme tilbage til opfølgning og lave et eller andet – et røntgenbillede eller tage nogle blodprøver eller et eller andet. Ham her havde nogle allergi-symptomer. Han havde noget kolesterol, selvom han var ret ung. Så lavede vi noget plan for det. Så skulle han i 1 eller 2 måneder prøve noget medicin. Og det lykkedes faktisk fint, og det havde oven i købet hjulpet noget, det vi havde gjort, så det var han meget tilfreds med. Han røg også. Det snakkede vi også om, at de der kommunale rygestop-tilbud – hvad kunne man gøre der. Det tror jeg, det ville de i hvert fald også prøve at hjælpe ham med. Det tænker, at det ville være helt umuligt for ham og for mig alene ligesom at komme nogen vegne med. (Kommune C)

8.3.3 Lægeforsinkelser

Lægeforsinkelser er de forsinkelser, der opstår, fra udredningens påbegyndelse til behandlingens start.

Som allerede omtalt nævner medarbejderne, at én årsag til, at der opstår lægeforsinkelser både før og efter lægebesøget, er, at lægerne først svarer på deres henvendelse efter fem dage (hvilket er den maksimale tid, som lægerne må vente med at besvare medarbejdernes spørgsmål). En anden årsag, som også er blevet berørt, er, at lægerne ikke orienterer eller vejleder medarbejderne godt nok om, hvilke tiltag der bør understøttes i forhold til den enkelte borger.

En læge fremhæver således også, at ansvaret for forsinkelser, der fx er forbundet med videre henvisninger i systemet, også ligger hos ham. Han forklarer i citatet nedenfor, at han fx bliver orienteret om, at borgerne ikke møder op til en tid, de er henvist til, og her er det ham, der må afgøre, om han vil kontakte borgeren om denne udeblivelse eller ej.

Manglende opfølgning på udeblivelser kan skabe lægeforsinkelser

Interviewer: Kan du komme med lidt flere overvejelser omkring, hvad er det for nogle problemer, der kan opstå, efter patienten har været hos jer?

Læge 1: Jo, men det kan jo – Altså lad os nu bare sige, det er jo heller ikke sjældent – Lad os nu bare sige, at patienten hoster. Og har hostet igennem et halvt år. Og vi ved, at det er måske en skizofren eller en eller anden, der ryger. Så siger vi: "Jamen, så skal du have lavet røntgen. Gå lige ned og få lavet en røntgen", ville vi sige til alle andre. Og så kan man sige, hos os – Altså det, der sker nu, det er jo, at så sender vi en henvisning ned til et røntgenbillede. Og hvis patienten så ikke kommer, så vi får jo faktisk en korrespondance til os fra røntgendelingen om, at patienten ikke er mødt op til den tid, eller at – Vi laver også nogle henvisninger, der – Det hedder sådan en åben henvisning, hvor man bare kan gå ned og få det gjort. Nå, men hvis ikke den er blevet brugt inden for en uge, så bliver den som regel annulleret. Så på den måde der kan vi ligesom holde øje med, om det bliver gjort. Og der kan man sige, det er jo så en ekstra travlhed. Og kan man sige fornemmelsen af, om man tænker: "Var det her noget rigtig vigtigt?". Så ringer man til patienten og følger op og siger: "Hey, du glemte forresten at få lavet det der røntgenbillede", og så siger de det ene eller det andet, og så er det klart, hvis ikke man kan få fat på patienten, så kan man overveje at sende et brev, alt efter hvor vigtigt det er... (Kommune C)

8.4 Opsummering

Medarbejdere og ledere i socialpsykiatrien samt lægerne er i vid udstrækning enige om den kompleksitet, der kendetegner diagnoseforsinkelser blandt borgere i socialpsykiatrien. De er enige om, at borgerne i socialpsykiatrien ofte udgør en særlig risikogruppe, der enten ikke møder op hos lægen eller kræver noget andet fra lægen end den bredere befolkning, hvis de møder op. Det betyder, at både ledere og medarbejdere i socialpsykiatrien må støtte borgerne på en anden måde end den bredere befolkning, hvis diagnoseforsinkelser skal undgås.

Medarbejderne og lægerne fremhæver således, at de barrierer, som kendetegner diagnoseforsinkelser i den brede befolkning, såsom frygt for at gå til lægen, er mere markante blandt nogle borgere i socialpsykiatrien. Samtidig peger de på, at diagnoseforsinkelser i højere grad end for den generelle befolkning opstår i socialpsykiatrien. Det sker grundet de tekniske, tidsmæssige og afstandsmæssige barrierer, der er for, at borgerne i denne gruppe overhovedet møder op hos lægen. Derudover peges på netop denne målgruppes manglende bevidsthed om deres krop(sforandringer) og smerte.

Disse barrierer giver et behov for, at der er støttepersoner omkring dem, som kan hjælpe med at identificere symptomerne og støtte dem til at komme til lægen – eller omvendt at lægen kan komme ud til borgerne. Både lægeforsinkelser og støtteforsinkelser opstår dog, fordi det kan være svært at prioritere og få adgang til disse borgers kroppe. Det kræver ofte mange ressourcer, fokus og tid. Resultatet er ærgerlige eksempler på, hvordan kropsforandringer er blevet overset. En central anbefaling på tværs af læger, medarbejdere og ledere er således at lave årskontroller for nogle af borgerne i socialpsykiatrien. Det kan også ske ved at sikre, at borgerne husker deres aftaler hos lægen, eksempelvis i form af påmindelser eller følgeskab fra en medarbejder i socialpsykiatrien.

Medarbejdere og læger er også enige om, at der bliver skabt diagnoseforsinkelser i selve konsultationen eller efter den. Det sker, fordi nogle borgere enten ikke dukker op, kommer med mange forskellige problemstillinger, som lægen skal kunne differentiere imellem, eller blot kræver mere tid, når de dukker op. Desuden fremhæver medarbejderne i socialpsykiatrien, at lægen ofte ikke lytter til borgerne. Medarbejdere og læger er her enige i, at det er en stor ressource, at medarbejderne fra socialpsykiatrien kommer med ud til borgerne, især når der tænkes i opfølgingsøjemed. Medarbejderne kan nemlig sikre, at borgeren husker, hvad der er blevet sagt og følger op på dette (hvilket kan ske i form af ekstra undersøgelser, livsstilsændringer eller andre tiltag). Medarbejderne i socialpsykiatrien fremhæver også, at de kan støtte borgeren i at få italesat og fastholdt fokus på somatiske symptomer. Det er lægerne i et vist omfang enige i. De foretrækker dog, at borgerne selv italesætter deres symptomer.

9 Konklusion

Denne evaluering har undersøgt virkningen af indsatsen 'Gå til lægen i tide' i socialpsykiatrien. Undervejs er afdækket de faktorer, der har spillet ind på arrangementernes virkning. Desuden har evalueringen diskuteret den viden, som er blevet genereret om både anvendeligheden af den anderledes metode (særligt brugen af dilemmaspil), indsatsen benytter, og den problemstilling, som indsatsen forsøger at imødegå (menneskelige faktorer til diagnoseforsinkelser blandt borgere tilknyttet socialpsykiatrien). I dette kapitel samler vi op på evalueringens væsentligste konklusioner.

9.1 Baggrund og indsats

Utallige rapporter dokumenterer, at der er stor ulighed i sundhed i Danmark, og at overdødeligheden er højere blandt borgere, der er tilknyttet socialpsykiatrien, end den almene befolkning – en overdødelighed, som primært kan forklares med fysisk sygdom, der er underdiagnosticeret eller underbehandlet (Sundhedsstyrelsen, 2011, Wahlbeck et al., 2011, Laursen, Nordentoft & Mortensen, 2014). Borgere i Region Sjælland er ikke en undtagelse. Tværtimod ser ulighed og (kræftrelaterede) diagnoseforsinkelser ud til at være særlig store i regionen sammenlignet med andre regioner. Derfor har Region Sjælland valgt at igangsætte en flerstrengt indsats kaldet 'Gå til lægen i tide'. En af de flerstrengede indsatser udgør et tre timers arrangement for medarbejderne i socialpsykiatrien. Det er denne indsats, der evalueres i denne rapport.

Arrangementet er bevidst designet af Region Sjælland som en ny og anderledes sundhedsoplysende indsats. Denne indsats betegnes som anderledes, fordi den først og fremmest bryder med den "massekommunikation" til den bredere befolkning, der ofte kendetegner sundhedsoplysende indsatser. I stedet forsøger indsatsen at skabe en sundhedsoplysende indsats målrettet borgere tilknyttet socialpsykiatrien – en sundhedsoplysende indsats, der på lang sigt skal reducere overdødelighed og ulighed i sundhed ved, at medarbejderne i socialpsykiatrien klædes på som "ambassadører", som kan understøtte borgerne i at komme til læge i tide. En forudsætning for at indsatsen virker, er således, at medarbejderne ved arrangementet bliver *empowered* eller klædes på til at påtage sig denne ambassadørrolle.

Den metode, som skal klæde medarbejderne på til at indtage ambassadørrollen, ses også som et alternativ til den lineære formidlingsform (oplæg og foredrag), som ofte benyttes til at klæde fagfolk på i forbindelse med sundhedsoplysende indsatser. Arrangementerne kombinerer således forskellige aktiviteter: sundhedsfaglige oplæg, gruppeøvelser, uddeling af en folder, der kan bruges som dialogredskab, og dilemmaspil (der spilles af skuespillere). Disse aktiviteter er baseret på bærende principper om, at læring skabes ved at gøre abstrakt og lineær viden situeret, problembaseret og interaktiv.

Arrangementernes formål var både kort- og langsigtede. På kort sigt var målet med arrangementerne at give medarbejderne i socialpsykiatrien skærpet opmærksomhed og viden om alvorlige fysiske symptomer, nye dialogredskaber og øget refleksion og indsigt i, hvordan man kan motivere og støtte borgerne til lægebesøg og muligheden for at være bisidder. Det langsigtede mål var, at overdødeligheden blandt borgere tilknyttet socialpsykiatrien ville blive reduceret, og at der ville skabes en mere helhedsorienteret indsats på tværs af almen praksis og socialpsykiatrien.

9.2 Arrangementernes implementering

Region Sjælland har efter en træg start oplevet en stor tilslutning til arrangementerne. I alt er der i perioden 2017-2018 afholdt i alt 17 arrangementer i 10 af regionens kommuner. Dette ligger langt over succeskriteriet på 10 arrangementer. Lederne i de tre medvirkende case-kommuner i socialpsykiatrien forklarer, at der både er politiske (vigtigt fokusområde), metodiske (interessant metode), økonomiske (et gratis tilbud) og operationelle (behov for kompetencer) årsager til, at de har takket ja til tilbuddet. Mellemlederne i en kommune, Kommune C, forklarer dog, at de ikke var involverede i beslutningen. Medarbejderne beskriver også, at det ikke var en valgmulighed for dem at deltage eller ej, og at de generelt vidste meget lidt om arrangementet, før de ankom.

9.3 Arrangementernes kortsigtede og mellemlange virkninger

Anskues virkningerne af arrangementerne fra et helhedsperspektiv, rummer de på den korte og mellemlange bane mange positive resultater og potentialer i forhold til målet om at skabe "empowerment" blandt medarbejderne og samt ønsket om at skabe ambassadører for et somatisk blik i socialpsykiatrien. Dog ser virkningerne af arrangementet ud til at have mange forskellige udtryk og at have sat sig igennem i varierende grad hos de enkelte medarbejdere.

Følgende konklusioner kan, ud fra en helhedsbetragtning (dvs. den aggregerede virkning), drages om den brugbare viden og redskaber, som medarbejderne oplever arrangementerne har generet:

- Dilemmaspillene omtales af alle medarbejdere som den delaktivitet, de husker og ønsker at fremhæve som særligt interessant og brugbar. Hovedparten af medarbejderne oplever, at denne aktivitet har været anvendelig til at *reflektere over deres rolle i at sikre et somatisk blik*. Herunder nævner
 - hovedparten af medarbejdere, at de har haft mulighed for at *reflektere over borgerens oplevelse af at gå til lægen og lægens adfærd. Samtidig har de fået bekræftet vigtigheden og legitimiteten af bisidderollen*
 - flere af medarbejderne, at dilemmaspillene har givet anledning til at *reflektere over de barrierer og etiske dilemmaer, der er forbundet med at sætte somatik på dagsordenen*, herunder i hvor høj grad man kan motivere borgeren til at gå til læge, og hvordan borgernes somatiske problemstillinger kan overses på grund af borgerens adfærd og sygdomsbillede (ulven kommer).
- Folderen 'Lyt til din krop' er også en del af indsatsen, som hovedparten af medarbejderne kan huske. Umiddelbart omtales den som *et anvendeligt dialogredskab* til at sætte fokus på kropsforandringer hos nogle typer borgere (dog ikke til udviklingshæmmede og unge borgere) på grund af dens visuelle udtryk og overskuelighed.
- Gruppeøvelserne og involveringen ved arrangementet er også en delaktivitet, flere medarbejdere fremhæver som brugbare. De har givet *mulighed for at udveksle løsningsmodeller og skabe kendskab og netværksmuligheder* på tværs af funktioner.
- Oplægget har hovedparten af medarbejderne svært ved at huske indholdet af. Det er således også kun få medarbejdere, der nævner, at oplægget har været brugbart i forhold til at bidrage med viden om, *hvor gret uligheden i sundhed er på området*.

Kigger man ud fra en helhedsbetragtning på de praksisændringer, der er opstået blandt medarbejderne efter arrangementerne, er det ikke altid nemt at henlede den ændrede praksis til én bestemt

delaktivitet. Det kan dog konkluderes, at arrangementet som helhed har bidraget til følgende praksisændringer:

- **Større fokus og opmærksomhed på fysiske symptomer i dialogen med borgerne** er en praksisændring, som hovedparten af deltagerne peger på, at arrangementet har afstedkommet. Et mindre antal medarbejdere eksemplificerer med, hvordan de i specifikke cases er gået mere på "opdagelse" i borgerens somatiske problemstilling, end de ellers ville have gjort. Flere har også i højere grad taget borgernes udtalelser om smerter og symptomer mere alvorligt.
- **Større prioritering af at gå med til lægen og insistere på, at borgerens somatiske problemstilling blev taget alvorligt og udredt af lægen** er én vigtig praksisændring, som flere medarbejdere også nævner. I en kommune har medarbejderne forsøgt at sætte bisidderrollen på dagsordenen og forankre den i handleplaner m.m.
- **Folderen er gjort tilgængelig for borgeren eller brugt som et dialogredskab.** Dette er noget, som lidt under halvdelen af medarbejderne fremhæver, at arrangementet har bevirket.

Den brugbarhed og de praksisændringer, som medarbejderne forbinder med arrangementet, ligger godt i tråd med de læringsmål og forventninger, der var til arrangementet på forhånd. Dog har man ikke fået indfriet målet om, at medarbejderne via arrangementet skulle tilegne sig mere viden om kropsforandringer. Ideen var desuden oprindeligt, at folderen skulle benyttes som et dialogværktøj og ikke "bare" gøres tilgængelig for borgeren, fx på et aktivitetscenter. En bekymring var nemlig, at folderen kunne skabe mere angst end være til gavn, hvis den ikke blev brugt som dialogværktøj. Det bør på den baggrund overvejes, om den alternative brug af folderen tjener indsatsens formål.

Flere ledere bekræfter, at de har observeret, at arrangementet har givet anledning til, at medarbejderne – i hvert fald på den korte bane – har snakket mere om somatik. De har dog ikke selv bemærket nogle praksisændringer (ud over at folderen er gjort tilgængelig). En af de to læger, der er blevet interviewet i Kommune C, har desuden oplevet, at hun har modtaget flere relevante henvendelser om somatiske spørgsmål fra et af de botilbud, der har deltaget i arrangementet.

9.4 Arrangementernes langsigtede virkninger

Det er usikkert og komplekst at vurdere, i hvilket omfang arrangementernes langsigtede mål er indfriet. Ønsket var at mindske overdødelighed og ulighed i sundhed blandt borgerne tilknyttet socialpsykiatrien samt skabe en mere helhedsorienteret indsats. Evalueringen viser dog, at flere medarbejdere i forlængelse af indsatsen er blevet opmærksom på fysiske symptomer og borgernes behov for støtte til at komme til lægen i tide. En øget opmærksomhed, som alt andet lige vil styrke muligheden for, at medarbejderne kan indtage et helhedssyn på borgerne (både være opmærksomme på somatiske og psykiske problemstillinger) og give borgerne i socialpsykiatrien den nødvendige støtte til at komme til læge i tide (og dermed blive et bindeled mellem almen praksis og socialpsykiatrien).

Omvendt finder evalueringen også en række barrierer for, at arrangementerne kan få den ønskede langsigtede virkning. En væsentlig barriere er, at opmærksomheden aftager over tid, og at indsatsen i sin nuværende form ikke er tilstrækkeligt forankret i kommunerne. En anden væsentlig barriere vedrører indsatsens bidrag til at skabe en helhedsorienteret indsats. Forskningen (Buch, Jensen & Brorholt, 2018) viser, at det er afgørende for helhedsorienterede indsatser, at medarbejdernes syn på deres samarbejdspartnere er positivt og konstruktivt. Det er imidlertid uklart, i hvilket omfang indsatsen gør medarbejdernes syn på lægen mere eller mindre positivt.

9.5 Faktorer, der har hæmmet og fremmet arrangementernes virkning

Virkningerne af arrangementerne har været meget komplekse. Der har været varierende grader af virkning hos de enkelte medarbejdere, og de beskrevne virkninger har haft et meget forskelligartet udtryk. Samtidig står det klart, at de kortsigtede og mellemlange virkninger har været meget mere tydelige end de langsigtede virkninger. Denne kompleksitet kan bl.a. forklares med en række faktorer, der har hæmmet og fremmet arrangementernes virkning. Følgende faktorer har været særligt toneangivende:

- **Den oplevede underholdningsværdi:** Den grad af underholdningsværdi, som medarbejderne tillægger arrangementet, ser ud til at påvirke deres læringspotentiale. De medarbejdere, der oplever, at skuespillet var godt og autentisk, får mest ud af arrangementet. Omvendt vil de, der oplever, at det var kunstigt eller skuespillet dårligt, få mindre ud af arrangementet.
- **Flow, synergi og momentum:** Det ser ud til, at de medarbejdere, der oplever, at der har været et godt flow, variation og synergi mellem aktiviteterne i arrangementet, har fået mest ud af det, mens de personer, der er "stået af", enten på grund af kunstigt skuespil eller i forbindelse med oplægget, har fået mindre ud af det eller fået flyttet fokus fra emnet.
- **Den oplevede genkendelighed og relevans, herunder faglighed og funktion:** Den genkendelighed og relevans, som de enkelte medarbejdere har følt i forbindelse med arrangementet, ser i høj grad ud til at påvirke arrangementets virkning. Der er en tendens til, at de sundhedsfaglige fremhæver, at de på grund af deres faglighed ikke har fået nok ud af arrangementet. Andre sundhedsfaglige er dog uenige, bl.a. fordi de oplever et behov for at få genopfrisket deres sundhedsfaglige viden. Derimod ser medarbejdernes funktion, dvs. det tilbud, de er tilknyttet, ud til at spille en vigtig rolle for deres oplevelse af genkendelighed og relevans. Det ser ud til, at det er hjemmevejledere (som case-valgene til dilemmaspillene har baseret sig på), eller medarbejdere, der formår at fokusere på arbejdets karakter, som har fået mest ud af arrangementerne. Omvendt har medarbejdere, der har fokuseret på, hvordan de valgte situationer og karakterer adskiller sig fra deres arbejde på aktivitetscentre, botilbud eller misbrugscentre, fået mindre ud af det.
- **Oplevelsen af meddeltagere:** De medarbejdere, der har fået mest ud af arrangementet, har set det som en fordel, at de kunne blive inspireret af kollegaer. Det kan eksempelvis være medarbejdere fra andre (sammenlignelige) tilbud, som de normalt ikke taler med. Omvendt er der også medarbejdere, der har oplevet, at pluraliteten blandt deltagerne var for stor, hvilket har begrænset deres mulighed for at kunne reflektere sammen om emnet (frem for forskelle i arbejdets karakter). I alle tre kommuner ses der således også et potentiale i at benytte dilemmaspillene i et mindre og trygget forum som fx i supervisionen.
- **Tid og tidsrammen:** Samtlige medarbejdere fremhæver, at det har været fordrende for deres læring, at arrangementerne har begrænset sig til tre timer. Det ser dog ud til, at den korte varighed har betydning for læringspotentialet. I Kommune C, hvor der på evalueringstidspunktet var gået seks måneder, fra arrangementet fandt sted, nævnes det, at den øgede opmærksomhed på somatik kort efter arrangementerne er gået lidt glemmebogen med tiden. I Kommune A og B, hvor der på evalueringstidspunktet var gået en måned, fra arrangementet fandt sted, er der også dele af arrangementet, der ikke længere huskes så godt. Her har man dog taget nogle initiativer, som kan få virkning på længere sigt (fx forsøgt at sætte fokus på, at somatik skal integreres i handleplanerne).
- **Oplevelsen af den organisatoriske forankring efter arrangementerne:** På tværs af alle tre kommuner efterspørges en opfølgning på arrangementerne. Denne efterspørgsel er uafhængig af, hvor udbredt arrangementet har været i kommunen, og i hvilket omfang lederne har deltaget

i det. Der ser altså ud til at være en problematik forbundet med, at lederne ikke har taget ejerskab i forhold til at sikre arrangementernes virkning eller har taget initiativer, der kunne forankre det somatiske blik organisatorisk. Dette kan også forklare de store individuelle forskelle, som evalueringen påpeger. En mere kollektiv bevægelse mod en forandring ville kræve større ledelsesmæssig opmærksomhed frem for noget, der var drevet nedefra af enkelte ildsjæle blandt medarbejderne.

9.6 Potentialet for anvendelse og udbredelse

Evalueringen viser, at der er potentiale til at lave nye og anderledes sundhedsoplysende indsatser, der er skræddersyet til borgere, som er tilknyttet socialpsykiatrien, og de faggrupper (og pårørende) der kan sikre, at de kommer til lægen i tide.

Behovet for sundhedsfaglige indsatser målrettet borgere i socialpsykiatrien er stort

Evalueringen udvider den viden, der allerede eksisterer om menneskelige årsager til diagnoseforsinkelser (Wentzer, 2013). Det gør den ved, på baggrund af respondenternes udtalelser (jf. kapitel 8), at identificere de særlige årsager til diagnoseforsinkelser, der er blandt borgerne i socialpsykiatrien. Figur 9.1 giver et samlet overblik over de væsentligste årsager til diagnoseforsinkelser blandt borgerne i socialpsykiatrien.

Figur 9.1 Årsager til diagnoseforsinkelser blandt borgere i socialpsykiatrien



Note: Tabellen bygger på læger, samt medarbejdere og ledere i socialpsykiatriens udtalelser.

Som illustreret i figuren er medarbejdere og ledere i socialpsykiatrien samt lægerne enige om, at årsagerne til diagnoseforsinkelser blandt borgere i socialpsykiatrien er præget af høj kompleksitet. De er enige om, at borgerne i socialpsykiatrien ofte udgør en mere sårbar gruppe både før, under og efter konsultationen end den almene befolkning. Det skyldes, at de årsager til diagnoseforsinkelser, der opstår før, under og efter lægebesøget, fx frygten for lægen eller sygdommens alvor, ofte er mere markante blandt borgerne i socialpsykiatrien end i befolkningen i almindelighed.

Borgerne i socialpsykiatrien udgør dog også en særlig sårbar gruppe, fordi de ofte har nogle helt andre behov for støtte end den almene befolkning, som almen praksis i bund og grund er organiseret til at imødekomme. Almen praksis er organiseret på en måde, hvor det forventes, at borgerne skal kunne bestille tid i et særligt tidsrum, selv møde op, selv kunne identificere et symptom, selv kunne transportere sig til lægen, selv skabe sin sygdomsfortælling på x antal minutter og selv kunne følge op på, hvad der bliver sagt hos lægen. Borgerne i socialpsykiatrien kan dog langt fra altid leve op til disse forventninger, hvorfor der opstår patientforsinkelser både før og efter lægebesøget. Det er man opmærksom på både i almen praksis og i socialpsykiatrien. Derfor forsøger begge parter at imødekomme borgernes særlige behov, men det lykkes ikke altid, hvorfor der opstår lægeforsinkelser og støtteforsinkelser. Både læger og medarbejdere kan nemlig være udfordrede af især fejlforklaring, uopdagede kropsforandringer, modstand mod støtte/hjælp og ressourcemangel.

Læger og medarbejdere i socialpsykiatrien peger på, at der er et stort behov for at sætte fokus på problematikken omkring diagnoseforsinkelser blandt borgere i socialpsykiatrien. Begge parter oplever, at det kunne være værdifuldt med et bedre og mere overlappende samarbejde mellem almen praksis og socialpsykiatrien, fx i form af bisiddere eller mere hyppig kontakt. Lægerne peger på, at medarbejderne i socialpsykiatrien er værdifulde i forhold til at få borgerne til lægen og i forbindelse med opfølgningen. Det er medarbejderne i socialpsykiatrien enige i. De mener dog også, at de udgør en vigtig rolle under konsultationen i form af, at de kan tale borgerens sag og forklare dennes symptomer, hvilket lægerne også delvist erkender, kan være nyttigt i nogle sager. Lægerne ser dog helst, at borgerne selv er i fokus under konsultationen.

Behovet for at skabe "empowerment" blandt de fagpersoner, der kan mindske menneskelige årsager til diagnoseforsinkelser

Medarbejdere, ledere og lægers egen påpegnings af, i hvor høj grad menneskelige faktorer spiller ind på nogle borgere i socialpsykiatriens diagnoseforsinkelser, gør det højaktuelt at skræddersy en indsats, der som minimum skaber "empowerment" blandt medarbejderne i socialpsykiatrien. Til dette formål ser særligt dilemmaspillene – og principper om, at læring skabes ved at gøre abstrakt og lineær viden situeret, problembaseret og interaktiv – ud til at rumme et stort potentiale.

Dilemmaspillene ser først og fremmest ud til at være en anvendelig metode til at sætte en dagsorden, hvor medarbejderne ikke kun får ny opmærksomhed på et emne – i dette tilfælde vigtigheden af, at medarbejderne indtager et somatisk blik, men også konkrete ideer til, hvordan denne opmærksomhed kan omsættes i praksis i dagligdagen. Den situerede og visualiserede/kropsliggjorte læring, som metoden hviler på, opleves nemlig i en kontekst, hvor kerneopgaven vedrører relationsarbejde som en mere meningsfuld måde at skabe læring på end den læring, der fx foregår via oplæg og foredrag. Den kropsliggjorte visualisering, der er forbundet med metoden, beskrives nemlig som anvendelig, både i forhold til at holde fokus, og fordi den skaber en platform, hvor medarbejderne kan genkalde sig og reflektere over deres egen tidligere og fremtidige praksis.

Derudover er principperne om en problembaseret og interaktiv læring velvalgt i en kontekst som socialpsykiatrien. Principperne skaber nemlig en ramme, hvor medarbejderne får mulighed for at reflektere over de negative fortællinger, dilemmaer og etiske problemstillinger, der præger deres

arbejde med mennesker. Den problembaserede og interaktive form skaber en platform, hvor medarbejderne kan øve sig i at mærke, hvad de negative fortællinger, dilemmaer og etiske problemstillinger gør ved dem. De kan også få mulighed for at se dem fra nye perspektiver og forsøge at løse dem.

Den måde, som dilemmaspillene er blevet anvendt på, rummer dog både begrænsninger og udviklingspotentialer. En begrænsning ved metoden er, at dens anvendelighed kræver, at medarbejderne kan genkende de situationer og/eller karakterer, der spilles. En manglende genkendelse risikerer at flytte medarbejdernes fokus til "skuespillet" frem for til noget, der relaterer sig til "virkeligheden" og temaet for dagen. Dette er en udfordring i forhold til at lave arrangementer, der skal ramme bredt, og ikke er alt for omkostningstunge.

En anden begrænsning eller risiko ved metoden er, at både den interaktive og problembaserede tilgang risikerer at skabe en oplevelse af et vurderende og fingerpegende rum for nogle deltagere. Det kan ske, når forskellige medarbejderne skal op på "scenen" og illustrere, hvordan de ville løse den samme situation. Nogle oplever nemlig disse situationer som en gylden mulighed for at prøve noget af (og få anerkendelse af deres kollegaer), mens andre medarbejdere risikerer at sidde tilbage med fornemmelsen af, at nogle gjorde det bedre end andre og fik mere ros end andre. Det vurderende og fingerpegende rum risikerer også at opstå, fordi nogle karakterer, fx lægens, bliver trukket lidt (for) hårdt op. Selvom denne "karikerede" læge kan mobilisere nogle medarbejdere til at indse vigtigheden af deres rolle, kan den nemlig også begrænse læringsrummet for nogle deltagere, fordi de oplever en irritation eller vrede mod lægen og et fokus på lægens begrænsninger. Sidstnævnte vil være en u hensigtsmæssig udvikling, fordi årsagerne til diagnoseforsinkelser i socialpsykiatrien netop peger på, at samarbejde mellem almen praksis og socialpsykiatrien er afgørende, hvilket litteraturen om sammenhængende patientforløb ligeledes understøtter (Buch, Jensen & Brorholt, 2018).

En allerede omtalt og mere grundlæggende begrænsning ved metoden er desuden – som den anvendes i forbindelse med de kun tre timer lange arrangementer, at den læring metoden genererer, i begrænset udstrækning er blevet forankret i kommunerne. Vi ved således fra forskningen (Wahlgren, 2009), at uddannelse og træning ofte har en begrænset effekt på arbejdspladsen og derfor kræver opfølgning og ledelsesbevågenhed her.

VIVE anbefaler på baggrund af de ovenstående konklusioner, at Region Sjælland i samarbejde med kommunerne målrettet arbejder videre med at skabe en større forankring af arrangementerne og blikket på fysisk sygdom blandt medarbejderne i socialpsykiatrien, samt at potentialet i – og ønskerne om – at skabe en mere helhedsorienteret indsats på tværs af almen praksis (somatik) og socialpsykiatrien (psykiatri) bliver udnyttet og udbygget.

Litteratur

- Bauer, J., Børner, H., Jeppesen, P., Johannesen, K.H., Lindhardt, A., Nordentoft, M. & Videbech, P. 2012, "Dokumentation: Barrierer for optimal psykiatrisk behandling", *Dagens Medicin*, 2012.
- Buch, M.S., Jensen, M.C.F. & Brorholt, G. 2018, "Sammenhæng i patientforløb: Hvilke modeller og anbefalinger er der, og hvordan kan de bruges i praksis?", *VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd*. 2018.
- Dalton, S.O., Schüz, J., Engholm, G., Johansen, C., Kjær, S.K., Steding-Jessen, M., Storm, H.H. & Olsen, J.H. 2008, "Social inequality in incidence of and survival from cancer in a population-based study in Denmark, 1994–2003: Summary of findings", *European Journal of Cancer*, vol. 44, no. 14, pp. 2074-2085.
- Danske Handicaporganisationer 2014, "Lige adgang til sundhedsvæsenet: Sundhedstjek hos egen læge til personer med udviklingshæmning eller sindslidelse i botilbud", *Danske Handicaporganisationer*. september 2014.
- Holgaard, J.E., Ryberg, T., Stegeager, N., Stentoft, D. & Thomassen, A.O. 2014, *PBL - Problembaseret læring og projektarbejde ved de videregående uddannelser*, Samfundslitteratur.
- Hvidberg, L., Wulff, C.N., Pedersen, A.F. & Vedsted, P. 2012, "Viden om symptomer på kræft og lægesøgning blandt 3000 danskere", *CaP - Center for Forskning i Cancerdiagnostik*. 2012.
- Jacobsen, E.T. 1996, "Sundhedsoplysende kampagner: Kvalitative analyser af afsenderperspektivet og forskellige modtagerperspektiver. (DSI-rapport, 96.02)", *DSI - Dansk Sygehus Institut*. 1996.
- Laursen, T.M., Nordentoft, M. & Mortensen, P.B. 2014, "Excess early mortality in schizophrenia", *Annual review of clinical psychology*, vol. 10, pp. 425-448.
- Lave, Jean & Wengers, Etienne 1991, *Situeret læring - og andre tekster*, Hans Reitzel Forlag, København.
- Region Sjælland 2017, "Projekt: Gå til læge i tide. Projektbeskrivelse", *Region Sjælland*, 2017.
- Sundhedsstyrelsen 2011, "Ulighed i sundhed: Årsager og indsatser", *Sundhedsstyrelsen*, 2011.
- Wahlbeck, K., Westman, J., Nordentoft, M., Gissler, M. & Laursen, T.M. 2011, "Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders", *The British Journal of Psychiatry*, vol. 199, no. 6, pp. 453-458.
- Wahlgren, B. 2009, *Transfer mellem uddannelse og arbejde*, Nationalt Center for Kompetenceudvikling, København.
- Wentzer, H.S. 2013, "Menneskelige faktorer i forsinket diagnostik: Et litteraturstudie", *KORA - Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning*, 2013.

**VIDEN I
VELFÆRD**

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD